

Tecnologias de Sistematização da Assistência de Enfermagem a Famílias na Atenção Primária à Saúde

Tecnologias de Sistematização da Assistência de Enfermagem a Famílias na Atenção Primária à Saúde

LISLAINE APARECIDA FRACOLLI | MARIA CLARA PADOVEZE | CASSIA BALDINI SOARES

SOBRE A PUBLICAÇÃO

O livro é uma publicação em alinhamento com o projeto "Tecnologias para a Sistematização da Assistência de Enfermagem a Famílias na Atenção Básica no Município de São Paulo", financiado pelo Edital CAPES/COFEN e tem como objetivo apoiar a qualificação do trabalho desenvolvido por enfermeiras para a aplicação da SAE às famílias no âmbito da APS.

DIREITOS E PERMISSÕES

©Todos os direitos reservados.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

REALIZAÇÃO

Programa MPAPS :: <http://www.ee.usp.br/>



COORDENADORA
Lislaine Aparecida Fracolli

VICE-COORDENADORA
Cassia Baldini Soares

APOIO



O PROGRAMA MPAPS

Mestrado Profissional é uma Pós-Graduação *stricto sensu* que visa a qualificação continuada de enfermeiros e outros profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde. É uma alternativa de formação no âmbito da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (EE) da USP, que confere o título de Mestre em Ciências da Saúde, sendo gratuita e de caráter público.

DOCENTES DO PROGRAMA

Anna Luiza de Fatima Pinho Lins Gryscek
Ana Luiza Vilela Borges
Anna Maria Chiesa
Cassia Baldini Soares
Célia Maria Sivali Campos
Célia Regina Maganha e Melo
Elizabeth Fujimori
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli (Sênior)
Francisco Oscar de Siqueira França
Lislaine Aparecida Fracolli
Lucia Yasuko Izumi Nichiata
Maria Clara Padoveze
Maria Rita Bertolozzi
Sayuri Tanaka Maeda

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

ES Mídia & Arte Digital
evellynsimon@gmail.com

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

F798

Fracolli, Lislaine Aparecida

Tecnologias de sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária a saúde / Lislaine Aparecida Fracolli, Maria Clara Padoveze, Cassia Baldini Soares. - São Paulo: EEUSP, 2020.

202 p.

ISBN 978-65-00-07529-8

1. Tecnologias da saúde. 2. Assistência de enfermagem.
3. Enfermagem da família. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDD: 614

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)



APOIO



ESTA PUBLICAÇÃO É PATROCINADA PELO ACORDO CAPES/COFEN (AUXPE 0776/2017), PROCESSO Nº 88881.144661/2017-01, VINCULADO AO PROJETO INTITULADO "TECNOLOGIAS PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO"

PREFÁCIO

A produção do cuidado à saúde e à vida de indivíduos, famílias e comunidades é processo contínuo, ancorado na história e atravessado pelas diversas dimensões que se concretizam em um dado ordenamento social e institucional, orientado pelas políticas de saúde em curso.

O desenvolvimento de ações com base nos conceitos de integralidade, territorialização, multiprofissionalidade e coordenação dos cuidados, dentre outros, conformou no Brasil uma Atenção Primária à Saúde cada vez mais fortalecida e capilarizada no território nacional, em especial por meio da Estratégia Saúde da Família, constantemente em aperfeiçoamento e qualificação. Integrada a este processo, a enfermagem brasileira é reconhecidamente força de trabalho essencial para a produção da saúde na ESF, em um sistema de características inclusivas e socialmente implicadas, embora permanentemente atravessado pelas contradições da realidade social e política, local e nacional.

Nesse campo, os agentes interagem, colaboram, enfrentam as dificuldades e – eventualmente – também se enfrentam e disputam espaços e projetos. As necessidades em saúde do território, representadas pelos indivíduos e seus arranjos familiares e coletivos balizam permanentemente essa dinâmica de relações, contribuindo para a conservação ou a transformação de sua estrutura, e expressam, por sua vez, os projetos de sociedade e país em jogo. Tomando rapidamente emprestado o conceito de campo em Bourdieu, podemos dizer que a enfermagem e seus atores, um dos pilares da estrutura dinâmica do SUS e da ESF, pode ser também força de conservação ou disparadora de mudanças, por meio da reconfiguração das suas práticas.

Os desafios são muitos, assim como as ameaças e dificuldades. Um deles é pensar proposições e ferramentas consistentes e consensuais, que orientem o que-fazer da enfermagem na ESF em cada município, nesse país-continente. Não se trata de propor um modelo homogêneo e unificado de ações, o que nega o caráter de diversidade quanto aos perfis e necessidades em saúde de cada local e contexto. O que se propõe, e é urgente, é avançar na formulação e implementação de dispositivos metodológicos e organizativos do processo de trabalho que reforcem e ampliem a consciência do papel da enfermagem como profissão e prática social, ao mesmo tempo em que se planejam, se executam e se avaliam as intervenções.

Há urgência em responder perguntas como: é possível estabelecer um diálogo entre os espaços de produção reflexiva e teórica com o mundo do trabalho e das práticas da enfermagem? Que mediações conceituais e instrumentais contribuem para fazer avançar mudanças na direção de uma práxis crítica, que supere o imobilismo e a fragmentação da ação das equipes? Acredito que alguns caminhos estão apontados ao longo dos capítulos deste livro.

Primeiramente, destaco que não se trata de um manual ou guia prático. É uma obra que defende que os saberes oriundos das reflexões de caráter ético-político e científico da Saúde Coletiva e da enfermagem devem ser a base para a proposição de ferramentas técnicas, anco-

radas em evidências. Trata-se de uma proposta inovadora e extremamente atual, que articula campos teóricos críticos e densos ao tema da sistematização da assistência de enfermagem, entendida também na sua dimensão de formulação e avaliação de políticas de saúde.

O texto parte de uma abordagem mais ampla e profunda, que leva a indagar a respeito do sentido da prática da enfermagem no enfrentamento da desigualdade produzida pelos modos de produzir e acumular riquezas. Discute o papel da ESF como ordenadora do cuidado, entendendo a saúde como produção social e resultante da interação entre modos de viver, reprodução social e capacidade de resposta dos serviços e das ações de saúde, orientados pelas políticas vigentes. Desdobra-se em discussões importantes a respeito da sistematização da assistência de enfermagem e da busca e utilização de evidências para implementar e avaliar políticas de saúde. Apresenta e discute ferramentas para a qualificação da prática da enfermagem na APS e na ESF, trazendo experiências concretas, problematizando conjunturas - favoráveis ou adversas - e destacando o papel das parcerias interinstitucionais, em especial aquelas que se produzem entre as universidades e os órgãos colegiados de representação da categoria profissional.

Valores históricos, filosóficos, ético-políticos e humanísticos de uma profissão não são negociáveis, pois orientam a capacidade de ler a realidade, mutável e dinâmica, a partir de uma base sólida, radicalmente comprometida com a defesa da vida. No ano em que a enfermagem chega ao marco dos dois séculos de sua estruturação como profissão, faz sentido pensar que seguimos mantendo acesa a chama do conhecimento e do compromisso social, enquanto planejamos, organizamos, executamos e avaliamos a produção do cuidado a pessoas, famílias e coletividades.

Saúdo e parabenizo a concretização desse projeto textual, originado dos processos de reflexão-pesquisa-ação desenvolvidos pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob os auspícios do Conselho Federal de Enfermagem, como contribuição para que sigamos na caminhada em favor de um SUS e uma APS cada vez mais resolutivos e comprometidos com as necessidades em saúde da população brasileira.

Helena Maria Scherlowski Leal David

Professora Titular, Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

APRESENTAÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a potencialidade de monitorar a situação de saúde das famílias e, por extensão, apoiar o monitoramento dos grupos sociais a que as famílias pertencem.

A consulta de enfermagem na ESF é uma prática em saúde que pode ser compreendida como sinônimo de Processo de Enfermagem (PE) na Atenção Primária à Saúde (APS), mostrando-se instrumento potente para a SAE. Seu foco, no entanto, tem sido o indivíduo e não a família, o que dificulta a compreensão das diferentes estruturas e dinâmicas familiares sobre o desgaste de seus membros, ao mesmo tempo em que limita a compreensão de como a estrutura e as dinâmicas sociais mais gerais agem sobre a saúde da unidade familiar. Dessa forma, é insuficiente para a elaboração de planos de cuidado que incidam sobre as necessidades em saúde das famílias ou dos grupos sociais a que as famílias pertencem. Além disso, há carência de tecnologias para a operacionalização da SAE, orientadas ao reconhecimento de necessidades em saúde de famílias para a operacionalização de práticas em saúde que incidam sobre o âmbito familiar.

Neste contexto, cabe-nos a satisfação de apresentar o livro “Tecnologias para a sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária à saúde” como material proposto para contribuir com a redução dessa lacuna. Trata-se de produto de pesquisas e estudos, desenvolvidos por pesquisadores ligados ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, dentro do escopo de projeto homônimo apoiado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O desenvolvimento dos capítulos foi estruturado para contemplar dimensões necessárias ao entendimento da complexidade do contexto em que se inserem as ações de enfermagem na APS, evitando abordagem dos problemas e ações a partir de perspectiva meramente operacional e alheia ao contexto das políticas de saúde no país.

A aplicação da SAE/PE no cotidiano da Enfermagem na APS não deve se limitar a objetivos operacionais ou legais, ainda que haja demandas profissionais nessa direção que necessitam de atenção. Trata-se sobretudo de compreender como se organizam os processos de trabalho de forma a responder às necessidades em saúde dos grupos sociais que moram na área de abrangência das unidades básicas de saúde. Portanto, as práticas que envolvem a SAE/PE na APS não podem estar desconectadas da compreensão de necessidades em saúde como necessidades de reprodução social da unidade familiar, o que é bem mais amplo e complexo que a soma da atenção às necessidades clínicas individuais dos membros das famílias. Além disto, é necessário avançar na reflexão sobre o conceito de família a adotar na

APS, o que envolve fazer o esforço de compreender as múltiplas configurações familiares, as funções e relações familiares e como estas estão inseridas nos diversos contextos sócio-político-culturais, que perfazem a estrutura e as dinâmicas sociais atuais no nosso país. De outra forma, nossa ação pode se tornar inócua e mesmo contraproducente, uma vez que se baseia em teoria que não corresponde à realidade. Para ilustrar de forma concreta os conceitos que envolvem a família como objeto de cuidado da enfermagem, apresenta-se um resumo de experiências comparadas de Brasil e Portugal, com particular atenção às políticas específicas para APS e seus atributos.

Uma discussão sobre a APS no Brasil e a ESF foi desenvolvida visando apresentar os componentes que sustentam a APS, bem como algumas alternativas de tecnologias com potencial para operacionalizar boas práticas nesse âmbito de atenção à saúde, promovendo maior acessibilidade ao cuidado integral e às ações de promoção da saúde.

Nessa direção também são abordadas sínteses de evidências para políticas de saúde orientadas para as famílias, no âmbito da APS, bem como sobre a participação social, propondo opções à adoção de políticas nessas áreas. No campo da implementação de evidências, demonstra-se o potencial da ferramenta para a translação do conhecimento para a prática, nas políticas de saúde.

Apresenta-se de forma detalhada e reflexiva uma perspectiva geral de diversas nomenclaturas para SAE no mundo, buscando discutir sua aplicabilidade na APS. Adicionalmente, são apresentadas experiências específicas de implantação da SAE/PE na APS e de desenvolvimento de subconjunto terminológico da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE), como uma forma de ilustrar potencialidades para o preenchimento de lacunas existentes na prática de enfermagem.

Apresenta-se ainda neste material, algumas ferramentas de abordagem familiar, bem como suas potencialidades para o desenvolvimento da SAE/PE. Por meio da demonstração de experiências práticas de aplicação da SAE/PE na APS e a pela discussão sobre as etapas propostas para a SAE/PE no contexto brasileiro, espera-se oferecer contribuição para o planejamento das estratégias de plena implementação da SAE/PE na APS na perspectiva da atenção às famílias.

Espera-se que o material apresentado seja útil para contribuir para a qualificação de enfermeiras na execução da SAE/PE, com base em referencial teórico-prático e evidências científicas, apoiando a construção de competências para intervenções que respondam às necessidades em saúde, tanto no âmbito das raízes como no dos problemas de saúde já instalados, das famílias e grupos sociais.

As coordenadoras

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

NECESSIDADES EM SAÚDE DE FAMÍLIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 15

CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS
VÂNIA FERREIRA GOMES DIAS
ELOÁ OTRENTI
CASSIA BALDINI SOARES
CARLA ANDREA TRAPÉ

CAPÍTULO 2

A FAMÍLIA COMO OBJETO DE CUIDADO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE BRASIL E DE PORTUGAL 25

LISLAINE APARECIDA FRACOLLI
CANDIDA FERRITO

CAPÍTULO 3

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA APS NO CONTEXTO BRASILEIRO 35

GRASIELLE CAMISÃO RIBEIRO
ERICA GOMES PEREIRA
MARIA CLARA PADOVEZE

CAPÍTULO 4

NOMENCLATURAS PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MUNDO: VISÃO GERAL E APLICABILIDADE NA APS 55

ANNA LUIZA DE FÁTIMA PINHO LINS GRYSCHÉK
MILENE APARECIDA AGUIAR VILAS BOAS
SELÔNIA PATRÍCIA OLIVEIRA SOUSA CABALLERO
MARIA CLARA PADOVEZE

CAPÍTULO 5

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO BRASIL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 69

MARIA RITA BERTOLOZZI
ANNA MARIA CHIESA
SUÉLLEN MARIANE RIOS VICENTE

CAPÍTULO 6

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A FAMÍLIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS 81

ALINE MARION MOREIRA KOLLE
ANA PAULA TURIN ROUILLER
CASSIA BALDINI SOARES
CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS
MARITSA CARLA DE BORTOLI
TEREZA SETSUKO TOMA

CAPÍTULO 7

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM RESPOSTA A NECESSIDADES EM SAÚDE: UMA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS 95

SUÉLLEN MARIANE RIOS VICENTE
CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS
MARIA RITA BERTOLOZZI

CAPÍTULO 8

ABORDAGEM DE FAMÍLIAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA 111

ADRIANA BARROS VIEGAS
ELMA ZOBOLI

CAPÍTULO 9

INSTRUMENTO PARA ABORDAGEM FAMILIAR NA ESF: POTENCIALIDADES PARA A SAE 137

LISLAINE APARECIDA FRACOLLI
ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS
SAYURI TANAKA MAEDA
NATÁLIA RODRIGUES MOSCA

CAPÍTULO 10

EXPERIÊNCIAS NA APLICAÇÃO DE SAE NA APS NA FAMÍLIA 157

MARCIA REGINA CUBAS
LUCIA YASUKO IZUMI NICHIAITA

CAPÍTULO 11

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NA APS 171

KAREN NAMIE SAKATA-SO
EMIKO YOSHIKAWA EGRY
MARCIA REGINA CUBAS

CAPÍTULO 12

EVIPNET COMO FERRAMENTA PARA APOIO A IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS 191

CÉZAR DONIZETTI LUQUINE JÚNIOR
CINTIA DE FREITAS OLIVEIRA
MARITSA CARLA DE BORTOLI
TEREZA SETSUKO TOMA
EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO



CAPÍTULO 1

NECESSIDADES EM SAÚDE DE FAMÍLIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PALAVRAS-CHAVE:
NECESSIDADES EM SAÚDE;
FAMÍLIA; CLASSE SOCIAL;
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE;
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;
SAÚDE COLETIVA.

CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

VÂNIA FERREIRA GOMES DIAS

ENFERMEIRA. MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. ESPECIALISTA EM LABORATÓRIO, DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

ELOÁ OTRENTI

ENFERMEIRA. DOUTORA EM CIÊNCIAS. ESPECIALISTA EM LABORATÓRIO, DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CASSIA BALDINI SOARES

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE E VICE COORDENADORA DO PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CARLA ANDREA TRAPÉ

ENFERMEIRA. PROFESSORA DOUTORA, DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

INTRODUÇÃO AOS CONCEITOS DE FAMÍLIA E NECESSIDADES EM SAÚDE

A centralidade da família em políticas estatais brasileiras está prevista na Constituição Federal, promulgada na década de 1980¹, e expressa valores descritos no artigo 16 da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, que entende família como núcleo natural e fundamental da sociedade, com direito à proteção da sociedade e do Estado².

As definições de família são várias. Neste capítulo, não se concebe família como núcleo natural, mas como construto social. A definição e a própria composição de família variam de acordo com a organização da sociedade nos diferentes processos históricos humanos; ou, dito de outro modo, variam de acordo com o processo de reprodução social vigente.

Reprodução social é o modo como a sociedade se organiza para produzir bens, materiais e imateriais, distribuir e consumir esses bens, produzir relações e instituições sociais, e alcançar características níveis de consciência e de organização social³. Esse processo tende a ocorrer de maneira a garantir a manutenção e a continuidade dessa sociedade sempre nos mesmos moldes.

A sociedade capitalista reproduz-se, fundamentalmente, por sua divisão em classes sociais, produzindo relações de classes e instituições que sustentam valores capitalistas. Notadamente, o Estado tem um papel central na manutenção do modo de produção capitalista, como mediador das relações de classe e perpetuador da estrutura social. As relações de classe são marcadas pela desigual inserção dos sujeitos no momento da produção, que se efetiva por meio de diferentes domínios sobre o processo de trabalho e, conseqüentemente, de desiguais apropriações do pro-

duto do trabalho que realizam. Por consequência, as condições de vida de indivíduos e famílias, das diferentes classes e frações de classe – os grupos sociais –, também são desiguais⁴.

No modo de produção capitalista, a família é uma instituição necessária para garantir a reprodução do capital. Ela é prevista como instância de socialização, que reproduz os valores da socialidade capitalista aos seus membros, e também por constituir-se como unidade que garante tanto a estabilidade para a reprodução da força de trabalho quanto o consumo via mercado⁵.

No Brasil, o Estado atribui à família parte do sistema de proteção social, sistema esse composto também, em parte, pelo Estado e, em parte, pelo mercado. Nesse arranjo, as famílias têm papel central na provisão de bem-estar de seus membros, tendo aumentada, ainda mais, suas responsabilidades em função da predominância do projeto neoliberal, ou seja, as famílias se situam em um contexto em que o Estado brasileiro vem restringindo cada vez mais sua responsabilidade na resposta a necessidades que seriam garantidas, entre outras, pela via de políticas de seguridade social. O Estado passou de uma proposta constitucional de políticas universais para a execução de políticas estatais focadas em grupos sociais precarizados (os pobres) e para o incentivo à provisão de respostas a necessidades das famílias por meio do mercado⁶.

Esse arranjo, que responsabiliza as famílias e amplia a participação do mercado, é coerente com a compreensão de que o Estado foi criado no modo de produção capitalista como uma das engrenagens para manter a reprodução das relações sociais e para manter a reprodução do capital. Portanto, as políticas estatais são o resultado do embate entre necessidades e interesses e tendem a responder a estes últimos⁷.

Na esfera da seguridade social, por meio das políticas estatais com centralidade nas famílias, o Estado brasileiro atribui às famílias, a pessoas de suas redes de apoio, e ao espaço comunitário, a responsabilização pelo provimento das condições

de reprodução social. Especificamente na área da saúde, sobretudo na Atenção Primária organizada pela Estratégia Saúde da Família, são requeridas dos trabalhadores ações dirigidas a membros de famílias, no âmbito individual, isoladas da dinâmica social. Tais ações visam levar esse conjunto familiar a um padrão preestabelecido de ajustamento⁸. As famílias que não se ajustam a esse padrão são denominadas famílias desestruturadas, desajustadas ou disfuncionais.

Em outra direção, conforme os pressupostos da Saúde Coletiva, entende-se que as ações em saúde devem ser implementadas para responder a necessidades em saúde das famílias. Para tanto, tais necessidades devem ser identificadas no interior das relações sociais estabelecidas no âmbito da reprodução social, considerando-se as desigualdades de classe e a heterogeneidade das necessidades⁴. Nessa perspectiva, as necessidades em saúde das famílias se tornam objeto do trabalho em saúde, pois o gradiente de saúde expresso no corpo de indivíduos e famílias são compreendidos como expressões do embate entre potenciais de fortalecimento/desgaste que acometem os grupos sociais no processo de reprodução social das classes.

A reprodução social das classes e grupos sociais submetem sujeitos e famílias a potenciais de fortalecimento/desgaste, e o resultado do embate entre eles se expressa como gradiente de saúde no corpo desses indivíduos, famílias e grupos sociais⁹.

Os potenciais de fortalecimento/desgaste são desiguais e acometem os grupos sociais de formas distintas, a depender da classe/fração de classe social das quais as famílias fazem parte. Pode-se citar como exemplos desses potenciais: características das ocupações (exigência de qualificação, domínio do processo de trabalho e posição que ocupa na produção); benefícios delas advindos, a começar pela faixa salarial, que garante ou não o consumo, em gradações que vão desde a manutenção da sobrevivência de famílias até o consumo de luxo de outras⁹.

Neste capítulo, necessidades em saúde são compreendidas como necessidades de reprodução social, uma vez que os gradientes de saúde expressos no corpo bio-psíquico dos indivíduos são consequência da inserção destes na reprodução social. Por isso, afirma-se que os gradientes de saúde são determinados socialmente⁹.

Com base nessa compreensão teórica, justifica-se a afirmação de que necessidades em saúde não é sinônimo de necessidades de serviços de saúde, pois estes responderão apenas parte das necessidades em saúde das famílias. É preciso reconhecer as formas de trabalhar e de viver das famílias, com seus característicos potenciais de fortalecimento/desgaste das classes e frações de classes (ou grupos sociais) das famílias que residem em dado território. Para isso, utilizam-se instrumentos (indicadores), que são desenvolvidos coerentemente com a concepção de necessidades em saúde como necessidades de reprodução social⁹.

PARA IDENTIFICAR NECESSIDADES EM SAÚDE DE FAMÍLIAS

Propõe-se a utilização de informações conhecidas dos serviços de saúde para identificar as características do trabalho e da vida de famílias que residem em dado território. Características das formas de trabalhar e das formas de viver das famílias são obtidas por meio de instrumentos utilizados na Atenção Primária à Saúde, como formulários, entrevistas e sistemas de informação.

Estudo realizado por Trapé (2011)¹⁰, para construção do Índice de Reprodução Social (IRS), identificou variáveis relacionadas às características de reprodução social das famílias, tanto na dimensão da produção (formas de trabalhar) quanto na dimensão do consumo (formas de viver), variáveis essas que permitem classificar as famílias em grupos sociais, com homogeneidade interna, pois são compostos de famílias com condições de reprodução social semelhantes, mas que são heterogêneos entre si.

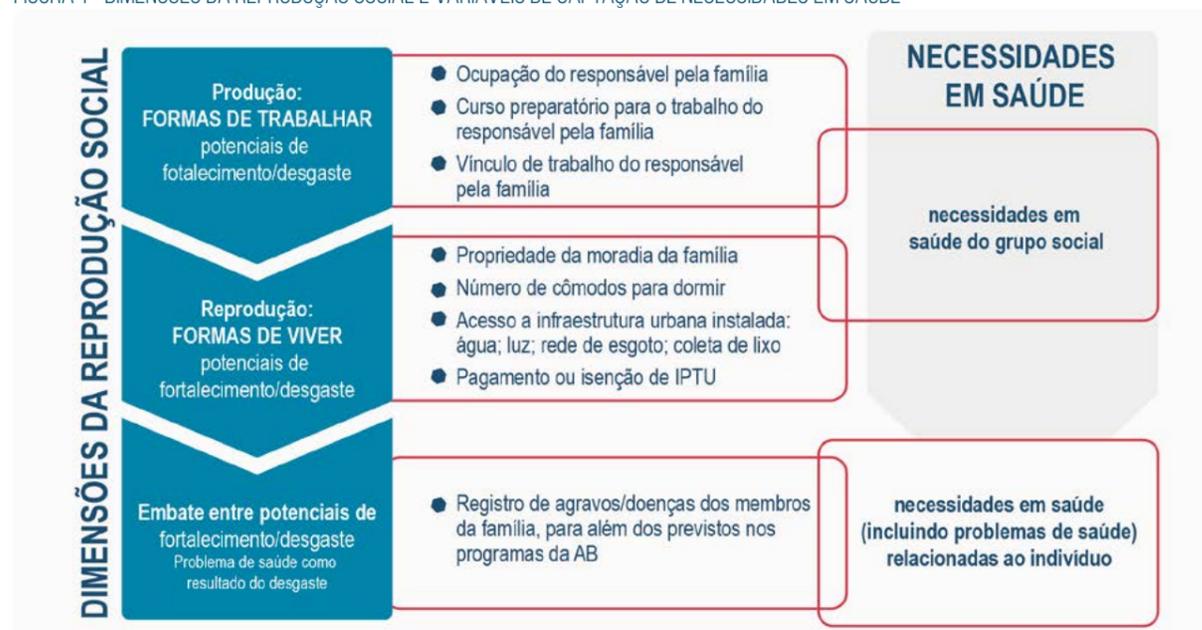
Uma das variáveis constitutivas do IRS relacionadas à produção, ou seja, a características do trabalho, é a **qualificação do trabalho, ou qualificação da ocupação** exercida pelo responsável pela família, por estar diretamente relacionada ao grau de autonomia que os sujeitos têm sobre seu trabalho e que se relaciona à sua posição na estrutura hierárquica. Essa variável é importante para classificar a estabilidade das formas de trabalhar e relaciona-se diretamente com a escolaridade e com a necessidade de **realização de cursos preparatórios para a execução da atividade de trabalho**¹⁰.

A exigência de especialização/qualificação para a execução das atividades de trabalho, assim como a maior qualificação do trabalho/ocupação, como os cargos de supervisores, gerentes, os empregados com alto grau de especialização, ocupam posições com maiores possibilidades de negociação salarial e de condições de trabalho¹⁰.

Outro conjunto de variáveis são relacionadas ao consumo, características das formas de vida: **propriedade de moradia, número de cômodos da habitação para dormir, acesso a serviços de infraestrutura urbana** (água, energia elétrica e esgoto) e **atividades de lazer** usufruídos pelos membros das famílias¹⁰.

A caracterização das condições de reprodução social das famílias expõe potenciais de fortalecimento/desgaste e as consequentes condições de saúde expressas nos membros das famílias, caracterizando, assim, as necessidades em saúde sobre as quais deve incidir o trabalho em saúde. A Figura 1 sintetiza as dimensões da reprodução social e as variáveis correspondentes, para captar necessidades em saúde.

FIGURA 1 - DIMENSÕES DA REPRODUÇÃO SOCIAL E VARIÁVEIS DE CAPTAÇÃO DE NECESSIDADES EM SAÚDE



Fonte: Elaborada a partir de inúmeras contribuições da Saúde Coletiva, que foram ao longo dos anos incorporadas ao programa da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem, ministrada pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da USP.¹¹

A Figura 2 apresenta o instrumento elaborado para fins didáticos, utilizado para a captação das necessidades em saúde das famílias pelos estudantes a partir de sua inserção nas unidades básicas de saúde.

FIGURA 2 - INSTRUMENTO DE APOIO À ELABORAÇÃO DO PROJETO DE CUIDADO À FAMÍLIA

Data da entrevista: ___/___/___

Nome do entrevistador: _____

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

Prontuário da família: _____ Equipe: _____

1. Dados gerais sobre a composição familiar

» Quem é considerado responsável pela família: _____

» Quantas pessoas moram na residência: _____

» Quem são as pessoas que moram na residência: _____

Número	Nome	Idade	Relação com os responsáveis	Atividade (trabalho remunerado/estuda/dona de casa)
1				
2				
3				

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

» Situação dos membros da família que trabalham:

N	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
1					
2					
3					

*Use as alternativas a seguir para vínculo atual de trabalho:

bico	aposentado	desempregado	pensionista	assalariado com carteira
trabalhador familiar	empregador	autônomo	afastado do trabalho	assalariado sem 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 residência é: casa/apto () cortiço () terreno comum () pensão () albergue ()
- » Situação de rua ()
- » Sua residência é: própria () cedida () financiada () alugada ()
- » Tipo de material da construção: alvenaria () madeira () material reaproveitado ()
- » Na sua residência, pagam-se as contas: luz () água () esgoto () condomínio () internet () TV a cabo () IPTU () coleta de lixo ()
- » Alguém na sua casa sente medo de: desmoronamento () enchente () acidente de trânsito () contaminação com lixo, esgoto () contato com vetores, insetos e ratos () 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 à 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 a agravos/problemas de saúde instalados): _____
- » Quando sua família precisa de ajuda no bairro, vocês costumam contar com serviço social de alguma instituição? sim () não podem contar com qualquer ajuda ()
- Se sim: 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 _____
- precisam de ajuda, mas não têm a quem pedir ()
- não precisam de ajuda ()

- » Alguém da família recebe algum benefício do governo: sim () não ()
- Se sim, indique qual: _____
- Se sim, indique 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, acompanhamento das tarefas escolares, levar à creche/escola, entre outros): _____
- » Como os membros da família se relacionam no dia a dia (espaços de convivência/trocas, tipo de comunicação, conflitos): _____
- » Fale sobre a história de sua família, incluindo aspectos como cidade de origem dos membros, há quanto tempo mora no bairro, porque mora neste bairro, entre outros: _____

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

N	Problema de saúde/Condição específica	Acompanhamento na UBS	Acompanhamento em outro serviço. Qual?
1			
2			
3			

6. Síntese dos potenciais de fortalecimento/desgaste da família: _____

7. Entre as necessidades de saúde da família, indique aquelas que podem ser comuns ao grupo social ao qual a família pertence, para apoiar o cuidado oferecido pela UBS (exemplo: creches, ambientes de socialização juvenil, saneamento básico, transporte coletivo): _____

8. Projeto de cuidado para apoiar a equipe de saúde: elabore um projeto, elegendo prioridades e identificando instrumentos do processo de trabalho que poderão ser utilizados como resposta às necessidades identificadas no âmbito da família: _____

Fonte: Elaborado a partir de inúmeras contribuições da Saúde Coletiva, que foram ao longo dos anos incorporadas ao programa da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem, ministrada pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da USP.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde coletiva reconhece que saúde é um fenômeno de natureza social. Dessa compreensão deriva a concepção de que necessidades em saúde são necessidades de reprodução social.

A compreensão de que necessidades em saúde são necessidades de reprodução social e de que a família é o *locus* em que se realiza essa reprodução social (ou seja, o lugar em que a força de trabalho se produz e se reproduz), implica o reconhecimento concreto das formas de trabalhar e de viver das famílias, sem as quais é impossível compreender quais são as respostas que o setor saúde deve dar às necessidades em saúde das famílias, no âmbito da APS.

Nessa perspectiva, os projetos de cuidado às famílias extrapolam o âmbito da reprodução social de cada família individualmente e se estendem aos grupos sociais aos quais as famílias pertencem e que apresentam formas semelhantes de reprodução social, isto é, formas semelhantes de trabalhar e de viver.

O capítulo apresentou instrumento, elaborado para fins didáticos, que auxilia a identificação das distintas formas de trabalhar e de viver das famílias e dá visibilidade aos potenciais de fortalecimento/desgaste inerentes a essas formas de trabalhar e de viver. O instrumento também auxilia os estudantes a perceber necessidades em saúde semelhantes entre famílias de um mesmo grupo social.

A identificação de necessidades em saúde, na perspectiva da saúde coletiva, favorece o planejamento de cuidado para além do âmbito singular das famílias, pois, ao serem tomadas como objeto do trabalho em saúde, as necessidades em saúde dos grupos sociais revelam os potenciais de fortalecimento/desgaste, que estão na raiz do processo saúde-doença das famílias e sobre os quais devem incidir as ações de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. CONSTITUIÇÃO. 1988. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. BRASÍLIA: SENADO; 1988.
2. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS EM PARIS. 10 DEZ. 1948.
3. CAMPAÑA A. EM BUSCA DA DEFINIÇÃO DE PAUTAS ATUAIS PARA O DELINEAMENTO DE ESTUDOS SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE. IN: BARATA RB, ORGANIZADOR. CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÃO EM SAÚDE. RIO DE JANEIRO: ABRASCO; 1997.
4. VIANA N, SOARES CB, CAMPOS CMS. REPRODUÇÃO SOCIAL E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: PARA COMPREENDER O OBJETO DA SAÚDE COLETIVA. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS, ORGANIZADORES. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO: MANOLE; 2013. P. 107-142.
5. GILLESPIE MD. THE FAMILY AS AN ECONOMIC INSTITUTION: HISTORICAL CONTINGENCIES AND THE GREAT RECESSION. INTERNATIONAL JOURNALS. 2014;40(1):1-26.
6. MIOTO RCT, DAL PRÁ KR. SERVIÇOS SOCIAIS E RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA: CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA. IN: MIOTO RCT, CAMPOS MS, CARLOTO CM. FAMILISMO DIREITOS E CIDADANIA: CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL. SÃO PAULO: CORTEZ; 2015. P.147-178.
7. VIANA N. A CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS. REVISTA PLURAIS. 2006; (4):94-112.
8. GUIMARÃES EMS. EXPRESSÕES CONSERVADORAS NO TRABALHO EM SAÚDE: A ABORDAGEM FAMILIAR E COMUNITÁRIA EM QUESTÃO. SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE. 2017;(130):564-582.
9. CAMPOS CMS, SOARES CB. NECESSIDADES DE SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS, ORGANIZADORES. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO: MANOLE; 2013. P. 265-292.
10. TRAPÉ CA. OPERACIONALIZAÇÃO DO CONCEITO DE CLASSES SOCIAIS EM EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA: UMA PROPOSTA DE APROXIMAÇÃO A PARTIR DA CATEGORIA REPRODUÇÃO SOCIAL [TESE]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2011.
11. BORGES ALV, SOARES, CB, RESPONSÁVEIS. DISCIPLINA: ENS 0236 - FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM [INTERNET]. SÃO PAULO: USP JÚPITER - SISTEMA DE GRADUAÇÃO. [CITADO 02 JUN 2020]. 2018. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://USPDIGITAL.USPBR/JUPITERWEB/](https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/)



CAPÍTULO 2

A FAMÍLIA COMO OBJETO DE CUIDADO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE BRASIL E DE PORTUGAL

PALAVRAS-CHAVE:
SAÚDE DA FAMÍLIA; CUIDADOS
DE ENFERMAGEM; ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE; MODELOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE

LISLAINE APARECIDA FRACOLLI

ENFERMEIRA. PROFESSORA TITULAR, DOCENTE PERMANENTE E COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (MPAPS), DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CANDIDA FERRITO

ENFERMEIRA. PROFESSORA AUXILIAR, ESCOLA DE ENFERMAGEM, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (LISBOA)

A APS brasileira organiza-se com base principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta se constitui em formatos de assistência universal à saúde, que, desde a sua estruturação, precisa enfrentar e superar o desafio de colocar a família na agenda de cuidado da equipe da ESF. Diante desse desafio, cabe a nós, enfermeiros, priorizar a família no que concerne ao cuidado da enfermagem na ESF.

A fim de contextualizar o *locus* do cuidado de enfermagem, é válido apresentar as principais características da APS brasileira, a saber:

- a) adotar um modelo próprio, que se traduz em uma política pública de saúde voltada para a saúde da família (não é uma proposta exclusiva de saúde familiar);
- b) adotar uma estratégia de saúde da família que se baseia nos determinantes sociais da saúde, através de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde.

Segundo Mendes (2012)¹, entre os problemas que a SF brasileira enfrenta podem-se citar: 1) a contradição na organização dos serviços, expressa pela indefinição entre o modelo de APS seletiva ou APS como porta de entrada; 2) a baixa valorização dos profissionais que atuam nesse âmbito da assistência; 3) a fragilidade institucional dos serviços de APS e seus poucos recursos de poder; 4) a infraestrutura inadequada; 5) a dificuldade de compreender e atuar em um cenário de baixa densidade tecnológica e alta complexidade de problemas; 6) o deficiente sistema de apoio diagnóstico e de oferta de procedimentos; 7) a fragilidade dos sistemas de informação; 8) os graves problemas gerenciais e a formação inade-

quada de gestores e profissionais de saúde; 9) a fragilidade do controle social; 10) as relações de trabalho com precariedade de vínculos e exigência de dedicação exclusiva.

A proposta de superação desses problemas passa pela capacitação das equipes de SF, para que possam cumprir sua função estratégica de organização da porta de entrada no SUS. É imprescindível, portanto, romper com a visão ideológica da APS seletiva. De acordo com Mendes (2012)¹, para que isso ocorra, seria fundamental a elaboração e a difusão das diretrizes clínicas referentes aos programas prioritários da ESF e a garantia de disponibilização de todos os medicamentos, exames e equipamentos referidos por essas diretrizes clínicas. Outra estratégia, segundo o autor, seria inserir tecnologias leves do campo da psicologia, relativas a mudanças de comportamento e autocuidado, apoiado no cardápio de ações dos profissionais da ESF. E, para dar significado a essa “aposta” nas mudanças comportamentais, seria preciso envolver a conectividade de internet, garantindo o monitoramento dos usuários/pacientes na rede de assistência.

Os processos de trabalho das equipes multiprofissionais são alguns dos pontos que precisam ser equacionados na APS. A situação de saúde no Brasil, onde contamos com tripla carga de doença e prevalência de condições crônicas não transmissíveis precisa de um modelo de atenção que inclua obrigatoriamente outros profissionais, tais como o assistente social, o farmacêutico, o professor de educação física, o psicólogo e o nutricionista. Através dessa afirmação reitera-se a importância dos NASF (Núcleos de Apoio a Saúde da Família).

A implantação de sistemas eletrônicos de informações clínicas também é uma necessidade nesse caminho de superação dos problemas da APS. Isso inclui o uso de prontuários clínicos eletrônicos – capazes de registrar cada membro da família, relatar suas condições de saúde e mo-

nitorar a evolução de sua saúde – bem como a geração de lembretes, alertas e *feedbacks* para os profissionais de saúde e para os pacientes e sua família (SOAP, SIAB, CIAP).

No âmbito das práticas das equipes da ESF, é preciso “revisitar” e “reconstruir” uma “nova clínica”, a qual migraria de intervenções sobre os fatores de risco individuais biopsicológicos para intervenções sobre condicionantes de trabalho e vida, de uma assistência prescritiva e centrada na doença para uma assistência colaborativa e centrada na pessoa, e “desenharia” uma atenção centrada na família em contraposição com a atenção centrada no indivíduo. Essa “nova clínica” precisaria, acima de tudo, fortalecer o autocuidado e o autocuidado apoiado. Se não fizermos assim, corremos o risco de não conseguir atender à demanda crescente que o envelhecimento da população e a alta prevalência de doenças crônicas trazem para a APS.

No âmbito da ESF é necessário construir o cuidado com foco na família. No Brasil a família tem sido tomada como referência para um melhor entendimento dos perfis de saúde e doença das comunidades. É compreendida como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para manter-se sãos ou recuperar sua saúde. As definições de família junto às ESF têm natureza variável, muitas vezes com abordagem sistêmica.

No Brasil e no restante da América Latina evidencia-se, de forma geral, uma carência de estudos na área de assistência de enfermagem à família. A Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem também consideram de forma incipiente a família.

Os esforços de utilização da CIPE/CIPESC ainda são insuficientes para a construção dessa abordagem de cuidado. Os poucos relatos que se têm ainda estão centrados em uma visão funcionalista da família e faltam estudos apontando que essa abordagem possa ser eficaz para as famílias

de alta vulnerabilidade social que a APS assiste.

Segundo Figueiredo (2009, p.33)² “A família ainda é vista pela enfermagem de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar seu contexto familiar”.

Em 2011, o Conselho Internacional de Enfermagem definiu um conjunto de áreas fundamentais para o desenvolvimento das competências da enfermagem junto às famílias:

- » Identificação de necessidades e estados de saúde, que integra como recursos para o seu desenvolvimento o conhecimento dos determinantes de saúde, as dinâmicas familiares e comunitárias e, ainda, o desenvolvimento comunitário e os cuidados de saúde primários.
- » Avaliação, diagnóstico e monitorização, que englobam técnicas de avaliação, como a entrevista familiar e conhecimento no âmbito da avaliação física, da farmacologia e da psicopatologia.
- » Providência de tratamento, cuidados e serviços, que integra como recursos a capacidade do enfermeiro em trabalhar com as famílias no seu contexto habitual e, simultaneamente, capacidade de trabalhar em equipe em um contexto multidisciplinar.

Ainda tratando dos conhecimentos e habilidades que permitam à enfermagem intervir adequadamente nas problemáticas familiares, a CIPE®³ define família como

Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente.

A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.

A APS EM PORTUGAL

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), designação utilizada em Portugal para a Atenção Primária em Saúde, são considerados o pilar central do sistema de saúde. As Unidades de Saúde Primários, chamadas de Centros de Saúde, são (ou deveriam ser) o primeiro acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, uma vez que são, por excelência, centros de promoção da saúde, de prevenção às doenças, de prestação de cuidados nas doenças, de ligação entre outros serviços e recursos de continuidade de cuidados.

Segundo a Declaração Alma-Ata⁴ os CSP constituem-se de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e práticas cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis.

Em 2008, ocorreu em Portugal uma reformulação dos CSP na qual foram criados os **Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES)** (Decreto-Lei n. 28/2008)⁵. Essa reformulação deu origem a uma realidade diferente e original que, de acordo com o Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009), teve por base duas componentes:

- 1) Uma rede de pequenas equipes multiprofissionais, descentralizadas e autônomas, para prestar cuidados à pessoa e à família e para assegurar intervenções na comunidade por meio de programas e projetos (Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Pública).
- 2) A concentração de meios e recursos escassos de uso comum, na qual, por meio dos ACES, é possível se beneficiar de economias de escala para fins de gestão organizacional, liderança técnico-científica e apoio ao funcionamento de unidades multiprofissionais descentralizadas.

Os ACES são constituídos pelas seguintes Unidades de Cuidados (Decreto-Lei n. 28/2008)⁵:

- » **Unidades de Saúde Familiar (USF):** Trata-se de pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde, com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, assegurando aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. Em uma fase inicial, essas unidades correspondem, na prática, a um momento de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipe de saúde familiar; em uma fase mais avançada, tem-se maior amadurecimento organizacional, no qual o trabalho em equipe de saúde familiar é uma prática efetiva.
- » **Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP):** Prestam cuidados de saúde personalizados à população da área. Sua estrutura é idêntica a das USF, prestando cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados.
- » **Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC):** Prestam cuidados de saúde e apoio psicológico-social no contexto domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou de doença que requeira acompanhamento próximo. Intervêm, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.
- » **Unidades de Saúde Pública (USP):** Funcionam como observatórios de saúde da população. Têm como função elaborar informações e planos em domínios da saúde pública, efetuar vigilância epidemiológica, gerir programas de prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.
- » **Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP):** Prestam serviços de con-

sultoria e assistência às unidades funcionais dos ACES e promovem articulação com os serviços hospitalares.

Nessa reforma dos CSP, salientam-se principalmente as USF, em que se evidenciam a intervenção local, em rede, e uma especial atenção nos cuidados centrados na família ao longo das várias fases da vida.

Tendo por principal objetivo o cuidado da família, os enfermeiros na Atenção Primária são confrontados com novos desafios e realidades. O reconhecimento de seu papel na promoção da saúde de indivíduos e famílias e sua contribuição no projeto de gestão do cuidado oferecido pelas unidades de saúde familiares, evidenciam a importância e as funções do enfermeiro nas diferentes unidades funcionais da Atenção Primária.

Nesse contexto, “o enfermeiro de família é definido como o profissional de enfermagem que integra uma equipe multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias em todas as fases da vida e em contextos da comunidade” (Decreto-Lei n. 118/2014)⁶.

De acordo com esse mesmo Decreto, o enfermeiro de família cuida da família como unidade, prestando cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, nos três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. Faz, ainda, a articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, funcionando como elo entre a família e outros profissionais e os recursos da comunidade.

As áreas de atividade do enfermeiro da família incluem a “avaliação da situação de saúde e das fases de vida (do seu grupo de famílias), privilegiando as áreas da educação, a promoção da saúde, a prevenção da doença, a detecção precoce de doenças não transmissíveis, a gestão da doença crônica e a visita domiciliária” (Decreto-Lei n. 118/2014)⁶.

Considerando a família unidade de cuidados, o enfermeiro de família promove a capacitação das famílias diante das exigências e das especificidades do seu desenvolvimento, nomeadamente:

- (a) Desenvolvendo o processo de cuidados em colaboração com a família e estimulando a participação significativa dos seus membros em todas as fases daquele processo;
- (b) Focalizando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente e prestando cuidados nas diferentes fases da vida da família;
- (c) Avaliando e promovendo as intervenções que se mostrem mais adequadas a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar, de acordo com as decisões estabelecidas no âmbito da coordenação da equipa multiprofissional. (Decreto-Lei n. 118/2014)⁶.

A enfermagem de família compreende uma filosofia e uma maneira de interagir com a família que afetam a maneira como os enfermeiros coletam informações, intervêm com os membros da família, advogam por eles e abordam o cuidado espiritual. Tais filosofia e prática são baseadas nas premissas de que a saúde afeta todos os membros da família; a saúde e a doença são eventos familiares; as famílias influenciam o processo e os resultados dos cuidados de saúde. Desse modo, todas as práticas, atitudes, crenças, comportamentos e decisões de assistência à saúde são tomadas no contexto de sistemas familiares e sociais maiores⁷.

Reconhecendo-se as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, como a área da Enfermagem de Saúde Familiar e, em consequência, da importância e relevância do papel atribuído ao enfermeiro de família, a Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou o regulamento que define o perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. De acordo com esse regulamento, as competências definidas para o enfermeiro são (Decreto-Lei n. 428/2018)⁸:

Competência	Unidades de competência
1. Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.	<ul style="list-style-type: none"> » Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controle de situações complexas. » Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família. » Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas. » Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica. » Intervém de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas. » Facilita a resposta da família em situação de transição complexa. » Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar. » Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.
2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.	<ul style="list-style-type: none"> » Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. » Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Com a finalidade de nortear essa prática especializada e promover uma prática de qualidade e de melhoria contínua, foram ainda definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar⁹. O seu enquadramento conceitual evidencia que o enfermeiro de família presta cuidados a todas as famílias pelas quais é responsável, tendo em atenção as transições normativas decorrentes dos processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital. Por meio de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico, ele interage com as famílias coletando dados para a identificação dos problemas, formula diagnósticos de enfermagem e objetivos e planeja intervenções tendo como enfoque os recursos e o melhor equilíbrio do sistema familiar. O enfermeiro é ainda o elo entre a família e outros profissionais e os recursos da comunidade, assegurando a equidade no acesso aos cuidados de saúde⁹.

Foram identificadas seis categorias de enunciados descritivos de qualidade, os quais podem ajudar a precisar o papel do enfermeiro junto às pessoas, aos outros profissionais, ao público e aos políticos. No seguinte quadro apresentam-se os enunciados e o seu significado de uma forma sumariada.

Categorias dos enunciados descritivos de qualidade	Satisfação das pessoas	perseguir os mais elevados níveis de satisfação da família.
	Promoção da saúde	ajuda a família a alcançar o máximo potencial.
	Prevenção de complicações	previne complicações para a saúde da família.
	Bem-estar e autocuidado das pessoas	Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar maximiza o bem-estar da família e promove a capacitação da família para suplementar/complementar as atividades relativamente às quais um dos membros é dependente.
	Readaptação funcional	conjuntamente com a família, desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde.
	Organização dos serviços de saúde	contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Consideramos que a reorganização dos cuidados da Atenção Primária, a definição das competências do enfermeiro de família e a sua função nessa área são aspectos fundamentais que dão sustentação à afirmação da enfermagem de família. No entanto, a implementação efetiva da figura do enfermeiro de família na prática clínica continua a ser um grande desafio para os enfermeiros que trabalham na Atenção Primária.

Um dos maiores desafios refere-se aos cuidados centrados efetivamente na família, não apenas no indivíduo, ou seja, a família ainda é muitas vezes vista de forma fragmentada. Alguns dos fatores apontados como causadores dessa fragmentação de cuidados podem estar relacionados à metodologia de organização dos cuidados de enfermagem, aos recursos humanos e materiais e à formação dos próprios profissionais de saúde¹⁰.

CONCLUSÃO

Uma forma de erigir parâmetros sobre a prática de enfermagem voltada à família na APS é analisar as avaliações sobre os atributos da APS com especial foco nos atributos referentes à orientação familiar. Segundo Starfield¹¹, o atributo Orientação Familiar entende a família como foco da atenção, efetiva-se quando o serviço considera a inserção do indivíduo em seu âmbito familiar e prepondera o contexto familiar como potencial de saúde ou adoecimento. Embora o atributo Orientação Familiar seja bem avaliado em algumas experiências, não é a realidade de todo o cenário brasileiro.

As pesquisas realizadas que tomaram como foco a Orientação Familiar obtiveram boa avaliação. A adequada operacionalização desse atributo relaciona-se com o cuidado centrado na família. No caso da saúde da criança, o bem-estar de toda a família é alcançado com mais eficácia quando

os serviços de saúde ativam a capacidade dessa família para atender às necessidades da criança, com base em no planejamento dos cuidados e envolvimento. E, para o alcance efetivo desse atributo, é de suma importância o relacionamento entre a família e os profissionais de saúde¹².

Apesar de a estratégia prioritária de APS no Brasil ser a ESF, observa-se que o serviço ainda não assimilou esse modelo, permanecendo uma prática de cuidados centrada no indivíduo, na doença e no atendimento da demanda espontânea, desconsiderando os aspectos relacionados à família, ao contexto social e às situações de vulnerabilidade¹³.

O atributo Orientação Comunitária refere-se ao conhecimento, pelo profissional, das necessidades por meio de dados epidemiológicos e contato com a comunidade, bem como sua relação com ela e o planejamento e avaliação conjunta dos serviços. O atributo Orientação Familiar não tem uma avaliação positiva de forma unânime em todo território nacional¹³.

Na avaliação desse atributo, observou-se que a participação social é muito incipiente no Brasil de forma geral, visto que ainda vigora a cultura da alienação em relação aos direitos sociais e à luta por melhores condições de saúde.

As pessoas são agentes responsáveis pela própria saúde e por influenciar os serviços. Assim, é de grande importância que haja uma comunicação direta para problematização e discussões entre a população e o serviço de saúde. As equipas de ESF não têm convidado e estimulado a população à participação e ao controle social, dificultando a operacionalização do atributo Orientação Comunitária, que tem como um de seus pressupostos empoderar a população para conhecer e lutar por seus direitos sociais. Nessa perspectiva, os profissionais também precisam considerar a família o foco da atenção, conhecer suas necessidades de saúde e atendê-las de modo

resolutivo para a qualidade da saúde da criança e para a fiel concretude das políticas de saúde destinadas a esse grupo populacional tão peculiar.

Nos atributos Orientação familiar e Orientação comunitária ficou claro as diferentes perspectivas de profissionais de saúde e usuários do serviço, no qual o reconhecimento do profissional e seu conhecimento sobre a saúde da família e da comunidade não são perceptíveis para o usuário. Este não se sente percebido como integrante de uma família e ator social de uma comunidade. Os resultados da pesquisa indicam a falta de instrumentos para abordagem e cuidado familiar e comunitário. Apontam necessidade de aperfeiçoamento das formas de comunicação e relacionamento entre a tríade profissional de saúde-usuário-serviço de saúde. Além da importante tarefa de sensibilizar a todos dessa tríade para a importância da participação e do controle social.

Não é possível que a APS consiga dar respostas a todas as demandas e necessidades de saúde de uma população, seja em um âmbito local ou mesmo de âmbito mais nacional, mas também não se pode negar que a APS precisa de adequações tecnológicas para desempenhar da melhor maneira possível seu “papel” nos sistemas de saúde.

Como questões a serem respondidas em pesquisas posteriores, sugere-se discutir quais são os fatores que limitam os profissionais de saúde a empregar as ferramentas de Orientação Familiar e de Orientação Comunitária.

Como contribuições para a enfermagem, as reflexões deste capítulo incitam o enfermeiro a visitar constantemente a Política Nacional de Atenção Básica e os atributos da APS, para que sirvam de referencial à reflexão e de norteador da sua práxis.

REFERÊNCIAS

1. MENDES, EV. O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA. BRASÍLIA: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2012.
2. FIGUEIREDO MHJS. ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM CONTEXTO DO CUIDAR (TESE DE DOUTORADO). PORTO: UNIVERSIDADE DO PORTO; 2009 [CITADO 19 FEV. 2020]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://REPOSITORIO-ABERTO.UPPT/BITSTREAM/10216/20569/2/ENFERMAGEM%20DE%20FAMÍLIA%20UM%20CONTEXTO%20DO%20CUIDAR%20HENRIQUETA%20FIGUEIREDO](https://repositorio-aberto.uppt/bitstream/10216/20569/2/ENFERMAGEM%20DE%20FAMÍLIA%20UM%20CONTEXTO%20DO%20CUIDAR%20HENRIQUETA%20FIGUEIREDO).
3. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: VERSÃO 1.0. LISBOA: ORDEM DOS ENFERMEIROS; 2006.
4. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 12 DE SETEMBRO DE 1978. URSS; 1978.
5. PORTUGAL. DECRETO-LEI N. 28 DE 22 DE FEVEREIRO DE 2008. DIÁRIO DA REPÚBLICA. 1ª SÉRIE (38); 1182-1189.
6. PORTUGAL. DECRETO-LEI N. 118 DE 5 DE AGOSTO DE 2014. DIÁRIO DA REPÚBLICA. 1ª SÉRIE (149); 4069-4071.
7. KAAKINEN, JR; COEHL, DP; GEDALY-DUFF, V; HANSON, SMH. FAMILY HEALTH CARE NURSING. THEORY, PRACTICE AND RESEARCH. 4TH ED. PHILADELPHIA: F. A. DAVIS COMPANY; 2010.
8. PORTUGAL. DECRETO-LEI N. 428 DE 16 DE JULHO DE 2008. DIÁRIO DA REPÚBLICA. 2ª SÉRIE; 19357-19359;
9. ORDEM DOS ENFERMEIROS. REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR. LISBOA; 2011.
10. FIGUEIREDO, MH; MARTINS, MM. AVALIAÇÃO FAMILIAR: DO MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA AOS FOCOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM. CIENC CUID SAÚDE. 2010;9(3):552-559. DOI: 10.4025/CIENCCUIDSAUDE.V9I3.12559.
11. STARFIELD, B. ATENÇÃO PRIMÁRIA: EQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIAS. BRASÍLIA: UNESCO/MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002.
12. SILVA AS, FRACOLLI LA. AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM [INTERNET]. 2016;69(1):54-61.
13. PAESTG, GOMES MFP, FRACOLLI LA, SILVA AS, RETICENA KO. AVALIAÇÃO COMPARATIVA ENTRE MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS. BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH. 2017;21:49-55.



CAPÍTULO 3

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA APS NO CONTEXTO BRASILEIRO

PALAVRAS-CHAVE:
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM;
PROCESSO DE ENFERMAGEM;
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

GRASIELLE CAMISÃO RIBEIRO

ENFERMEIRA. MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE PELO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (MPAPS) DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP; CAMPINAS - SP

ERICA GOMES PEREIRA

ENFERMEIRA. DOUTORA EM CIÊNCIAS. ESPECIALISTA EM LABORATÓRIO, DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

MARIA CLARA PADOVEZE

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

INTRODUÇÃO

Há 40 anos, a Declaração de Alma-Ata, criada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, propôs aos países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo promotor do acesso universal em busca da minimização das desigualdades em saúde¹.

No entanto, nas décadas seguintes houve precárias interpretações a respeito dessa declaração, somada a baixa motivação política e ao financiamento limitados para a saúde, acirrando o debate internacional sobre a universalidade da assistência a saúde².

É nesse cenário que a Declaração de Astana, promulgada em 2018, ancorada nos mesmos princípios de Alma-Ata, fez o esforço de repactuar com os países-membros da OMS a revitalização e o fortalecimento da APS, reconhecendo-a como essencial para o alcance da cobertura universal de saúde, e, ao mesmo tempo, defendeu a sustentabilidade dos sistemas de saúde por meio de inovações, por exemplo, equipes interprofissionais com foco nas necessidades em saúde dos pacientes, equipes de enfermeiros que atuam na promoção e no gerenciamento das doenças não transmissíveis (DSTs) por meio de uma prática clínica avançada³.

Mas o enfermeiro brasileiro na APS, na prática, tem deparado com uma realidade repleta de desafios, que é permeada tanto pelo conflito de se responsabilizar pelo conjunto das atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde quanto pelo trabalho assistencial ampliado preconizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

A frágil percepção dos profissionais de Enfermagem sobre o impacto do processo desse setor na organização do trabalho da equipe também

dificulta a consolidação da Enfermagem como Ciência⁴, ocasionando o alheamento sobre a própria prática profissional⁵. Estudos internacionais relatam que há um fosso entre a legislação de Enfermagem e a prática clínica da equipe dessa área, o que fragiliza a documentação da assistência e o uso da prática baseada em evidências⁶. Atitudes e compreensões divergentes acerca do cuidado operacionalizado pelos profissionais de Enfermagem tornam o registro sistematizado da prática clínica desafiador⁷, e o tempo despendido ao registro do cuidado clínico é insuficiente diante do excessivo trabalho administrativo e das barreiras às mudanças em relação ao que os demais profissionais de saúde esperam dos profissionais de Enfermagem⁸.

No Brasil, o método científico empregado para organizar a assistência de enfermagem prestada à pessoa, à família e/ou às comunidades tem sido denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mas, na literatura internacional, comumente é conhecido pela expressão Processo de Enfermagem (PE). Ele visa delimitar a forma como o cuidado de Enfermagem se diferencia dos outros profissionais de saúde, salientando a sistematização, a organização e a metodologia científica das ações dos profissionais de Enfermagem^{7,9-11}.

Há 10 anos o Conselho Federal de Enfermagem¹², sob a Resolução n. 358/2009, corrigiu a normativa anterior de que a SAE e o PE são atividades privativas do enfermeiro. Tal reformulação explicitou que o trabalho da Enfermagem brasileira é constituído por diferentes categorias profissionais – enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem –, que são socialmente reconhecidas na execução do processo de cuidar, em saúde¹³. Considerou-se também que o PE é um instrumento que orienta o registro do processo de cuidado executado e que deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorra a assistência de enfermagem. Desse modo, o técnico e o auxiliar de enfermagem participam da

execução do PE com supervisão e orientação do enfermeiro¹².

Não obstante as diretrizes nacionais, a implantação da SAE é ainda incipiente na prática profissional brasileira, principalmente na APS. As razões são diversas e não pretendemos esgotar o debate neste capítulo. O Brasil agrega grande contingente de profissionais de nível médio, e a consequente operacionalização do PE pressupõe uma ampla revisão do trabalho de toda a equipe da Enfermagem⁹.

Para o Conselho Federal de Enfermagem¹², o PE realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais, domicílios, escolas e associações comunitárias, entre outros locais, corresponde à consulta de enfermagem. No contexto da APS brasileira, a consulta de enfermagem deve ser norteada pelo princípio da integralidade e pela prática baseada em evidências, possibilitando um exercício sistematizado capaz de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada¹⁴. Ao analisar especificamente a legislação que aborda a consulta de enfermagem, observa-se que ela é vista como uma atividade privativa do enfermeiro e obrigatória em todos os níveis de assistência à saúde¹⁵, porém, em 2017, tal regulamentação foi revogada¹⁶.

Vale salientar que os enfermeiros com treinamento em saúde da família, os médicos de família, os agentes comunitários de saúde, assim como outros profissionais com formação em APS, fundamentam e caracterizam a APS¹⁷. A ampliação e a consolidação da ESF asseguram e ampliam o acesso, promovendo o adensamento tecnológico da APS, a qualificação e a formação de recursos humanos¹⁷. No entanto, há carências de publicações sobre ferramentas e tecnologias que tratam da operacionalização da SAE no âmbito da APS, com foco no atendimento a famílias.

A implementação da SAE agrega benefícios para o paciente, sua família e a equipe de enfermagem, uma vez que aprimora a qualidade da consulta de enfermagem, favorecendo o registro

do raciocínio clínico do enfermeiro, especificando o cuidado prestado e fomentando a organização do processo de trabalho dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem¹⁸.

Embora a equipe reconheça a SAE como um potencial de fortalecimento para a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem, essa ferramenta ainda não é executada em sua totalidade no dia a dia¹⁸. O registro assistemático do cuidado prestado tende a reiterar a descrição leiga da área de conhecimento em Enfermagem como uma diversidade de tarefas manuais rotineiras, por exemplo, banho, aplicação de injeção, curativo, entre outras, destituídas de aspectos reconhecidamente científicos envolvidos nesse processo¹³.

O avanço na construção científica da Enfermagem requer, portanto, a avaliação de sua prática por meio do registro sistematizado para além de uma imposição legal ou de uma tarefa burocrática. Estratégias do Cofen, engajamento das instituições de Ensino Superior e adensamento das pesquisas em Enfermagem explicitam que há uma lacuna entre os conhecimentos sobre o PE e a atitude para a implementação da SAE na prática clínica¹⁹.

OBJETIVOS

Este capítulo tem como objetivos:

- » Apresentar os conceitos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e sobre o Processo de Enfermagem.
- » Descrever barreiras e facilitadores da Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto da atenção primária à saúde brasileira.
- » Relatar tecnologias que favoreçam a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem por enfermeiros no atendimento às famílias.

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ENFERMAGEM: CONCEITOS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo implementada cada vez mais na prática assistencial dos enfermeiros, dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem em âmbito nacional, no intuito de conferir maior segurança aos pacientes, aprimorar a qualidade da assistência e ampliar a autonomia dos profissionais da Enfermagem²⁰.

Na literatura nacional, entretanto, a compreensão acerca do significado da SAE não é uma unanimidade²¹. Muitas vezes, a SAE é vista como sinônimo e/ou antônimo ao conceito de PE. A SAE engloba múltiplas ferramentas que auxiliam a organização da assistência de enfermagem, e o PE é um instrumento sistemático com etapas inter-relacionadas que requerem uma teoria e uma linguagem específica da Enfermagem. Adotaremos as definições mencionadas no Conselho Federal de Enfermagem¹², conforme mostra a Figura 1.

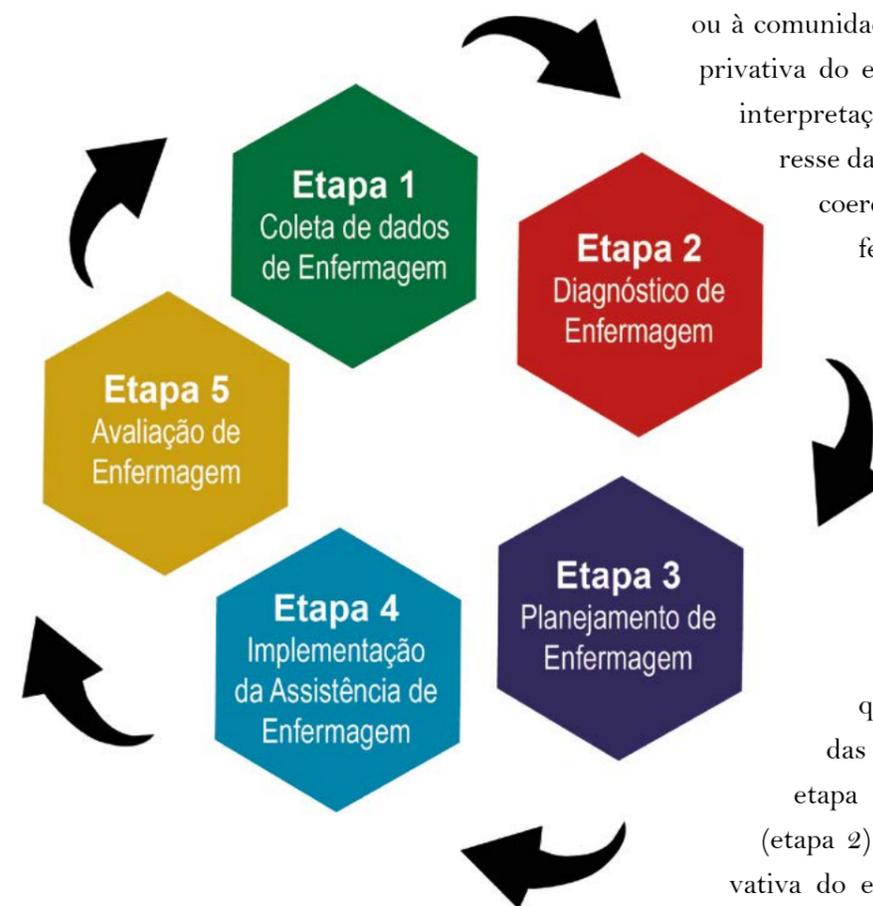
FIGURA 1. DEFINIÇÃO E COMPONENTES DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM¹²



No Brasil, o PE tem sido utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem em diversos níveis de atenção à saúde²², favorecendo e organizando as condições necessárias ao cuidado²³. Vale destacar que o PE é operacionalizado por meio de fases ou etapas, que variam de acordo com cada autor, no que diz respeito ao número e à terminologia empregada para definir seus componentes.

Assumimos que o PE é composto de cinco etapas inter-relacionadas, demonstrado na Figura 2, segundo o Conselho Federal de Enfermagem¹².

FIGURA 2. ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



A coleta de dados de enfermagem (**etapa 1**) prevê a captura de informações para identificar e/ou mensurar o perfil saúde-doença de indivíduos, famílias e/ou comunidade e compõe a prática profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os dados podem ser

investigados de forma direta, mediante entrevista e exame físico, ou de forma indireta, por meio de prontuários, resultados de exames laboratoriais, registros de outros profissionais da equipe multiprofissional, entre outros recursos²⁰. Eles também são classificados em: dados objetivos (temperatura axilar de 38° C e frequência respiratória de 32 rpm) ou dados subjetivos (“tenho febre há dias, sinto-me abatido e com muita dor no corpo”)²⁰.

Prosseguindo, o diagnóstico de enfermagem (**etapa 2**) interpreta e agrupa os dados coletados na primeira etapa para culminar na tomada de decisão quanto aos diagnósticos de enfermagem mais pertinentes aos indivíduos, às famílias e/ou à comunidade avaliada, mas é uma atividade privativa do enfermeiro¹². Essa etapa expõe a interpretação analítica das situações de interesse da área da Enfermagem de maneira coerente com as contribuições do enfermeiro para a saúde da população²⁴. Além disso, proporciona as bases para a seleção das intervenções de enfermagem em ordem de prioridade, fundamentada na relevância do fenômeno para o indivíduo, as famílias e/ou a comunidade²⁰.

O planejamento de enfermagem (**etapa 3**) determina quais intervenções serão realizadas diante das respostas colhidas na etapa de diagnóstico de enfermagem (etapa 2) e também é uma atividade privativa do enfermeiro¹². Para fins didáticos, compreendemos o resultado esperado e a intervenção de enfermagem como sinônimos de prescrição de enfermagem. Operacionalmente, o enfermeiro analisa e determina quais prescrições de enfermagem precisam ser seguidas imediatamente e em médio/longo prazo²⁵. Também, devem-se incluir um horizonte longitudinal para

a continuidade da assistência de enfermagem e uma medida temporal para seu alcance. Caso os resultados esperados não sejam alcançados no período inicialmente proposto, será necessário reavaliar os diagnósticos, os prazos estipulados e os cuidados prescritos²⁵.

A implementação da assistência de enfermagem (**etapa 4**) operacionaliza as intervenções captadas na etapa planejamento de enfermagem (**etapa 3**) e pode ser executada por enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem¹². Para que as prescrições sejam executadas na assistência prestada, é essencial que estejam bem redigidas e despertem o interesse da equipe de enfermagem por lê-las e realizá-las²⁰. Se uma prescrição de enfermagem estiver incompleta, a qualidade do atendimento ofertado poderá ficar comprometida e fragilizar a jurisdição profissional tanto de enfermeiros quanto de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Isso ocorre porque muitas vezes não há registro adequado em prontuário, tampouco consenso com toda a equipe de enfermagem acerca dos cuidados necessários aos indivíduos, às famílias e/ou à comunidade assistida²⁰.

Finalmente, a avaliação de enfermagem (**etapa 5**) verifica se as intervenções de enfermagem realizadas tiveram o resultado esperado, analisando a condição de saúde dos indivíduos, das famílias e/ou da comunidade, e é executada por enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares da Enfermagem¹². Desse modo, ao avaliar a assistência prestada, a equipe, sob a liderança do enfermeiro, deve perguntar-se se foram alcançadas as mudanças pretendidas com o cuidado, detectando o que deve ser mantido, o que precisa ser modificado e o que já supriu a necessidade previamente identificada para o plano de cuidados²⁰.

Vale ressaltar que o diagnóstico e o planejamento de enfermagem são vistos no PE como atividades exclusivas do enfermeiro¹², a sua utilização na APS como sinônimo para consulta de

enfermagem, sobretudo na ESF, encontrou um vasto campo para expansão graças à crescente consolidação deste modelo de atenção no Sistema de Saúde brasileiro.

A consulta de enfermagem tem sido utilizada como um dos instrumentos do enfermeiro para aferir as necessidades relacionadas ao ciclo de vida do indivíduo, da família e do território sob sua responsabilidade, assim como para determinar o planejamento das ações de enfermagem que serão guiadas por intermédio, por exemplo, da educação em saúde²⁶. Diante da importância dessa ferramenta para a assistência empreendida no contexto da APS e pelo fato de que o enfermeiro é o líder na proposição do planejamento de cuidado de enfermagem, pretendemos abordá-la com mais detalhes, em articulação com outras etapas do PE, a seguir, quando tratarmos sobre a aplicação da SAE na assistência às famílias.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA APS BRASILEIRA: BARREIRAS E FACILITADORES

O trabalho na APS, particularmente na ESF, tem ampliado e consolidado a identidade clínica de atuação do enfermeiro, pois sua prática, antes relacionada principalmente à liderança dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem, que eram os profissionais que de fato faziam a assistência direta à população, agora inclui a mediação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e a realização de consultas de enfermagem a gestantes, crianças, idosos, entre outros pacientes²⁷.

Gradualmente, ao longo da reorganização iniciada em 1994 com o Programa Saúde da Fa-

mília, todos os municípios brasileiros tiveram que se responsabilizar pela APS de seus habitantes e, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e com outros municípios vizinhos, pelos serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e pela atenção hospitalar²⁸.

Pode-se dizer que o estímulo para a reorganização do trabalho da Enfermagem, principalmente na APS, tem ocasionado o avanço de um novo espectro de atuação, haja vista que, tradicionalmente, o saber específico, do ponto de vista histórico, está mais sedimentado na atenção hospitalar e remonta à época de Florence Nightingale – precursora da enfermagem científica.

Assim, a complexidade do trabalho do enfermeiro na APS tem demandado cada vez mais uma postura proativa e crítica²⁹, porém a formação profissional nem sempre acompanha, com a velocidade necessária, as intensas transformações ocorridas no cotidiano da assistência³⁰.

Quando se observa o ensino da SAE para a formação de enfermeiros e, conseqüentemente, a prática desses profissionais, notam-se excessivas controvérsias conceituais e operacionais que dificultam a compreensão e geram confusão acerca da aplicação dessa sistematização nos diversos serviços de saúde³⁰. Muitas vezes, os técnicos e os auxiliares de enfermagem são designados para a operacionalização do PE, nas etapas de coleta de dados, implementação e avaliação da assistência de enfermagem, sem o devido debate acerca da coesão do cuidado, ação que é diagnosticada e planejada sob a liderança dos enfermeiros.

Essas características chamam a atenção para o fato de que o ensino da SAE precisa integrar o currículo das instituições formadoras de níveis técnico e superior em Enfermagem, especificando e problematizando a participação de cada profissional no PE. Uma recente pesquisa identificou, por exemplo, que a principal barreira para a consolidação do ensino da SAE entre os cursos

técnicos de Enfermagem se traduz na imaturidade e na inexperiência dos professores³¹.

Um dos possíveis encaminhamentos para o enfrentamento do problema pode ser o desenvolvimento/validação de ferramentas pedagógicas inovadoras para o ensino da SAE em nível técnico, por exemplo, com uso de objetos virtuais de aprendizagem, que podem incentivar a revisão dos currículos, a reformulação dos conteúdos e a rápida aplicabilidade do PE pelos próprios alunos durante o processo de formação³². Assim, promove-se o adensamento profícuo nas etapas de coleta de dados, implementação e avaliação de enfermagem, em especial nos pontos que são nucleares para o trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem, contribuindo para amenizar a histórica dicotomia entre trabalho intelectual e manual no interior da área.

Quando o ensino da SAE é realizado na formação de enfermeiros, são observadas diversas aplicações – as quais nem sempre estão inter-relacionadas – tanto no processo de ensino-aprendizagem desenvolvido em sala de aula e nos laboratórios das instituições de Ensino Superior (IES) quanto no processo educacional que ocorre nos serviços de saúde, entre supervisores e alunos, durante os estágios obrigatórios³³.

Outro estudo sobre a percepção dos graduandos a respeito do ensino da SAE revela que o conteúdo é oferecido de forma fragmentada ao longo do curso e que a dificuldade de contextualização interfere na compreensão dos elementos componentes do PE durante a operacionalização da consulta de enfermagem³⁴.

Vale salientar que o aprofundamento no ensino da SAE não se esgota, pois, conforme Ribeiro e Padoveze¹⁸, as competências requeridas refletem uma etapa crítica quanto ao preparo dos alunos que compõem as diferentes categorias profissionais presentes na equipe de Enfermagem, o que exige qualidade na assistência dessa

área, e não apenas o cumprimento de uma exigência legal.

Como contextualizar, então, as diferentes matrizes teóricas que originam os diagnósticos de enfermagem e fomentar o aperfeiçoamento das prescrições no planejamento do cuidado de enfermagem na APS? Um estudo sobre as barreiras enfrentadas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem para o uso da SAE e, conseqüentemente do PE, chama a atenção para o fato de que pouco mais da metade dos profissionais entrevistados (53%) na APS consideraram que não havia conhecimento suficiente sobre como se daria a aplicação no cotidiano dos serviços de saúde¹⁸.

É importante salientar que as distintas etapas do PE já estão integradas à prática cotidiana do enfermeiro, mas são muitas vezes operacionalizadas de forma assistemática. Costumeiramente, o enfermeiro executa mais do que anota ou sua anotação não contempla tudo o que foi realizado durante a jornada de trabalho²⁶. Em outro estudo sobre as justificativas de uso assistemático do PE pelos enfermeiros na APS, há relatos de que o aumento da demanda espontânea sobrecarrega os profissionais, requerendo um atendimento mais rápido, com foco na queixa principal, e que o raciocínio clínico fica reduzido às ações que serão de imediato implementadas¹⁴.

Um diagnóstico situacional elaborado com base na percepção da equipe da Enfermagem de uma unidade básica de saúde sobre os elementos que interferem na implementação da SAE e na realização do PE demonstrou a concordância de mais da metade dos entrevistados acerca de barreiras e facilitadores para o desenvolvimento da SAE e do PE no contexto da APS¹⁸, conforme sintetizado na Figura 3.

FIGURA 3. ELEMENTOS DIFICULTADORES E FACILITADORES PARA A IMPLANTAÇÃO DA SAE E A REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE¹⁸



Apesar de os elementos anteriormente listados não permitirem a ampla generalização para outros serviços da APS, eles podem indicar a presença dos mesmos pontos em contextos semelhantes, pois a implantação da SAE é um desafio para a maioria das instituições, e o reconhecimento dos elementos facilitadores/dificultadores pode expandir a eficácia dessa metodologia na remodelação da assistência da Enfermagem¹⁸.

Outro estudo, que tratou das ações e interações na prática clínica do enfermeiro na APS, indica que a consolidação de uma prática de excelência clínica visando à integralidade e ao aprimoramento

contínuo da qualidade do cuidado depende do investimento político dos diversos atores envolvidos nos cenários de atuação da área¹⁴.

O engajamento institucional local, por meio da elaboração de programas de capacitação e de protocolos clínicos consensuais entre a equipe da Enfermagem, pode minimizar as barreiras e potencializar os facilitadores de implementação da SAE¹⁸. Somado a isso, o registro uniforme dos diagnósticos e do planejamento de enfermagem no prontuário dos indivíduos pode fortalecer a prática baseada em evidências na Enfermagem¹⁴.

Nesse sentido, para apoiar a implantação da SAE e a realização do PE, propomos 10 passos norteadores para o gestor de uma equipe de Enfermagem na APS (Figura 4). Sugerimos a implantação gradativa, com eleição de temas prioritários, até consolidar todos os assuntos de interesse para a unidade. Enfatizamos que a reformulação e/ou a implantação pormenorizada da SAE/PE somente serão consolidadas com o engajamento político das lideranças que participam da gestão da unidade básica de saúde (por exemplo, o gestor do serviço, o responsável técnico da Enfermagem ou o enfermeiro da ESF). Cabe ressaltar que não temos a pretensão de esgotar o debate sobre outras possibilidades de implementação, visto que há distintos contextos políticos locais em território nacional e poucas experiências relatadas sobre o assunto, principalmente na APS.

FIGURA 4. DEZ PASSOS NORTEADORES PARA O GESTOR DE UMA EQUIPE DA ENFERMAGEM IMPLEMENTAR A SAE/PE NA APS



PE: Processo de Enfermagem; SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem; IES: Instituição de Ensino Superior.

TECNOLOGIAS QUE FAVORECEM A APLICAÇÃO DA SAE POR ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS

A Política Nacional de Atenção Básica concebe a Saúde da Família como a estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS em ações individuais, familiares e coletivas de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, direcionada à população de um território definido por meio do cuidado integrado de uma equipe multiprofissional³⁵. Todavia, quando a Constituição Federal de 1988, no artigo 226, faz referência à família como base da sociedade com especial proteção do Estado, não menciona um conceito específico, apesar de citar três tipos de entidade familiar: a matrimonial; a decorrente de união estável; e a monoparental³⁶.

Um estudo realizado sobre o cuidado às famílias na APS revela que o conceito de família influencia diretamente às abordagens na ESF e que sua explicitação é essencial para compreender a qualidade das práticas ocorridas nesse cenário³⁷. Diversas ferramentas de abordagem familiar podem avaliar as dinâmicas que interferem nas condições de saúde de seus membros, como: genograma, ciclos de vida, dados ligados à teoria de relacionamentos interpessoais, conferência familiar, entre outras³⁸, que serão abordadas em outro capítulo. A efetividade no uso de quaisquer ferramentas de abordagem familiar dependerá do vínculo dos enfermeiros com a população, articulando compromisso e corresponsabilidade com os usuários/famílias e pode corresponder à etapa 1 – coleta de dados de enfermagem do PE durante a consulta de enfermagem.

A captação de dados subjetivos por intermédio da entrevista familiar deve ser complementada, por exemplo, com exame físico e/ou com uma avaliação dos exames laboratoriais de todos os integrantes. A ampliação de artifícios para a compreensão da história clínica familiar dependerá essencialmente das demandas de cuidado da família que está sendo assistida pelo enfermeiro na APS. Nesse cenário, a consulta de enfermagem é o principal instrumento de trabalho do enfermeiro na ESF, uma vez que a assistência prestada é norteada pelo método sistemático do PE e há o reconhecimento do trabalho específico do enfermeiro durante o relacionamento com os usuários/famílias e a clarificação do papel desse profissional na equipe de saúde³⁹.

A colaboração interprofissional para uma APS efetiva, à luz das inovações indicadas na Declaração de Astana, requer a explicitação dos papéis das diversas profissões, o trabalho real em equipe, a focalização do trabalho no paciente, na família e na comunidade, habilidades de liderança colaborativa e gerenciamento de conflitos⁴⁰.

Outro aspecto importante é o registro das práticas clínicas individual e familiar com a adoção da Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap), parte da família de Classificações Internacionais da OMS, que tem como principal eixo condutor o contexto social, e não o diagnóstico etiológico, englobando os problemas mais frequentes da APS⁴¹. No Brasil, o uso da Ciap adensa o trabalho na Estratégia Saúde da Família desde 2006, quando passou a ser utilizado pelos diversos profissionais da atenção primária para estruturação dos problemas e dos episódios de cuidado em saúde⁴². A Ciap tem como matriz o registro ágil de três aspectos do episódio de cuidado: o motivo da consulta; o diagnóstico do problema percebido pelo profissional de saúde; e a intervenção resultante. Logo, o motivo da consulta passa a ser o elemento central do encontro entre o paciente e o profissional da saúde⁴³.

A estrutura de registro do Ciap no prontuário segue o acrônimo SOAP: S de “subjetivo”, O de “objetivo”, A de “avaliação” e P de “plano”, e está detalhado na Figura 5.

FIGURA 5. DISTRIBUIÇÃO DAS ETAPAS DO ACRÔNIMO SOAP (SUBJETIVO, OBJETIVO, AVALIAÇÃO, PLANO) NO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)^{12,44}



CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária; CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; CIPESC: Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva; NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association – International.

O registro dos problemas/condições de saúde por meio da Ciap é recomendado pelo Ministério da Saúde para uso corrente de todos os profissionais com nível superior na APS, no e-SUS, desde junho de 2015⁴¹, e aceito pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, em 2013, contemplando o PE. Segundo os pareceres do Conselho Federal de Enfermagem⁴⁵ e do Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul⁴⁶, o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (e-SUS/SIS-AB) não corresponde ao diagnóstico de Enfermagem, por isso há a necessidade de complementação por meio de outros sistemas de classificação utilizados pelos enfermeiros (Nanda-I, Cipe® ou Cipescc®, por exemplo), que serão abordados em outros capítulos.

Assim, quando o enfermeiro utilizar o SOAP para consolidar a SAE no atendimento às famílias, poderá lançar mão tanto de ferramentas específicas da Enfermagem quanto as que são utilizadas pelos demais profissionais da APS. Recomenda-se, no entanto, que sejam apontados os diagnósticos de enfermagem de curto prazo e, de acordo com a evolução, o enfermeiro deve avançar para os de médio e longo prazos⁴⁷.

Para ilustrar o atendimento de um enfermeiro na ESF e a aplicação dos conteúdos específicos da Enfermagem (SAE/PE), além de outros que também são empregados pelos demais profissionais da APS para o cuidado de uma família, apresentamos o exemplo a seguir.

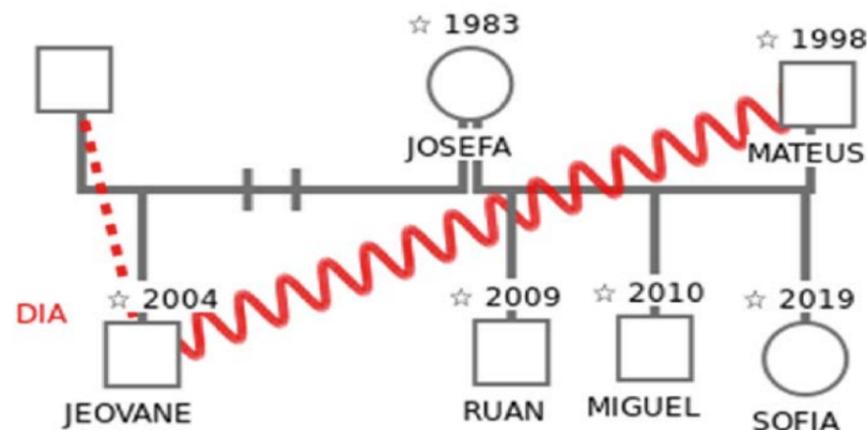
Exemplo: Josefa, que tem 36 anos, chega à unidade básica de saúde dizendo que o filho, de 15 anos, chamado Jeovane, já conhecido pela equipe de saúde por ter diabetes *mellitus*, vem se queixando de fraqueza há meses. Para o registro do enfermeiro sobre o motivo da consulta, agendada pelo agente comunitário de saúde, a classificação no acrônimo SOP, tópico “subjeto”, que mais se aproxima da queixa é a A04 – fraqueza, mesmo já se sabendo que o sintoma pode estar relacionado à doença diabetes *mellitus*.

Etapa 1 – Coleta de Dados de Enfermagem

(agrega, no acrônimo SOAP, os tópicos “subjeto” e “objetivo”)

O enfermeiro opta pelo uso do genograma, ou árvore familiar (Figura 6), para tentar entender as relações de Jeovane com os outros integrantes da família, os quais moram no mesmo domicílio.

FIGURA 6. USO DO GENOGRAMA, COMPONENTE DA ETAPA 1 – COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM



- » Jeovane: adolescente com diabetes mellitus, tipo 1, há cinco anos. Atualmente, está com 15 anos e vem apresentando picos de hiperglicemia na escola. É o filho mais velho da senhora Josefa e reside com mais três irmãos, além do padrasto. Não tem contato com o pai biológico desde os três anos de idade. Faz uso diário de insulina NPH e de insulina regular. Não se sente doente, mas, esporadicamente, sente-se fraco. Relata preocupação com a sobrecarga de trabalho da mãe, faz autoadministração da insulina, segue a dieta da família (rica em carboidratos) e auxilia no cuidado dos irmãos menores.
- » Josefa (mãe do Jeovane): diz que o próprio Jeovane faz a aplicação de insulina, que ele come doces sem autorização, que ela sabe ler, mas com dificuldades, e que foi orientada sobre os riscos da doença do filho pelo endocrinologista. Justifica que está se sentindo sobrecarregada com os cuidados da filha mais nova, Sofia, 30 dias de vida (gravidez não planejada), por isso não tem tempo para acompanhar/cuidar do filho mais velho. Segundo a mãe, o Jeovane já pode se cuidar sozinho e ajudar em casa. Relata que a dieta da família segue “o que dá para comprar”.
- » Sofia (irmã mais nova do Jeovane): está em aleitamento materno exclusivo, com a carteira de vacina atualizada e já passou em consulta de puericultura na unidade básica de saúde.
- » Miguel e Ruan (outros filhos da Josefa): segundo a mãe, no momento não apresentam problemas, frequentam a escola regularmente e estão com as carteiras de vacinação atualizadas.
- » Mateus (companheiro da Josefa): conforme relato da senhora Josefa, ele está muito estressado em razão das dificuldades financeiras com a chegada da nova filha, além do fato de estar desempregado, e apresenta uma relação conflituosa com Jeovane, que é filho de outro relacionamento da senhora Josefa. Entretanto, ela menciona que ele trata bem os outros filhos, sendo um bom pai. Ele não estava em casa no momento do atendimento e não possui carteira de vacinação.

Exame físico:

- » Jeovane: No exame físico, apresentou glicemia capilar de 200 mg/dL, assintomático, bom estado geral, hidratado e corado. Está com a carteira de vacinação atualizada.

Etapa 2 – Diagnósticos de Enfermagem

(agrega, no acrônimo SOAP, o tópico “avaliação”)

Apesar de a queixa ser “fraqueza”, o enfermeiro identificou outros diagnósticos que podem estar relacionados a esse motivo inicial da consulta (subjeto). Seguindo o raciocínio clínico, a enfermeira compreende a fisiopatologia do diabetes e as possíveis dificuldades da família em conduzir o tratamento da doença da criança.

Na codificação SOAP, tópico “avaliação”, serão utilizados: T89 – diabetes insulino-dependente, Z-01 – pobreza/problemas econômicos e Z18 – problema com criança doente. O enfermeiro também deve complementar a avaliação com a linguagem de enfermagem preconizada pelo conjunto dos enfermeiros da unidade básica de saúde em que trabalha e/ou aquela pertinente ao caso. Exemplos:

» **Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap):**

- Diagnóstico 1: Z 18 – Problema com criança doente
- Diagnóstico 2: T89 – Diabetes insulino – dependente
- Diagnóstico 3: Z-01 – pobreza/problemas econômicos

» **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE):**

- Diagnóstico 1: fraqueza
- Diagnóstico 2: comportamento alimentar infantil prejudicado
- Diagnóstico 3: conhecimento inadequado sobre o diabetes mellitus
- Diagnóstico 4: enfrentamento familiar ineficaz
- Diagnóstico 5: necessidade de cuidados de saúde e social presente

Chamamos a atenção para o fato de que mais detalhes quanto ao uso das diversas linguagens específicas da área de conhecimento da Enfermagem o leitor encontrará em outros capítulos.

Agora, o enfermeiro pode priorizar os diagnósticos de Enfermagem.

Etapas 3, 4 e 5, respectivamente, planejamento de enfermagem, implementação da assistência de enfermagem e avaliação de enfermagem

(agrega. no acrônimo SOAP, o tópico “plano”)

O plano de ação será definido conforme o motivo da consulta e a avaliação do enfermeiro durante o atendimento. Para alcançar a meta terapêutica esperada para o controle da doença crônica de Jeovane, esse profissional da saúde vai precisar considerar a influência de todos os integrantes da família no enfrentamento do problema de saúde do paciente e as características relacionadas a trabalho (renda, ocupação, entre outros), vida (acesso à moradia, água, luz, rede de apoio familiar, acesso ao lazer) e potenciais de desgaste e de fortalecimento envolvidos na dinâmica familiar.

O plano de cuidados deve envolver outros membros da equipe de Enfermagem, o próprio Jeovane e o mapeamento e/ou construção compartilhada de uma rede de apoio à família. Uma conversa com os demais profissionais de saúde por meio de uma reunião de matriciamento e/ou reunião de equipe será necessária para consolidar o plano terapêutico singular imediato da família. Listamos, a seguir, exemplos de prescrições específicas da área de conhecimento da Enfermagem segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (Cipe) que podem ser utilizadas no atendimento imediato do enfermeiro (Quadro 1).

QUADRO 1. EXEMPLO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

Diagnósticos de enfermagem (Cipe)	Prescrições de enfermagem/intervenções de enfermagem/plano
Fraqueza	Identificar fatores que desencadeiam a fraqueza. Orientar Jeovane sobre o automonitoramento da glicose sanguínea e comunicar os pais/equipe de saúde se houver alguma alteração. Orientar paciente/família sobre a administração de insulina subcutânea, conforme prescrição médica. Demonstrar a técnica de injeção subcutânea para o paciente e a família. Orientar Jeovane a evitar jejum prolongado. Promover o autocuidado do Jeovane. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à importância de adequada ingestão de líquidos.
Comportamento alimentar infantil prejudicado	Orientar o paciente e a família sobre dieta saudável para diabetes. Encaminhar o paciente/família para um nutricionista. Estimular a família a participar do plano de cuidado alimentar. Orientar a criança e/ou família sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso. Auxiliar a criança na adaptação da dieta ao modo de vida, de acordo com a cultura e os recursos da família.
Conhecimento inadequado sobre diabetes mellitus	Estabelecer um relacionamento de confiança com a criança e a família para facilitar a aprendizagem. Orientar a criança e/ou o acompanhante sobre o problema de saúde enfrentado. Ensinar à criança e/ou ao acompanhante as habilidades necessárias ao novo estilo de vida diário.
Enfrentamento familiar ineficaz	Ajudar na criação de alternativas de cuidado à melhoria de vida do Jeovane e de Josefa. Promover comunicação familiar eficaz. Apoiar a família. Promover o apoio familiar ao paciente. Avaliar o plano de cuidados com a família.
Necessidade de cuidados de saúde e social presente	Encaminhamento para a assistente social. Orientar a família sobre o regime terapêutico e auxiliar nos recursos necessários. Agendar consulta médica, depois de uma semana da primeira abordagem, para reavaliação. Monitorar o cuidado da criança e dos outros membros da família com a equipe multidisciplinar.

CONCLUSÃO

O debate acerca da SAE na APS no contexto brasileiro tem cada vez mais permitido a ampla utilização dos saberes específicos da Enfermagem para a operacionalização e a documentação do PE. Reiteramos que o engajamento local dos enfermeiros assistenciais e, principalmente, do responsável técnico de Enfermagem e do supervisor da Unidade Básica de Saúde são essenciais para o adensamento científico e documental das ações da Enfermagem visando à prática fundamentada em evidências e à luz dos princípios tratados na Declaração de Astana. A problematização do trabalho do enfermeiro durante o cuidado direto às famílias e as repercussões desse plano de cuidado nas ações dos demais membros da equipe da Enfermagem exigem outros estudos e aprofundamentos para que haja uma melhora no que se refere ao cuidado e à qualidade da assistência na APS.

REFERÊNCIAS

1. HONE T, MACINKO J, MILLETT C. REVIVING ALMA-ATA: WHAT IS THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN ACHIEVING THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS? LANCET. 2018;392:1461-72.
2. GIOVANELLA L, MENDOZA-RUIZ A, PILAR ACA, ROSA MC, MARTINS GB, SANTOS IS ET AL. SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE E COBERTURA UNIVERSAL: DESVENDANDO PRESSUPOSTOS E ESTRATÉGIAS. CIENC SAÚDE COLET. 2018;23(6):1763-1776.
3. LANCET (EDITORIAL). THE ASTANA DECLARATION: THE FUTURE OF PRIMARY HEALTH CARE? 2018 OCT 20;392(10156):1369.
4. FIGUEIREDO PP, LUNARDI FILHO WD, SILVEIRA RS, FONSECA AD. A NÃO IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: REFLEXÃO APOIADA EM CONCEITOS DE DELEUZE E GUATTARI. TEXTO CONTEXTO ENFERM. 2014;23(4):1136-44.
5. CAÇADOR BS, BRITO MJM, MOREIRA DA, REZENDE LG, VILELA GS. SER ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES. REME. 2015;19(3):612-626.
6. JANSSON I, PILHAMAR E, FORSBERG A. FACTORS AND CONDITIONS THAT HAVE AN IMPACT IN RELATION TO THE SUCCESSFUL IMPLEMENTATION AND MAINTENANCE OF INDIVIDUAL CARE PLANS. WORLDVIEWS EVID BASED NURS. 2011;8(2):66-75.
7. ZAMANZADEH V, VALIZADEH L, TABRIZI FJ, BEHSHID M, LOTFI M. CHALLENGES ASSOCIATED WITH THE IMPLEMENTATION OF THE NURSING PROCESS: A SYSTEMATIC REVIEW. IRANIAN J NURS MIDWIFERY RES. 2015;20(4):411-9.
8. HEYDARI A, EMAMI ZEYDI A. BARRIERS TO AND FACILITATORS OF RESEARCH UTILIZATION AMONG IRANIAN NURSES: A LITERATURE REVIEW. J CARING SCI. 2014;1;3(4):265-75.
9. CARVALHO EC, BACHION MM, DALRI MCB, JESUS CAC. OBSTÁCULOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL. REV. ENF. UFPE ON-LINE 2007; 1(1):95-99.
10. PÉREZ RIVAS FJ, SANTAMARÍA GARCÍA JM, MINGUET ARENAS C, BEAMUD LAGOS M, GARCÍA LÓPEZ M. IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF THE NURSING PROCESS IN PRIMARY HEALTH CARE. INT J NURS KNOWL. 2012; 23(1):18-28.
11. SHEWANGIZAW Z, MERSHA A. DETERMINANTS TOWARDS IMPLEMENTATION OF NURSING PROCESS. AMERICAN JOURNAL OF NURSING SCIENCE. 2015; 4(3):45-49.
12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO 358, DE 15 OUT. 2009. BRASÍLIA, 2009.
13. GARCIA TR. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ASPECTO SUBSTANTIVO DA PRÁTICA PROFISSIONAL. ESC. ANNA NERY. 2016;20(1):5-10.
14. KAHL C, MEIRELLES BHS, LANZONI GMM, KOERICH C, CUNHA KS. AÇÕES E INTERAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. REV ESC ENFERM USP. 2018;52:E03327.
15. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO 159, DE 19 ABR. 1993. BRASÍLIA; 1993.
16. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO 544, DE 18 MAIO 2017. BRASÍLIA; 2017.
17. TASCA R, MASSUDA A, CARVALHO WM, BUCHWEITZ C, HARZHEIM E. ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE: ESTRATÉGIA CENTRAL PARA A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. IN: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. RELATÓRIO 30 ANOS DE SUS, QUE SUS PARA 2030? BRASÍLIA: OPAS; 2018.
18. RIBEIRO GC, PADOVEZE MC. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. REV ESC ENFERM USP. 2018;52:E03375.
19. ALMEIDA BP, DIAS FSB, CANTÚ PM, DURAN ECM, CARMONA EV. ATITUDE DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO QUANTO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM. REV ESC ENFERM USP. 2019;53:E03483.
20. TANNURE MC, PINHEIRO AM. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN; 2010.
21. GARCIA TR, NÓBREGA MML. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: HÁ ACORDO SOBRE O CONCEITO? REV ELETR ENFERM. 2009;11(2):233.
22. TANNURE MC, PINHEIRO AM, CARVALHO DV. O PROCESSO DE ENFERMAGEM. IN: TANNURE MC, PINHEIRO AM. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN; 2010.
23. NÓBREGA MML, CUBAS MR, EGRY EY, NOGUEIRA LGF, CARVALHO CMG, ALBUQUERQUE LM. DESENVOLVIMENTO DE SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE® NO BRASIL. IN: CUBAS MR, NÓBREGA MML. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2015.
24. CRUZ DALM. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM. IN: GARCIA TR, EGRY EY. INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NO SUS E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. PORTO ALEGRE: ARTMED; 2015.
25. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). PROCESSO DE ENFERMAGEM: GUIA PARA A PRÁTICA. SÃO PAULO: COREN-SP, 2015.
26. SANTOS AS, CUBAS MR. SAÚDE COLETIVA: LINHAS DE CUIDADO E CONSULTA DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2012.
27. REGIS CG, BATISTA NA. O ENFERMEIRO NA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: CONCEPÇÕES E COMPETÊNCIAS. REV. BRAS. ENFERM. 2015;68(5):830-6.
28. PINTO LP, GIOVANELLA L. DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPANSÃO DO ACESSO E REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB). CIENC SAÚDE COLET. 2018;23(6):1903-13.
29. CUBAS MR, SANTOS AS. PRINCÍPIOS PARA ABORDAGEM NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ESPAÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. IN: SANTOS AS, CUBAS MR. SAÚDE COLETIVA: LINHAS DE CUIDADO E CONSULTA DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2012.
30. KRAUZER IM, ADAMY EK, ASCARI RA, FERRAZ L, TRINDADE LL, NEISS M. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: O QUE DIZEM OS ENFERMEIROS? CIENC ENFERM. 2015;21(2):31-38.
31. SALVADOR PTCO, VÍTOR AF, FERREIRA JÚNIOR MA, FERNANDES MID, SANTOS VEP. ENSINAR SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NÍVEL TÉCNICO: PERCEPÇÃO DE DOCENTES. ACTA PAUL ENFERM. 2016;29(5):525-33.
32. SALVADOR PTCO, MARIZ CMS, VÍTOR AF, FERREIRA JÚNIOR MA, FERNANDES MID, MARTINS JCA ET AL. VALIDAÇÃO DE OBJETO VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA APOIO AO ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. REV BRAS ENFERM. 2018;71(1):11-9.
33. ARGENTA CAL. GESTÃO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PRIVADAS E AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AOS COORDENADORES DE CURSO: DESAFIOS E SUGESTÕES [TESE]. SÃO PAULO: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO; 2011.
34. SILVA JP, GARANHANI ML, PERES AM. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GRADUAÇÃO: UM OLHAR SOB O PENSAMENTO COMPLEXO. REV LATINO-AM ENFERM. 2015;23(1):59-66.
35. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N. 2436/2017. BRASÍLIA; 2017.
36. BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. BRASÍLIA; 1988.
37. SILVA MCLSR, SILVA L, BOUSSO RS. A ABORDAGEM À FAMÍLIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. REV. ESC. ENFERM. 2011;45(5):1250-5.
38. BRANTE ARSD, MARTINS DS, NEVES FMV, FONSECA JC, OTTONI JLM, OLIVEIRA RFR. ABORDAGEM FAMILIAR: APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS A UMA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG. REV. BRAS. FAM. COMUNIDADE. 2016;11(38):1-9.
39. CUBAS MR. CONCEPÇÕES SOBRE CONSULTA DE ENFERMAGEM. IN: SANTOS AS, CUBAS MR. SAÚDE COLETIVA: LINHAS DE CUIDADO E CONSULTA DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2012.
40. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO SOBRE EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR. 2018A
41. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. E-SUS ATENÇÃO BÁSICA: MANUAL

DO SISTEMA COM COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA –
CDS (VERSÃO3.0). 2018B

42. GUSO G. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP 2). FLORIANÓPOLIS: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009.
43. LANDSBERG GAP, SAVASSI LCM, SOUSA AB, FREITAS JMR, NASCIMENTO JLS, AZAGRA R. ANÁLISE DE DEMANDA EM MEDICINA DE FAMÍLIA NO BRASIL UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. CIENC. SAÚDE COLET. 2012;17(11):3025-36.
44. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA – SEGUNDA EDIÇÃO: CIAP2. (FOLDER). BRASÍLIA; 2018C.
45. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. PARECER TÉCNICO N. 8/2017. BRASÍLIA: COFEN, 2017.
46. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. PARECER TÉCNICO N. 19/2016. FLORIANÓPOLIS, 2016.
47. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: NORTEANDO A GESTÃO E A ASSISTÊNCIA. SÃO PAULO: COREN-SP, 2017.
48. UPTAQUI INT ET, QUAM VOLORER FERCIATUR SIMENIAT VOLES ET MOLORIORE SITATIBUS, VOLLENIT OMNIETUR SIT DOLORISCIAM QUI IUM QUI RAERUM AUTET DOLUPTASPE NE RE CON RERUM QUI ALIBEA QUID QUE ELIGNIS QUASPIET MOS AS SINVERUNTI OMNI DOLOR RESEQUE MOLUPTA NUM QUAS SEQUASIT FUGITATIA.



CAPÍTULO 4

NOMENCLATURAS PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MUNDO: VISÃO GERAL E APLICABILIDADE NA APS

PALAVRAS-CHAVE:

ENFERMAGEM, ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, TAXONOMIA

ANNA LUIZA DE FÁTIMA PINHO LINS GRYSCHKEK

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

MILENE APARECIDA AGUIAR VILAS BOAS

ENFERMEIRA. MESTRANDA DO PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS). COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJUBÁ - MG

SELÔNIA PATRÍCIA OLIVEIRA SOUSA CABALLERO

ENFERMEIRA. MESTRANDA DO PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS). ENFERMEIRA DA FAMÍLIA NA APS DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

MARIA CLARA PADOVEZE

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

INTRODUÇÃO

Desde a criação da Enfermagem Moderna por Florence Nightingale, até a década de 1960, a enfermagem tem procurado aprimorar o seu cuidado e envidado esforços de se constituir como prática autônoma, procurando desenvolver um corpo de conhecimentos específicos da profissão. Ainda na década de 1960 a enfermagem americana desenvolveu as teorias de enfermagem acreditando que a autonomia profissional só ocorreria mediante a adoção da Ciência no planejamento e na execução do cuidado¹.

Vale ressaltar que ao longo do tempo a Enfermagem tem buscado sua consolidação enquanto Ciência. Para atingir esse objetivo, os profissionais vêm se dedicando a estratégias que visam alicerçar tal prática e, por esse motivo, surgiu a necessidade de se estabelecer uma nomenclatura comum, para que a mesma possa ser utilizada universalmente pelos profissionais da área e, ao mesmo tempo, adaptar-se às mais variadas culturas e contextos².

O significado do termo nomenclatura abrange termos peculiares à certa Arte ou Ciência, trata-se de uma terminologia (lista, relação ou catálogo), que designa os nós de um diagrama conceitual, elaborada durante uma pesquisa temática³. Utilizou-se no presente estudo o termo nomenclatura para identificar os conteúdos que compõe os Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP), ou seja, as terminologias, os sistemas classificatórios, a taxonomia, a linguagem própria e a linguagem comum.

O novo cenário econômico, as atuais políticas públicas e as demandas das instituições de saúde, assim como o aumento e a velocidade das trocas de informações têm exigido o aprimoramento das atividades da Enfermagem com o intuito de

aumentar a qualidade da assistência em saúde⁴.

Já é consenso em todo o mundo, que os sistemas nacionais de saúde devem ser fundamentados na Atenção Primária em Saúde (APS)⁵. No Brasil, a reorganização da APS tem sido implementada com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à expansão, à qualificação e à própria consolidação da mesma, ampliando a resolutividade quanto à questão da saúde de cada indivíduo e das coletividades⁶.

A ESF é composta de uma equipe multiprofissional, formada por enfermeiros, médicos, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo também participar a equipe de profissionais da saúde bucal. A equipe da ESF articula saberes técnicos para o enfrentamento de doenças, tendo especial atenção no indivíduo em suas relações familiares e socioculturais. No âmbito da equipe multidisciplinar da ESF, a Enfermagem assume papel fundamental para a prestação da assistência à saúde e precisa de instrumentos que viabilizem essa prática⁷.

Essa assistência deve ser sistematizada por meio do Processo de Enfermagem (PE), que nada mais é que uma ferramenta intelectual de trabalho da Enfermagem, pois norteia o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão no que diz respeito ao diagnóstico, às intervenções e aos resultados. A utilização desse recurso possibilita a documentação das atividades da Enfermagem, e sua documentação é viabilizada mediante a utilização de terminologias^{2,8}.

O PE é valorizado na profissão desde tempos remotos, Florence Nightingale já enfatizava a importância de os enfermeiros valorizarem a observação para realizarem julgamentos adequados. O PE foi introduzido no Brasil na década de 1960, pela enfermeira e professora de enfermagem Wanda de Aguiar Horta, que o definiu como uma dinâmica sistematizada de

ações inter-relacionadas, visando a assistência de enfermagem, ao indivíduo, família e comunidade².

Com o propósito de listar os cuidados referentes ao paciente, incluindo as tomadas de decisões críticas, o PE envolve as seguintes etapas: coleta de informações (ou histórico); diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação e avaliação. Tudo deve ser registrado formalmente em um prontuário².

Utilizam-se nomenclaturas específicas para contemplar algumas fases do PE, como: diagnóstico de enfermagem (fenômenos); intervenções (ações) e resultados⁹.

Na Enfermagem, o desenvolvimento dessas nomenclaturas relacionadas à assistência traz alguns benefícios: segurança no planejamento, na execução e na avaliação das condutas de enfermagem, melhora da comunicação e da qualidade das documentações, desenvolvimento de registros eletrônicos e avanço do conhecimento¹⁰.

Essa prática deve ser documentada facilitando a comunicação entre a equipe de enfermagem e os outros profissionais. Isso poderá viabilizar a avaliação dos cuidados implementados de forma fidedigna, facilitando a resolução de questões jurídicas, propiciando o registro de dados para a pesquisa e o ensino¹¹.

Desde 1970, recomenda-se o uso dos SLP, pois favorecem as comunicações verbal e escrita entre os profissionais, assim como auxiliam o raciocínio clínico ao esclarecer os conceitos representados por meio de definições, indicadores clínicos e descrições de ações. São conhecimentos estruturados, esclarecedores dos fenômenos que englobam o cuidado, propondo estratégias de ação e de medida de alcance dos resultados de atuação da Enfermagem, na clínica e na pesquisa¹¹.

A Enfermagem conta com algumas nomenclaturas, para facilitar o cuidado em uma língua uniforme. Atualmente, existem cinco termino-

logias de Enfermagem reconhecidas internacionalmente: a Nanda-I; o sistema Omaha; os elementos de dados de enfermagem perioperatória; o sistema de classificação de cuidados clínicos Sabba; e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (Cipe)¹².

Existem também nomenclaturas que podem ser compartilhadas com outros profissionais da saúde, como é o caso da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), que foi implementada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira, e da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF)².

Com isso exposto, objetiva-se realizar uma análise crítica das nomenclaturas voltadas para a SAE, explorando seu potencial de utilização na APS.

OBJETIVOS

Realizar uma análise crítica das nomenclaturas voltadas para a sistematização da assistência de enfermagem, explorando seu potencial de utilização na Atenção Primária em Saúde.

DESENVOLVIMENTO

Pretendeu-se realizar neste capítulo uma revisão da literatura – de abordagem qualitativa – referente aos sistemas de nomenclaturas empregados pela Enfermagem no Brasil, a saber: Nanda, NIC, NOC, Cipe, Cipesec e Ciap. Recorreu-se a fontes primárias, como livros, normas técnicas e leis do exercício da profissão, para auxiliar na busca de informações das nomenclaturas, que são o objeto de estudo do presente capítulo. Vale ressaltar que foram realizadas buscas nas bases de dados SciELO e PubMed, por meio de palavras-chave: taxonomia de enferma-

gem; nomenclatura de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; sistematização da assistência de enfermagem; atenção primária em saúde; e cuidados primários em saúde. Os dados foram coletados por duas pesquisadoras e organizados em forma de síntese narrativa para cada elemento analisado.

Os elementos de análise foram encontrados nestas seleções: “conceito”, “objetivos”, “base teórica”, “características”, “aspectos históricos”, “países usuários”, “incorporação institucional”, “origem”, “acesso” e “profissionais-alvo”. Os dados obtidos foram devidamente analisados pelas pesquisadoras, por meio de sucessivas leituras e discussões dos elementos identificados. O foco da análise visou à identificação de facilitadores e barreiras para a utilização das referidas nomenclaturas no âmbito da APS.

A Enfermagem como ciência tem nas classificações uma possibilidade real para a construção e o acúmulo do conhecimento; além de serem ferramentas importantes para a comunicação em geral. Os enfermeiros têm que ter uma linguagem própria para avaliar eventos. A linguagem da enfermagem tem sido beneficiada pelo uso dos conceitos NNN (Classificação de diagnósticos de enfermagem da Nanda-I, NOC e NIC), a CIPE® e os termos do Projeto Cipesq. Esses têm auxiliado os enfermeiros a pensar em possíveis hipóteses, pesar alternativas, favorecendo a precisão diagnóstica. A Enfermagem deve realizar uma reflexão importante, sobre quais classificações são as mais alinhadas à filosofia e aos referenciais teóricos daquela instituição e que poderão ser aplicados às pessoas cuidadas (indivíduo, família e comunidade)².

Desde a década de 1970 até a de 1990, presenciou-se o aparecimento das classificações da área de Enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados), uma vez que havia a necessidade de uma linguagem própria que exprimisse os elementos dessa prática. O desenvolvimento das

taxonomias representa um marco na construção de teorias⁴.

A teoria é definida como “um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos/eventos, pela especificação das relações entre as variáveis, com a finalidade de prever o fato/evento”¹³.

Os modelos conceituais/teóricos contribuíram para um vocabulário próprio da Enfermagem. Nas instituições, o modelo de cuidado adotado deve ser construído com toda a equipe desse setor, apoiado não só nos referenciais da área, mas também por outros que a ela se apliquem, além das classificações de enfermagem, e devem estar presentes nas etapas do PE⁴.

O PE foi desenvolvido com base em teorias de Enfermagem mediadas com teorias de outras disciplinas, como a Medicina, a Psicologia e as Ciências Sociais. Dessa forma, as práticas de enfermagem foram organizadas e sistematizadas, mas, para se aplicar o PE, também é necessário ter uma sustentação teórica^{1,4}.

As teorias são importantes para orientar a prática, na medida em que descrevem, explicam e preveem os fenômenos da Enfermagem. Esses conhecimentos são considerados como próprios da Enfermagem. São também considerados como próprios da profissão a consulta de enfermagem, a educação em saúde e a SAE. Na APS o PE é operacionalizado por meio da consulta de enfermagem, que tem o potencial de possibilitar a integralidade da atenção à saúde¹³.

O uso de sistemas de linguagens padronizadas pode facilitar os registros no prontuário do paciente de todas as fases do PE. Sabe-se que esses registros são obrigatórios e indubitavelmente representam uma segurança para o paciente e para os profissionais de enfermagem, qualificando a assistência¹⁴.

De acordo com uma pesquisa realizada por

Carvalho⁸, no Brasil as nomenclaturas mais utilizadas são: o sistema Nanda-I, NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification), a Cipe e o inventário vocabular Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (Cipesc). Esse estudo demonstrou que a Cipe foi integrada em 50% dos Sistemas de Informação de Saúde (SIS).

O uso de uma linguagem padronizada, além de facilitar a comunicação e o uso de sistemas informatizados, possibilita a representação de um conhecimento clínico de enfermagem único². Assim, as instituições deveriam implementar os elementos do PE seguindo uma linguagem padronizada em seus sistemas de informação, como parte de um processo de gestão¹².

Enfermeiros percebem a necessidade de haver um sistema informatizado de registro para o sistema de classificação em todas as fases do PE. Os problemas só podem ser minimizados com o desenvolvimento e a implantação de SLP direcionados ao PE⁸.

Na realidade brasileira observa-se uma tendência importante na utilização de sistemas eletrônicos no âmbito assistencial. O prontuário eletrônico traz benefícios à assistência, facilitando o acesso rápido ao histórico de saúde do paciente, o conhecimento de suas necessidades de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência, levando à uma possível redução de custos, com otimização de recursos¹⁵.

Em 2016, o Ministério da Saúde brasileiro, diante dos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, lançou o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e incluiu nesse software a nomenclatura de Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap), que pode ser utilizada por profissionais de todas as áreas, pois permite realizar a classificação não apenas dos problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas

também os motivos da consulta e as respostas de toda a equipe¹⁶.

Vale salientar que o Brasil se destaca como um dos países com mais publicações acerca dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) com terminologias integradas, depois dos Estados Unidos, demonstrando assim que o Brasil está investindo para facilitar a realização do PE⁸.

Entre setembro de 2012 e outubro de 2013, um estudo realizado pelo Coren-SP com instituições de saúde do estado de São Paulo demonstrou, entre outros resultados, que a inexistência do PE foi maior nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) (36,43%). Isso reforça uma dificuldade levantada pela mesma instituição, que mostra a visão de que o PE só pode ser bem desenvolvido em ambientes hospitalares².

Uma revisão bibliográfica revelou que apesar da Enfermagem representar até 80% de todos os serviços de APS, as informações produzidas pelos sistemas de saúde são baseadas principalmente em diagnósticos e procedimentos médicos. Os autores dessa revisão apontaram que a documentação da prática da Enfermagem com uma terminologia padrão pode melhorar a visibilidade e a eficácia da profissão. Além disso, o uso sistemático dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) na prática clínica diária pode facilitar a mensuração dos cuidados aos pacientes e seus respectivos desfechos, aumentando a eficiência da gestão da assistência à saúde de modo geral¹².

O PE é executado por todos os profissionais da Enfermagem, cabendo ao enfermeiro a liderança no planejamento, na execução e na avaliação do processo, objetivando alcançar os resultados esperados. É privativo ao enfermeiro o DE, o qual se refere às respostas da pessoa, da família ou da coletividade em um dado momento do processo saúde e doença. Além disso, é privativo também a prescrição das intervenções de

enfermagem a serem realizadas, de acordo com as respostas colhidas¹⁷.

A questão não é se os enfermeiros devem diagnosticar, mas o que podem diagnosticar. É importante lembrar que os DEs não são diagnósticos médicos, e sim declarações sucintas, em relação aos problemas específicos do paciente, que orientam a Enfermagem no desenvolvimento de um plano de cuidados. Na APS, os DEs podem estar ligados ao território, à família ou à coletividade. Vão além dos diagnósticos médicos direcionados às doenças, sinais e sintomas^{2, 4, 18}.

Cruz, Peres e Lima¹⁸ dizem que identificar o DE, segunda etapa do PE, envolve ativação de uma série de habilidades mentais que permitem inferências sobre os dados observáveis. Além de ser definido como uma das etapas do PE, o DE pode também ser um processo de julgamento clínico ou um termo que expressa a conclusão desse julgamento clínico.

No presente capítulo trabalhou-se com a análise crítica das nomenclaturas de Enfermagem Nanda-I, NIC, NOC, Cipe e Cipesc, e CIAP.

NANDA-I/NIC/NOC

Em termos conceituais, Nanda-I consiste em julgamentos clínicos fundamentados nas respostas dadas pelo indivíduo, pela família e pela comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais e proporcionam bases para a seleção de intervenções de enfermagem e para o alcance dos resultados esperados pelos enfermeiros⁴.

Em 1957, a enfermeira americana Faye Glenn Abdelah apontou a necessidade de haver diagnósticos na Enfermagem. Em 1960, houve o primeiro sistema de classificação para a identificação de 21 problemas. Em 1966, Virgínia Henderson elaborou a lista das 14 necessidades humanas básicas⁴.

No início da década de 1970, enfermeiros e educadores dos Estados Unidos da América descobriram que enfermeiros diagnosticavam e tratavam “algo” relacionado aos pacientes e às suas famílias que não correspondia aos diagnósticos médicos¹⁹.

Em 1973, um grupo de enfermeiros norte-americanos desenvolveu a primeira listagem de diagnósticos. Em 1982, foi criada a North American Nursing Association (Nanda), fundamentada em nove padrões de resposta do ser humano (tocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir). Em 1987, a Nanda publicou a primeira taxonomia⁴.

Depois de 2002, a Nanda mudou seu escopo e modificou o nome para Nanda-Internacional, abrangendo enfermeiros de vários países. Foi conservado o nome “Nanda” em virtude do seu reconhecimento na Enfermagem em geral; na realidade, é mais uma marca do que uma sigla, uma vez que não significa mais o nome original da associação¹⁹.

Nanda-I é, atualmente, a sistematização de classificação mais adotada no mundo. Traduzida para mais de 17 idiomas, está incorporada a alguns sistemas de informática. Os países que utilizam o Nanda-I/NIC/NOC são: Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Espanha, China, Estônia, França, Holanda, Reino Unido, Itália, Japão, Indonésia, Portugal, Brasil, Suécia, Colômbia, Equador, México, Nigéria-Gana e Peru. Tem sido utilizada em mais de 40 países. As conferências da Nanda-I são realizadas a cada 2 anos (na plenária final, são discutidos e aprovados novos diagnósticos). Seus pontos relevantes são a presença de diagnósticos com características definidoras, a análise dos fatores de risco e outros assuntos afins^{4, 19}.

Os diagnósticos possuem domínios e classes. A American Nurses Association (ANA) propôs que os DEs aprovados fossem incluídos na

Classificação Internacional de Doenças (CID), na seção classificações relacionadas com a saúde da família, que não foi aceita inicialmente por causa da falta de documentação da utilização da taxonomia no âmbito internacional. Hoje em dia, pesquisadores do mundo todo estão validando os DEs em favor da reconsideração e da aceitação nas edições futuras da CID⁴.

Os enfermeiros estão atentos às respostas humanas acerca dos problemas de saúde e/ou processos da vida. A base teórica para as nomenclaturas da Nanda-I/NIC é a teoria adaptada da estrutura de avaliação Padrões de Saúde Funcional, da dr^a. Major Gordon¹⁹.

NIC são intervenções, com base em evidências, que a Enfermagem realiza para melhorar o resultado do paciente. E NOC refere-se às condições de saúde de pacientes/famílias/comunidades, com o propósito de verificar as mudanças apresentadas por eles após uma intervenção de enfermagem. Possui uma listagem dos resultados de enfermagem para cada diagnóstico da Nanda-I⁴.

O PE será contemplado nas três fases, utilizando Nanda, NIC e NOC. Essas nomenclaturas foram institucionalizadas no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal de Santa Catarina, voltadas especificamente ao público da Enfermagem. Para o acesso a essas nomenclaturas, os profissionais interessados devem acessar os livros publicados^{4, 18, 19}.

CIPE

A Cipe foi uma terminologia idealizada, em 1989, pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) “como resposta ao desafio de criar uma linguagem universal para a Enfermagem capaz de possibilitar a interlocução internacio-

nal e, ao mesmo tempo, representar a diversidade dessa prática profissional”. Já a Cipesc é uma classificação desenvolvida a partir da identificação de termos usados pela Enfermagem brasileira na APS. A Cipe foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980 e pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). Em 1990, foi formada uma equipe para o desenvolvimento dessa classificação²⁰.

A Cipe nomeia, classifica e vincula fenômenos que descrevem a prática profissional da Enfermagem, assim como os julgamentos sobre determinadas necessidades humanas e sociais²¹.

Em 2003, a Cipe é introduzida pela Universidade de São Paulo (USP), pela dr^a. Heimar de Fátima Marin, membro do Grupo Consultivo Estratégico da Cipe e implementado em Florianópolis (SC), na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em João Pessoa (PB), em Belo Horizonte (MG), nas unidades de terapia intensiva (UTIs), na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e na Universidade Federal de Pernambuco⁴.

Empregada em países como Israel, Nepal, Chile, Quênia, Jamaica e Japão, a Cipe avalia as necessidades biológicas do indivíduo, da família e da comunidade na APS, intra e interprofissionalmente, embora seja uma nomenclatura direcionada ao público da Enfermagem. Não possui modelo conceitual ou teórico específico, mas traz diagnósticos, ações e resultados de enfermagem, podendo ser aplicado o PE nessas fases^{4, 22}.

CIPESC

Segue a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta, elaborada em 1970 com base na teoria da motivação humana, de Maslow. Engloba diagnósticos, ações e resultados de enfermagem^{4, 23}.

No Brasil, a Cipesc nasceu da parceria entre

a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), com o apoio financeiro da Fundação W. F. Kellog, sendo implantada com o apoio da Aben em 1996⁴.

A Cipesc está institucionalizada no Brasil na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba-PR⁴. O acesso às nomenclaturas Cipesc e Cipe é diferente do da Nanda-I/NIC/NOC, que se consegue pelo acesso a livros, ou da Ciap/Soap, que estão disponíveis no site do governo federal. Há um software, porém não existe a certeza, até o momento, de que o mesmo é de livre acesso^{19, 21, 4}.

Iniciativas como a aplicação da Cipesc no âmbito das Unidades Básicas de Saúde de Curitiba-PR, integrada no prontuário eletrônico municipal, da Cipe, na APS de Florianópolis-SC, da Nanda-I, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), e da Ciap, no software Esus-APS, demonstram o interesse da Enfermagem brasileira em documentar as ações seguindo uma terminologia padronizada, porém não há um consenso nacional.

Em razão da utilização dessas terminologias de maneira ainda fragmentada, os problemas originais de documentação das ações da Enfermagem permanecem e ocasionam dificuldades no que se refere ao registro das atividades e à visibilidade da profissão^{4, 18, 24}.

CIAP

A CIAP criada em 1987, possui como base teórica o Método Científico para Resolução de Problemas, de Lawrence Weed. No Brasil, seu uso se iniciou em 2006, com a elaboração do software Esus-AB, utilizado na APS brasileira. Países da Europa utilizam essa nomenclatura²⁵, que sempre esteve ligada à reconhecida Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela OMS²⁶. O acrônimo SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) é a forma de registro sis-

tematizada para a classificação dos motivos das consultas, dos problemas diagnosticados pelos profissionais da saúde e das intervenções feitas²⁵.

Em virtude de problemas conceituais e taxonômicos, não tem sido tranquila a coexistência da CID com outras classificações na APS. Embora a CID ofereça uma nomenclatura consolidada e reconhecida de doenças e problemas de saúde, talvez não seja o instrumento mais adequado às especificidades da APS.

Na APS o diagnóstico etiológico das doenças não é o aspecto mais importante da assistência, mas sim valoriza-se como critério fundamental da sistematização o ser humano, seu contexto social e econômico e esses aspectos são fundamentais na CIAP. Quando se utiliza a CID-10 tendo a CIAP como princípio ordenador, observa-se que a mesma agrega uma boa base informatizada de dados do paciente, possibilitando a troca de dados com outros profissionais, especialistas e outras esferas da rede de atenção²⁵. A CIAP avalia as necessidades biológicas do indivíduo, da família e da comunidade na APS, intra e interprofissionalmente. Possui terminologias distribuídas com o conteúdo típico da APS e o PE pode ser aplicado como um sistema de classificação de problemas, complementando os demais sistemas de classificação diagnóstica utilizados pelos enfermeiros²⁵.

A CIAP permite também a classificação do processo de atenção, que significa aquilo que o profissional de saúde faz ou sugere fazer, assim como tem a possibilidade para avaliar os motivos que levaram o paciente a procurar o serviço de saúde. Tem potencial para detectar comorbidades, potencializar a prevenção quaternária, evitando diagnósticos precipitados e intervenções inadequadas²⁵.

É feita com base na prevalência dos problemas, na perspectiva do paciente (qual foi o motivo da consulta) e na perspectiva do profissional (qual foi problema atendido)²⁵.

QUADRO 1 – NOMENCLATURAS DIAGNÓSTICAS E DE INTERVENÇÃO: ELEMENTOS PRINCIPAIS DE ANÁLISE REFERENTES AO POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

	ELEMENTOS DA ANÁLISE	NANDA-I/NIC/NOC	CIAP	CIPE/CIPESC
1	Significado	Nanda-I NIC: Nursing Interventions Classification. NOC: Nursing Outcomes Classification.	Ciap: Classificação Internacional de Atenção Primária.	Cipe: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Cipesc: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.
2	Conceito	Nanda-I: é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processo de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo/família/grupo/comunidade ¹⁹ . NIC: são intervenções/tratamento fundamentadas no conhecimento e no julgamento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente. Baseia-se em evidências ^{4, 19} . NOC: é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas de resultados relacionadas ao diagnóstico de enfermagem ¹⁹ .	Ciap: é uma ferramenta que permite a classificação dos problemas diagnosticados pelos profissionais da saúde, bem como os motivos de consulta e as intervenções acordadas ²⁵ . Soap: sistematização de classificação de motivos de consultas, problemas diagnosticados por profissionais da saúde e as intervenções ²⁵ .	Cipe: uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática da Enfermagem no âmbito mundial ²¹ . Cipesc: é uma classificação que busca identificar os termos usados pela Enfermagem brasileira na Atenção Primária em Saúde ²³ .
3	Objetivo	Nanda-I: reforçar todos os aspectos da prática da Enfermagem, desde a conquista do respeito profissional até a garantia de consistência da documentação ¹⁹ . NIC e NOC: taxonomia complementar ao Nanda ⁴ .	Estabelecer uma ligação com CID-10, obter dados agrupados em categorias de acordo com a frequência e a relevância de políticas sociais, além de avaliar as razões pelas quais os pacientes procuram o serviço de saúde, a prevalência dos problemas de saúde e as comorbidades, qualificando cada vez mais a APS ²⁵ .	Cipe: facilitar a representação do domínio na prática da Enfermagem em todo o mundo e em todos os níveis de apoio à informação ²¹ . Cipesc: criação de uma nomenclatura voltada à APS que fosse capaz de descrever os fenômenos identificados nas práticas da Enfermagem, que se dão nas diferentes realidades sociais, demográficas, econômicas e políticas do país, além de ter contribuído para a construção da Cipe ^{4, 23} .
4	Base teórica	Teoria adaptada da estrutura de avaliação dos Padrões de Saúde Funcional da dra. Majory Gordon ¹⁹ .	Tem por base o Método Científico para Resolução de Problemas, de Lawrence Weed ²⁵ .	Cipe: não há modelo teórico ou conceitual específico para a organização dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem ²² . Cipesc: teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda Aguiar Horta, criada em 1970 com base na teoria da Motivação Humana, de Maslow ^{4, 23} .
5	Características	A versão de 2018 disponibiliza uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro. Ela possui 244 diagnósticos, agrupados em 13 domínios, 47 classes e 7 eixos ¹⁹ . NIC: possui 542 intervenções de enfermagem. Cada uma delas tem uma lista de atividades. As intervenções estão organizadas em 7 domínios e 30 classes. NOC: A quarta edição da NOC contém 385 resultados, sete domínios e 31 classes.	Terminologia que reflete distribuição e conteúdo típicos de APS, destinada ao indivíduo, à família e à comunidade ²⁵ .	Cipe: é uma tecnologia de informação que, durante a execução do PE, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente ²¹ . Cipesc: inventário vocabular que identifica fenômenos e ações de intervenção de enfermagem ⁴ .

	ELEMENTOS DA ANÁLISE	NANDA-I/NIC/NOC	CIAP	CIPE/CIPEC
6	Aspectos históricos no mundo	A Nanda-I teve origem em 1982, como North American Nursing Diagnosis Association (Nanda) no National Conference Group, uma força-tarefa estabelecida na I Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, ocorrida em 1973, nos Estados Unidos. Os primeiros diagnósticos foram desenvolvidos por enfermeiros dos Estados Unidos e do Canadá e publicados em 1987. Em 2002, houve mudança no escopo, a organização passou a abranger enfermeiros do mundo todo, e a Nanda foi relançada como Nanda-International (Nanda-I), refletindo o crescente interesse internacional no campo de desenvolvimento da terminologia da Enfermagem. Por isso, não se utiliza mais o nome "North American Nursing Diagnosis Association International", mas, sim, Nanda-I, mais como uma marca do que uma sigla, já que não "significa" mais o nome original da associação ¹⁹ .	A primeira edição foi publicada em 1975 como Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Atenção Primária (CIPS) voltada para os motivos da consulta do paciente e os problemas deste. Em 1978, passou a ter a nomenclatura Ciap, com a primeira edição publicada em 1987 ²⁵ .	Cipe: recomendada pela OMS, em 1980, e pelo desejo manifesto dos enfermeiros do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) por uma classificação que representasse a enfermagem mundialmente ⁴ . Em 1990, foi formada uma equipe para o desenvolvimento de uma classificação ⁴ . Cipesc: desenvolvida em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) e CIE, com o apoio financeiro da Fundação W. F. Kellogg ⁴ .
7	Aspectos Históricos no Brasil	A expressão começou a ser usada em 1960 por Wanda de Aguiar Horta ⁴ .	Empregada desde 2006, quando o Brasil passou a ter um representante no Comitê Internacional de Classificação da Wonca (WICC) ²⁵ .	Cipe: utilizada desde 2003 pelo Centro Cipe, na UFPB, vinculado à pós-graduação em Enfermagem da UFPB. Pela USP (dr ^a . Heimar de Fátima Marin, membro do Grupo Consultivo Estratégico da Cipe). E em Florianópolis (SC), BH (MG), em UTIs ^{4,21} . Cipesc: utilizada desde 1996 pela Aben ⁴ .
8	Países que utilizam	Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Espanha, China, Estônia, França, Holanda, Reino Unido, Itália, Japão, Indonésia, Portugal, Brasil, Suécia, Colômbia, Equador, México, Nigéria-Gana e Peru. Esse sistema tem sido utilizado em mais de 40 países ¹⁹ .	Estados Unidos, Reino Unido, Itália, França, Espanha, Polônia, Alemanha, África do Sul, Suécia, Hungria, Holanda, Noruega, Rússia, Israel, Dinamarca, Japão, Finlândia, Portugal, Brasil, Grécia e Espanha ²⁵ .	Cipe: Estados Unidos, Canadá, Chile, Brasil, Alemanha, Polônia, Itália, Portugal, Irlanda, Noruega, Irã, Coreia do Sul, Singapura e Austrália ²¹ . Cipesc: Desde 2001, no Brasil, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba-PR.
9	Institucionalização	Comitê de Desenvolvimento Diagnóstico (DDC) do sistema Nanda-I ¹⁹ . Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina ²⁶ . Hospital Universitário da Universidade de São Paulo ¹⁸ .	Comissão Wonca e OMS ⁵ .	Cipe: em 15 centros Cipe creditados pelo CIE em todo o mundo ²¹ . Cipesc: Aben-PR. Disponível em: http://aben-pr.org.br/cipesc.php ⁴ .
10	Organização criadora	Comitê Nanda-I ¹⁹ .	Wonca (The World Organization of Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), hoje mais conhecida por Organização Mundial de Médicos de Família ²⁵ .	Cipe: Conselho Nacional de Representantes (CNR-CIE) ²¹ . Cipesc: Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) ⁴ .
11	Acesso	Pago pelo profissional de Enfermagem através da compra direta de livros, softwares, cursos educativos, videoconferências ¹⁹ .	Pago por meio de licença. P.25. No Brasil o uso é livre aos profissionais, porém o Ministério da Saúde paga royalties para Wonca ²⁵ .	Cipe: uso livre no portal eletrônico do CIE ²¹ . Cipesc: software (não se sabe se pago) em parceria com a Aben e o Ministério da Saúde (em análise desde 2010) ⁴ .

	ELEMENTOS DA ANÁLISE	NANDA-I/NIC/NOC	CIAP	CIPE/CIPEC
12	Profissional a quem se destina	Enfermagem ¹⁹ .	Profissionais da saúde ²⁵ .	Enfermagem ²¹ .
13	Processo de Enfermagem	É a segunda etapa do processo de enfermagem. Começa com a compreensão dos conceitos incluídos na ciência da Enfermagem, seguida da avaliação do paciente, que envolve coleta e agrupamento de dados em padrões significativos ¹⁹ .	Não é abordado. A Ciap classifica o processo de cuidado (procedimentos e intervenções) e os problemas de saúde diagnosticados ²⁵ .	Cipe: facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente pelo profissional da Enfermagem ²¹ . Cipesc: possui diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, além da codificação e da implementação de enfermagem informatizada ⁴ .

CONCLUSÃO

As nomenclaturas pesquisadas são voltadas para indivíduos/família/comunidade. Focam em “problemas” ou “necessidades”, e não apenas em diagnósticos clínicos de doenças. Nanda-I/NIC/NOC e Cipe/Cipesc não têm potencial de comunicação com outras categorias profissionais, pois não foram projetadas para tal finalidade. Nanda-I/NIC/NOC e Cipe tiveram a aplicação direcionada para a prática hospitalar, enquanto a Cipesc e a CIAP são dirigidas à APS.

A literatura revela ausência de consenso quanto ao potencial de aplicação dessas nomenclaturas para uso da Enfermagem na APS. O que foi encontrado aponta para uma possível disputa, não explicitada, entre grupos profissionais pela adoção de diagnósticos, prejudicando a adoção universal de uma nomenclatura.

Identificou-se aspectos financeiros envolvidos, uma vez que não são todas as nomenclaturas que estão disponibilizadas com acesso gratuito, o que prevê direitos a seus formuladores. Apenas a CIAP está incorporada institucionalmente em âmbito nacional na APS, mas todas as nomenclaturas têm potencial técnico para também estarem.

Considera-se que o acesso livre e a comunicação com outras áreas da equipe multidisciplinar facilitam o uso de nomenclaturas na área da Enfermagem. Vale ressaltar que é importante ter um posicionamento político de Conselhos Profissionais e instituições de saúde e acadêmicas para a definição de uma linguagem única. É necessário que a Enfermagem se debruce em estudos sobre a aplicabilidade dessas nomenclaturas e a efetivação da SAE.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS CMS, SOARES CB. NECESSIDADES DE SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. BARUERI: MANOLE; 2013.
2. BARROS ALBL, SANCHEZ CG, LOPES JL, DELLACQUA MCQ, LOPES MHB, SILVA RCG. PROCESSO DE ENFERMAGEM: GUIA PARA A PRÁTICA. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. SÃO PAULO: COREN; 2015.
3. LIMA CLH, NÓBREGA MML. NOMENCLATURA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL ESCOLA. REV BRAS ENFERM BRASÍLIA 2009, JUL.-AGO.; 62(4):570-8.
4. TANNURE MC.; PINHEIRO AM. SAE: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. 2. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN; 2010.
5. BRANDÃO CC. ATENÇÃO BÁSICA. IN: ANAIS DO ENCONTRO ESTADUAL PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 9-10 MAIO 2018; BELO HORIZONTE.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N. 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, ESTABELECIDO A REVISÃO DE DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017.
7. VARELA GC, FERNANDES SCA. CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. COGITARE ENFERM. 2013;18(1):124-30.
8. CARVALHO CMG, MORO CMC, CUBAS MR, MALUCELLI A. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE QUE INTEGRAM TERMINOLOGIAS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA. J. HEALTH INFORM. 2012, ABR/JUN.; 4(2):50-4.
9. ALBUQUERQUE LM, CUBAS MR. CIPESCANDO EM CURITIBA: CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA REDE BÁSICA DE SAÚDE. CURITIBA: ABEN; 2015.
10. FURUYA RK, NAKAMURA FRY, GASTALDI AB, ROSSI LA. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM E SUA APLICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. REV GAÚCHA ENFERM. PORTO ALEGRE (RS), 2011, MAR;32(1):167-75.
11. MATTOS-PIMENTA CA, FRANCISCO AA, LOPES CT, NISHI FA, MAIA FOM, SHIMODA GT, JENSEN R. GUIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM: INTEGRANDO PROTOCOLOS, PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA E CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO: COREN, 2017.
12. SANSON G, VELLONE E, KANGASNIEMI M, ALVARO R, D'AGOSTINO F. IMPACT OF NURSING DIAGNOSES ON PATIENT AND ORGANISATIONAL OUTCOMES: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. JOURNAL OF CLINICAL NURSING; 2017, 26, 3764-3783.
13. BARROS DG, CHIESA AM. AUTONOMIA E NECESSIDADES DE SAÚDE NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO OLHAR DA SAÚDE COLETIVA. REV ESC ENFERM USP. 2007;41(ESP):793-8.
14. CARVALHO EC, CRUZ DALM, HERDMAN TH. CONTRIBUIÇÃO DAS LINGUAGENS PADRONIZADAS PARA A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO, RACIOCÍNIO CLÍNICO E PRÁTICA CLÍNICA DA ENFERMAGEM. REV BRAS ENFERM. 2013;66(ESP):134-41.
15. REZENDE, PO, GAIZINSKI, RR. TEMPO DESPENDIDO NO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APÓS IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMA PADRONIZADO DE LINGUAGEM. REV ESC ENFERM USP 2008; 42(1):152-9.
16. COREN-SP – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. PARECER COREN-SP 010/2015 – PROCESSO N. 3.851/2015. EMENTA: USO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP) POR ENFERMEIROS QUE ATUAM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. SÃO PAULO, 2015. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://PORTAL.COREN-SP.GOV.BR/SITES/DEFAULT/FILES/010.2015CIAP-2_ APROVADA%20NA%20ROP.PDF](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/010.2015ciap-2_aproovada%20na%20rop.pdf). ACESSO EM: JUN. 2019.
17. COFEN – FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN N. 358/2009. BRASÍLIA, 2009. DISPONÍVEL EM: [HTTP://COFEN.GOV.BR/RESOLUO-COFEN-3582009_4384.HTML](http://cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). ACESSO EM: MAIO 2019.
18. CRUZ DALM, PERES HHC, LIMA AFC. A INSERÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO ASSISTENCIAL. IN: CIANCIARULLO TI, GUALDA DMR, MELLEIRO MM ET AT. SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS. 5. ED. REVISTA, ATUALIZADA E AMPLIADA. SÃO PAULO: ÍCONE; 2012.
19. NANDA-I. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO 2018-2020. 11. ED. PORTO ALEGRE: ARTMED; 2018.
20. CUBAS MR, NÓBREGA MML. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. 1. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2015.
21. CIPE. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: VERSÃO 2017. PORTO ALEGRE: ARTMED; 2018.
22. NÓBREGA MML, CUBAS MR, EGRY, EY, ET AL. DESENVOLVIMENTO DE SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE NO BRASIL. IN: CUBAS, M. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO, RESULTADO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. 1. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2015.
23. CAVALHEIRO MA, CUBAS MR, ALBUQUERQUE, LM. SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE) PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. IN: CUBAS MR, NÓBREGA MML. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. 1. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2015.
24. BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE. RESOLUÇÃO N. 7, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016. DEFINE O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO COMO MODELO DE INFORMAÇÃO PARA REGISTRO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM ATENÇÃO BÁSICA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, BRASÍLIA, 28 NOV. 2016, SEÇÃO ,1P.227.
25. WONCA. WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP 2). 2. ED. FLORIANÓPOLIS: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE; 2009.
26. UBALDO I, MATOS E, SALUM NC, GIRONDI JBR, SHIROMA LB. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA INTERNACIONAL EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA. REV RENE. 2017 JAN-FEV.; 18(1):68-75.



CAPÍTULO 5

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PALAVRAS-CHAVE:
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA RITA BERTOLOZZI

ENFERMEIRA. PROFESSORA TITULAR, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

ANNA MARIA CHIESA

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA SÊNIOR, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

SUÉLLEN MARIANE RIOS VICENTE

MESTRANDA NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

INTRODUÇÃO

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978 e adotado em âmbito mundial a partir de então, contempla a integração dos serviços locais em um sistema nacional, bem como a intersectorialidade, a participação e a relação da saúde ao desenvolvimento econômico e social¹. A APS consistiu em uma possibilidade de resposta às necessidades econômicas, políticas e sociais; nesse escopo, a população de dada localidade é a base para a identificação e o reconhecimento das necessidades em saúde.

Este texto tem por objetivos:

- » apresentar os componentes que sustentam a Atenção Primária à Saúde, inserindo, nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família;
- » apresentar algumas alternativas de tecnologias com potencial para operacionalizar boas práticas na Atenção Primária em Saúde.

COMPONENTES QUE SUSTENTAM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo Starfield (2004), todo sistema de serviços deve ter como metas a diminuição das disparidades entre os grupos populacionais e a otimização da saúde da população, aplicando-se o conhecimento avançado sobre as enfermidades para seu manejo apropriado. Para tal, a autora define os elementos estruturais do sistema de serviços de saúde: a acessibilidade, a variedade de serviços, a população eletiva e a continuidade da atenção².

- » **Acessibilidade:** refere-se à disponibilidade geográfica do serviço, o mais próximo possível da população, bem como à disponibilidade de atendimento, quando necessária, e ao reconhecimento das necessidades da população. A atenção, no primeiro contato, implica acessibilidade.
- » **Variedade de serviços:** inclui, além dos serviços disponíveis à população, aqueles que ela acredita estarem disponíveis.
- » **População eletiva:** engloba a responsabilidade do serviço de saúde em relação à população adscrita em seu território de abrangência, além do quanto ela sabe sobre essa incumbência.
- » **Continuidade da atenção:** refere-se aos arranjos institucionais para que a atenção não tenha solução de continuidade ou rupturas, nem fragmentação. Também inclui a percepção da obtenção do cuidado pela população. A continuidade refere-se à longitudinalidade.

Outros elementos fundamentalmente relevantes do sistema de serviços de saúde estão relacionados à **integralidade**, ou seja, as pessoas devem receber todos os tipos de serviço necessários para a saúde, incluindo o encaminhamento para outros níveis de complexidade. A **coordenação (integração)** é efetivada com a continuidade da atenção e com base no reconhecimento das necessidades.

É importante destacar que a APS comporta várias interpretações. A mais restrita refere-se à APS seletiva, entendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres – sem possibilidade de acesso a tecnologias de maior densidade – para as quais oferta-se um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo. Já a interpretação da APS como nível primário do sistema de atenção à saúde conce-

be-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva dos serviços em relação aos problemas mais correntes de saúde. Na interpretação mais ampla da APS, ela é concebida como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, como uma forma singular de reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, as demandas e as representações da população, o que implica a inserção da APS em Redes de Atenção à Saúde (RAS)³.

O cuidado na APS deve reconhecer os problemas e as necessidades em saúde que advêm da população do território sob sua responsabilidade, o que significa entender as necessidades na perspectiva dos processos que se produzem nas esferas do modo de produção e da reprodução social. Isso implica entender as necessidades como socialmente determinadas e, portanto, compreender que a forma de organização da sociedade – que estabelece, no modo de produção capitalista e, na contemporaneidade, por meio do neoliberalismo, distintos grupos sociais, com suas respectivas possibilidades de viver, em decorrência de sua inserção no trabalho – orienta necessidades que são heterogêneas entre os grupos sociais e mediadas pelas representações que permeiam as famílias e os indivíduos. Portanto, aqui não se está limitando às necessidades fisiológicas, mas ampliando para as necessidades que são socialmente produzidas.

A APS tem uma dimensão de ordem tecnológica, entendendo-se que a racionalização das práticas é possível de ser alcançada por meio da hierarquização, da coordenação e da integração do cuidado. Tem, também, uma dimensão participativa, que incluiria a democratização dos serviços, por meio do acesso, do controle social e da ampliação da equipe de saúde. Em relação a esta última, coloca-se como horizonte o compartilhamento do saber, tradicionalmente centrado

no saber médico, em outra perspectiva, em que o trabalho na saúde deve ser reorientado para a equipe de saúde, além de incorporar a importante presença de outros profissionais, como os agentes comunitários de saúde¹.

Como o conceito de APS contempla o acesso por ocasião do primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, é necessário afirmar que ela não se restringe a um conjunto de serviços, mas traduz determinada forma de organização do sistema de saúde^{2,4}.

Destaca-se que a justiça social e o direito universal à saúde, o reconhecimento da determinação social da saúde, a indissociabilidade entre o desenvolvimento econômico e a saúde, além da necessária participação social podem significar uma perspectiva otimista em relação ao espírito de Alma Ata, uma vez que é orientada a promover a saúde e a diminuir as desigualdades sociais⁵. Tal entendimento evidencia a propriedade da APS para reconhecer os problemas/necessidades em saúde e responder resolutivamente a eles.

No Brasil, a APS foi possível de ser operacionalizada, em parte, por meio do Programa Saúde da Família, criado em 1994 e, depois, por meio da Estratégia Saúde da Família, que teve como uma de suas finalidades responder às lacunas da assistência à saúde. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, reconhece-se a importância da APS no que diz respeito à melhoria dos indicadores de saúde, à ampliação do acesso e à diminuição das desigualdades sociais. Mas, a segmentação do sistema de saúde, o baixo financiamento público e a falta de integração entre os serviços evidenciam a limitação do alcance de uma proposta que deveria responder às necessidades da coletividade, tendo em vista uma concepção ampliada de saúde como processo socialmente determinado.

É fato que muitos colocam a APS como uma política de reforma, apenas destinada a contornar

a crise dos sistemas de saúde contemporâneos, sobretudo nos anos 1960 e 1970, o que se agrava nos anos seguintes, com as reformas de cunho neoliberal, que têm impactado negativamente a estruturação da APS, a ponto de esta apresentar-se como racionalizadora e apenas instrumental¹.

É importante compreender que o contexto do capitalismo do século XXI está dominado pelo setor financeiro, que controla a economia, impondo ao Estado seu afastamento, destinando mais e mais recursos ao processo de multiplicação da riqueza, e, no caso da saúde, entregando cada vez mais ao setor privado a atenção requerida. Nesse sentido, sob as condições estruturais, a configuração dos serviços de saúde comporta uma modalidade de atenção primária que atende a segmentos desfavorecidos da população, promovendo apenas algum alívio das tensões sociais⁶.

Essa limitação é extremamente preocupante, principalmente ao se ter em conta uma das proposições da Conferência Global de APS, em Astana, no Cazaquistão, em 2018. O evento, promovido pela OMS e pela United Nations Children's Fund (UNICEF), traz um importante retrocesso ao distanciar-se do projeto de APS integral em sistemas públicos universais de saúde em que o acesso aos serviços de saúde é direito de cidadania. Isso porque essa Conferência submete a APS à Cobertura Universal da Saúde (CUS).

Conforme propõe a OMS e o Banco Mundial, a CUS não garante o direito universal à saúde e o acesso equitativo aos serviços de saúde de acordo com as necessidades. O direito à saúde, nessa perspectiva, restringe-se a um limite de serviços, conforme grupos de renda, seguros privados e pacotes mínimos, o que configura o caráter seletivo da APS. A proposta está inserida, portanto, em uma realidade em que prepondera a redução do Estado em relação ao que ele deveria prover em termos de garantia de direitos, os quais são reduzidos ao mínimo, além de concretizar as

políticas neoliberais de austeridade e de ajuste fiscal. Essa perspectiva trará consequências, permitindo a expansão do setor privado, e denota interesses econômicos do complexo médico, farmacêutico e industrial⁵.

É necessário, portanto, reverter essa perspectiva, pois fratura um modelo de atenção que poderia ser resolutivo, orgânico em relação ao reconhecimento das necessidades de saúde e que retira a centralidade do médico na atenção à saúde, ampliando-se para o cuidado realizado por equipes de saúde.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O SUS representa uma das principais conquistas da sociedade brasileira na construção de políticas públicas inclusivas, com base no entendimento da saúde como um direito do cidadão. Esse sistema de saúde derivou do Movimento pela Reforma Sanitária, no bojo do movimento pela redemocratização do país, nas décadas de 1970 e 1980, marcados por ampla mobilização social^{7,8}.

Os princípios basilares do SUS são a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social. Em seu processo de implementação, porém, depara-se ainda com inúmeras dificuldades, sobretudo para assegurar a integralidade no atendimento e a operacionalização da equidade nas ações dos serviços. Entende-se que esses são princípios sensíveis tanto ao modelo assistencial como à forma de oferta dos serviços de saúde. A visão de saúde que embasa o SUS prevê que melhorias nos perfis de saúde dos grupos sociais não dependem somente do tratamento e da reversão de doenças, mas inclui as necessárias mudanças nos componentes que determinam esse processo, por meio da com-

plementaridade de políticas intersetoriais e da maior articulação intrassetorial.

A APS, no Brasil, orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, portanto, designada como AB, tem desempenhado um papel relevante pela capilaridade inerente ao processo de descentralização, pelo desafio de assegurar a universalidade no acesso, pela potência em desenvolver ações inovadoras no âmbito da operacionalização da equidade e pela responsabilidade em atuar como coordenadora da rede de serviços de complexidades diferenciadas⁹.

No contexto da Atenção Básica, além da descentralização administrativa e maior autonomia aos municípios, o Ministério da Saúde, em 1994, ao criar o Programa Saúde da Família (PSF), buscava, fundamentalmente, superar a lógica eminentemente focada na doença, ampliando o foco na família com base em seu ambiente físico e social¹⁰. A estrutura básica do PSF previa a contratação de profissionais para compor equipes nucleares de saúde da família, com um Médico de Família ou generalista, um Enfermeiro de Família ou generalista, um ou dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, para atender até 1.000 famílias adscritas ou até 4.000 pessoas residentes em determinado território. Na historicidade de sua implementação, foram sendo agregados outros profissionais, com a possibilidade de criar equipes de saúde bucal e, a partir de 2008, também foi possível criar as equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com base nas necessidades identificadas nos territórios.

Apesar das inúmeras diferenças sociais, econômicas e culturais no território brasileiro, em 2004 contava-se com mais de 23 mil equipes implantadas em mais de 80% dos municípios, contribuindo para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS. Em 2006, o Programa foi redesignado para Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica e,

em 2019, contava com mais de 42 mil equipes atuantes.

Pinto e Giovanella (2018) consideram uma contribuição relevante do PSF/ESF, a redução de 45% das taxas padronizadas de internações por causas sensíveis à atenção básica (ICSAB), que passaram de 120 para 66 por 10 mil habitantes no período de 2001 a 2016, como resultado do aumento da cobertura da ESF, especialmente para o acompanhamento das condições crônicas e na acessibilidade ao diagnóstico e obtenção de medicamentos¹¹.

O modelo de estruturação da ESF contempla mudanças no objeto, finalidade e meios/instrumentos do trabalho das equipes. O objeto é a família, e a finalidade está posta no controle dos agravos e na ampliação dos potenciais de fortalecimento da saúde. Como meios/instrumentos, coloca-se o trabalho em equipe e o saber interdisciplinar, incluindo as ações intersetoriais. Trata-se, ao mesmo tempo, de uma enorme complexidade e de um potente contexto para a inovação tecnológica¹².

É oportuno refletir sobre os avanços da APS e os significativos impactos no acesso e na redução das desigualdades sociais¹³, bem como analisar como a Enfermagem, em especial o(a) Enfermeiro(a), coloca-se como membro da equipe de Saúde da Família (ESF) sobretudo considerando-se o cenário encontrado pelo projeto de 1997 referente à Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, que revelou práticas predominantemente administrativas e distantes dos processos assistenciais de cuidado¹⁴.

A ESF configurou-se como possibilidade de trabalho, ampliando a dimensão do cuidado para além do gerenciamento, incluindo a assistência direta aos indivíduos e às famílias por meio das Consultas de Enfermagem e Visitas Domiciliares. Em relação ao cuidado de enfermagem, identifica-se como objeto de intervenção pessoas com necessidades relacionadas ao processo

saúde-doença e que demandam um campo de conhecimento de saúde pública e saúde coletiva e da prática clínica/assistencial dos(as) Enfermeiros(as), destacando-se a possibilidade de fortalecimento dos potenciais de saúde no ciclo vital e não apenas o foco na superação de doenças¹⁵.

Houve muitos esforços visando à formação dos profissionais que já atuavam na rede da Atenção Básica, bem como a inclusão de conteúdo teórico e experiências práticas na formação dos novos profissionais, com habilidades específicas para esse desafio. Os cursos de especialização e as residências de Enfermagem na Saúde da Família são um exemplo desse contexto instaurador de novas práticas.

A Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) vem apoiando diversos países na implementação de equipes de APS interprofissionais, visando à obtenção de melhores resultados dos serviços, sobretudo no monitoramento de pessoas com doenças crônicas, e reconhece que a Enfermagem tem importante participação nesse processo. Em 2018, foi lançado um documento que preconiza a Enfermagem de Prática Avançada como estratégia para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e cuidados, especialmente em áreas de maior dificuldade de acesso ou vulnerabilidade social¹⁶.

Apesar dos avanços obtidos até o momento no cenário nacional e da convergência às propostas internacionais, ainda há muito que investir na permanência e na expansão das equipes de SF sem sua desconfiguração e retrocesso para processos imediatistas, centrados em práticas de queixa-conduta, nos quais não é raro que o(a) Enfermeiro(a) apenas reproduza protocolos que não incorporam o conhecimento de Enfermagem na perspectiva integral e aderente às necessidades específicas dos grupos sociais, subsumindo-se à deliberação médica.

O debate político pela manutenção do SUS,

com financiamento adequado e condições oportunas para os profissionais atuarem de forma a atender as demandas quantitativas do acesso e também as qualitativas e que se referem ao reconhecimento das necessidades e às estratégias para o seu enfrentamento e resolubilidade, ainda é intenso e um desafio a ser enfrentado.

Dado que o saber da Enfermagem toma as necessidades em saúde como objeto, é fundamental que se avance no aprimoramento de seu reconhecimento, mediante ações e estratégias que promovam potenciais de fortalecimento da saúde, para além dos indicadores de incidência de agravos.

As tecnologias de cuidado sensível desempenham um papel muito importante para que a mudança das práticas avance na direção do que Starfield (2004)³ preconiza como essencial da APS.

Nesse sentido, vale conhecer a produção tecnológica dos egressos do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional de Enfermagem na Atenção Primária no SUS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O Programa foi vanguarda no país em relação ao escopo do Mestrado Profissional conjugado à temática da Atenção Primária no SUS e tem como finalidade precípua qualificar profissionais da rede de saúde no cuidado e no gerenciamento das práticas que se realizam nesse âmbito, além de atuar na defesa e no fortalecimento do SUS como política pública e direito de cidadania.

TECNOLOGIAS COM POTENCIAL DE ABSORÇÃO NO ÂMBITO DA APS

São exemplos de tecnologias que permitem a operacionalização de ações para reconhecer as necessidades da população/grupos sociais e para apoiar boas práticas na APS:

- » Linha de cuidado às pessoas com úlcera crônica de membros inferiores¹⁷; e para a prevenção e o enfrentamento da violência junto a adolescentes¹⁸.
- » Rol de ações básicas de enfermagem em cuidados paliativos na assistência às doenças crônicas de saúde¹⁹.
- » Questionário para diagnóstico situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem²⁰.
- » Roteiro de Inspeção Sanitária para serviço de vacinação²¹; guia de boas práticas de imunização em áreas remotas²².
- » Formulário para notificação de incidentes de segurança do paciente em serviços de Atenção Primária em Saúde²³; modelo de intervenção educativa sobre precauções padrões e específicas²⁴.
- » Caderno educativo para conselhos de saúde com os temas: Estado, Democracia Participação social e Conselho Gestor²⁵; oficinas e material de apoio para a gestão local²⁶.
- » Fluxograma de comunicação entre UPA e APS²⁷; instrumento para a sistematização da alta hospitalar de pacientes com depressão²⁸.
- » Roteiro para a implementação de grupo educativo de promoção da alimentação infantil saudável em Unidades Básicas de Saúde²⁹; álbum seriado sobre prevenção do excesso de peso infantil na atenção básica³⁰.
- » Manual de acolhimento de transexuais e travestis no âmbito da APS³¹.
- » Protocolo de Intervenção do Programa Jovens Mães Cuidadoras³²; roteiro para consulta de enfermagem no puerpério pós-parto cesáreo³³; fluxograma e formulário

de acompanhamento da gestante de alto-risco³⁴; instrumento de monitoramento de gestante com sífilis³⁵.

- » Barreiras organizacionais para a disponibilização do dispositivo intrauterino em serviços da Atenção Básica à Saúde³⁶.
- » Implementação de espaço de supervisão aos profissionais da ESF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no cuidado a usuários com sofrimento psíquico³⁷; instrumento de avaliação de resultados de grupos realizados por equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família³⁸.
- » Material educativo de apoio para trabalhadores da saúde sobre o tema das drogas³⁹.
- » Atividades educativas para o autocuidado em Diabetes e Hipertensão Arterial na Atenção Básica⁴⁰; ações educativas e caderno de educação para jovens⁴¹.
- » Cartilha sobre prevenção contra o acidente escorpiônico e cuidados relacionados⁴².
- » Aprazamento de visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde⁴³; audiovisual pedagógico sobre visita domiciliar⁴⁴.
- » Caderno didático para apoio do(a) Enfermeiro(a) na realização e avaliação do eletrocardiograma na Atenção Primária de Saúde⁴⁵; modelo de capacitação no atendimento à parada cardiorrespiratória⁴⁶.
- » Ações para o aperfeiçoamento do Programa de Controle da Tuberculose de Distrito Sanitário Especial Indígena⁴⁷; plano de intervenção para o aprimoramento da busca ativa de sintomáticos respiratórios no âmbito da Atenção Primária⁴⁸.

CONCLUSÃO

A Atenção Primária à Saúde é a base para a identificação e o reconhecimento das necessidades em saúde. De fato, investir na APS significa promover o cuidado e a promoção à saúde na perspectiva da base territorial, entendendo-se que as necessidades em saúde originam-se dos processos de reprodução social. Implica acesso, respondendo, portanto, à saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado – e, para tanto, requer a intersectorialidade e o trabalho interprofissional. Tecnologias de saúde não se limitam a recursos operativos, mas transcendem recursos de ordem relacional que permitem promover maior acessibilidade ao cuidado integral e às ações de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. CONILL EM. ENSAIO HISTÓRICO-CONCEITUAL SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CENTROS URBANOS NO BRASIL. CAD SAÚDE PÚBLICA. 2008; 24 SUPL 1: S7-S27B.
2. STARFIELD B. ATENÇÃO PRIMÁRIA: EQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIA. BRASÍLIA: UNESCO BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2004.
3. MENDES EV. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. BRASÍLIA: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); 2015.
4. TASCIA R, MASSUDA A, CARVALHO WM, BUCHWEITZ C, HARZHEIM E. ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE: ESTRATÉGIA CENTRAL PARA A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. RELATÓRIO 30 ANOS DE SUS, QUE SUS PARA 2030? BRASÍLIA: OPAS; 2018. P. 103-116.
5. GIOVANELLA L, RIZZOTTO MLF. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DA DECLARAÇÃO DE ALMA ATA À CARTA DE ASTANA. SAÚDE DEBATE. SET. 2018; 42(SPE1): 6-11.
6. SOUZA LEPF, PAIM JS, TEIXEIRA CF, BAHIA L, GUIMARÃES R, ALMEIDA-FILHO N, ET AL. OS DESAFIOS ATUAIS DA LUTA PELO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE NO BRASIL. CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. 2019; 24(8):2783-2792.
7. CHIESA AM. AUTONOMIA E RESILIÊNCIA: CATEGORIAS PARA O FORTALECIMENTO DA INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE. [TESE (LIVRE-DOCÊNCIA)]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2005.
8. PAIM JS, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: HISTÓRIA, AVANÇOS E DESAFIOS. THE LANCET [INTERNET]. MAIO 2011 [CITADO 12 AGO. 2019]: 11-31. DISPONÍVEL EM: [HTTP://ACTBR.ORG.BR/UPLOADS/ARQUIVO/925_BRAZIL1.PDF](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf).
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N. 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, ESTABELECE A REVISÃO DE DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) [INTERNET]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2017 [ACESSO EM: 14 AGO. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.BRASILSUS.COM.BR/INDEX.PHP/](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do_-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017)
10. FRANCO TB, MERHY EE. PSF: CONTRADIÇÕES DE UM PROGRAMA DESTINADO A MUDANÇAS DO MODELO TECNOASSISTENCIAL. CAMPINAS: UNICAMP; 1999.
11. PINTO LF, GIOVANELLA L. DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPANSÃO DO ACESSO A REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (IGSAB). CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. 2018; 23 (6): 1903-1914.
12. SORATTO J, PIRES GEP, DORNELLES S, LORENZETTI J. FAMILY HEALTH STRATEGY: A TECHNOLOGICAL INNOVATION IN HEALTH. TEXTO CONTEXTO - ENFERM. [INTERNET]. JUN. 2015 [CITADO 22 JUN. 2019]; 24 (2): 584-592. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-07072015000200584&LNG=EN&NRM=ISO](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso).
13. GIOVANELLA L. ATENÇÃO BÁSICA OU ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE? CAD SAÚDE PÚBLICA. 2018;34(8): E00029818.
14. BERTOLOZZI MR, CHIESA AM, FRACOLLI LA, OLIVEIRA MAC, LUIZ V, SATO A, ET AL. CLASSIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: CENÁRIO SÃO PAULO. IN: CHIANCA TCM, ANTUNES MJM, ORGANIZADORES. A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (CIPESEC). BRASÍLIA: ABEN; 1999. P. 245-69.
15. ZOBOLLI ELCP, FRACOLLI LA, CHIESA AM. NOSSAS CRIANÇAS: TODA HORA É HORA DE CUIDAR. DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA DA EE-USP. REVISTA CULTURA E EXTENSÃO USP. 2016; 4:17-24.
16. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. EXPANDING THE ROLES OF NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE. WASHINGTON: PAHO; 2018.
17. BALISTA AL. ELABORAÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO DO INDIVÍDUO COM ÚLCERA CRÔNICA DE PERNA, EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO VALE DO PARAÍBA PAULISTA [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.

18. SILVA KD. LINHA DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE ENTRE ADOLESCENTES [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.
19. BARRIOSO PDC. CUIDADOS PALIATIVOS NA APS: PROPOSIÇÃO DE UM ROL DE AÇÕES DE ENFERMAGEM [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2017.
20. RIBEIRO GC. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINAS-SP [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
21. ARAGÃO JA. VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE VACINAÇÃO: UM ROTEIRO PARA INSPEÇÃO SANITÁRIA [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
22. SANTOS EP. O PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO EM UMA ÁREA ISOLADA DE DIFÍCIL ACESSO. UM OLHAR SOBRE O PARQUE INDÍGENA DO XINGU [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.
23. BORGES LM. DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO PARA NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE APS [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
24. SEKI KK. CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES PADRÃO E ESPECÍFICAS: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.
25. BLOCHMJ. MATERIAIS EDUCATIVOS COMO INSTRUMENTO PARA O APRIMORAMENTO DA PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO GESTOR [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2017.
26. PEGORARO PBB. DESGASTE PSÍQUICO MORAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO PARA A GESTÃO LOCAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS SP [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
27. LIMA ACMG. ATENDIMENTOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO: PROPOSTA DE COMUNICAÇÃO PARA COORDENAÇÃO DO CUIDADO [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2017.
28. PETRONILHO DAC. O PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES COM DEPRESSÃO E VÍNCULO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.
29. BRITO PB. ROTEIRO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPO EDUCATIVO DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL EM UBS [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2017.
30. MÂS MFF. PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
31. MAGALHÃES LG. BARREIRAS DE ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À TRAVESTITAS E TRANSEXUAIS NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2018.
32. COELHO TPB. O RACIOCÍNIO DA ENFERMAGEM NA ERA DIGITAL: UMA VERSÃO RENOVADA DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO PROGRAMA JOVENS MÃES CUIDADORAS [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2017.
33. CUNHA MR. VULNERABILIDADES DAS MULHERES À INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-PARTO CESÁREA: PROPOSTA DE UM ROTEIRO PARA AUXÍLIO À CONSULTA DE ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
34. OLIVEIRA ACB. ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DA MATERNIDADE CACHOEIRINHA: CONTRARREFERÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2018.
35. SOUZA DM. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES EM RELAÇÃO À SÍFILIS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2018.
36. GONZAGA VAS. BARREIRAS ORGANIZACIONAIS PARA DISPONIBILIZAÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (MACROREGIÃO SUL DE MINAS GERAIS) [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.
37. PAIVA DCP. A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
38. SOUSA KP. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE GRUPOS REALIZADOS PELAS EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2018.
39. PAIXÃO IR. PESQUISA-AÇÃO EMANCIPATÓRIA PARA CONSTRUÇÃO DE MATERIAL DE APOIO A ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE DROGAS [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.
40. MELLO VP. CAMINHOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO GRUPO DO PARQUE [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
41. SOARES AS. PESQUISA-AÇÃO EMANCIPATÓRIA COM JOVENS: UM PROCESSO EDUCATIVO INTERSETORIAL (SAÚDE E EDUCAÇÃO) [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2018.
42. SILVA EMR. ACIDENTE ESCORPIÔNICO NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM PA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E TRAJETO PERCORRIDO PELOS PACIENTES ATÉ O SERVIÇO DE SAÚDE. [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2018.
43. GUZELLA RC. APRAZAMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE A PARTIR DO OLHAR DA EQUIDADE [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
44. FIGUEIRÓ MTR. AUDIOVISUAL SOBRE VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA, COMO PRÁTICA EMANCIPATÓRIA: QUE ÓCULOS VOCÊ USA? [DISSERTAÇÃO EM ENFERMAGEM]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2015.
45. GENTIL SR. DESENVOLVIMENTO DE CADERNO SOBRE AVALIAÇÃO DO ELETROCARDIOGRAMA: CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE [DISSERTAÇÃO]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.
46. SILVA ACS. CAPACITAÇÃO ATIVA PARA O ATENDIMENTO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: UMA ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA OSCE [DISSERTAÇÃO]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2017.
47. RABELO VF. O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO PARQUE INDÍGENA DO XINGU: PROTAGONISMO DOS PROFISSIONAIS INDÍGENAS E VULNERABILIDADE [DISSERTAÇÃO]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.
48. VIEIRA AB. A BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO [DISSERTAÇÃO]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2016.



CAPÍTULO 6

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A FAMÍLIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

PALAVRAS-CHAVE: ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA; FAMÍLIA;
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE;
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ALINE MARION MOREIRA KOLLE

ENFERMEIRA, BIÓLOGA. MESTRA EM CIÊNCIAS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

ANA PAULA TURIN ROULLER

ENFERMEIRA. MESTRA EM CIÊNCIAS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CASSIA BALDINI SOARES

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE E VICE COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

MARITSA CARLA DE BORTOLI

NUTRICIONISTA. PESQUISADORA DO NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS DO INSTITUTO DE SAÚDE, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

TEREZA SETSUKO TOMA

MÉDICA. PESQUISADORA DO NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS DO INSTITUTO DE SAÚDE, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

INTRODUÇÃO

Garantir o direito à saúde é um dos principais objetivos da saúde coletiva, pois o considera essencial para aperfeiçoar os perfis epidemiológicos diante das desigualdades de reprodução social dos diferentes grupos que compõem a sociedade. O reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado está previsto na Constituição Brasileira de 1988 e vem se consolidando por meio da política estatal brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O SUS é considerado uma das políticas públicas mais importantes da realidade brasileira² e, apesar dos diversos avanços obtidos desde sua implantação, enfrenta grandes desafios. O obstáculo de fundo é intrínseco à configuração do Estado atual, que opta, cada vez mais radicalmente, por políticas de cunho neoliberal³.

A grande inovação da política de saúde brasileira foi a inclusão da família como objeto da atenção básica pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de modelo que propõe desenvolver estratégias de integração e organização de atividades envolvendo toda a população de um território definido, tendo como núcleo de atendimento a família⁴.

Colocar a família no centro das políticas estatais é tendência em diversos países que, com o advento da crise econômica mundial da década de 1970, passaram a delinear políticas com a finalidade de arrecadação de recursos ou criação de fundos públicos para suprir benefícios específicos destinados a famílias. As intervenções sociais voltadas às famílias têm, desde então, variado entre os países e estão relacionadas ao padrão de política social assumido pelos Estados, guardadas também algumas particularidades culturais⁵.

Apesar da ESF ser vista como a maior políti-

ca pública de inclusão social brasileira⁶, é preciso ressaltar que se estabelece em meio a políticas de corte neoliberal, que responsabilizam a família pela proteção social de seus membros⁷.

Além da preocupação com o direito à saúde, a saúde coletiva tem compromisso com a adequada resposta às necessidades em saúde. Dessa forma, para a saúde coletiva, não podem ser delineadas as políticas estatais sem que se priorizem as respostas às necessidades em saúde das famílias, que por sua vez representam as necessidades em saúde dos grupos sociais a que elas pertencem. Essas necessidades não se restringem ao acesso a serviços de saúde; ao contrário, dizem respeito a todos os ângulos da reprodução social⁸ e se concretizam na sociedade atual em ações de proteção que derivam dos direitos sociais.

Este artigo visa sintetizar as melhores evidências relacionadas a intervenções, programas e políticas de saúde para a família e propor opções para a adoção de políticas nessa área.

A BUSCA DAS EVIDÊNCIAS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, recorreu-se à metodologia da rede para políticas informadas por evidências (*Evidence-informed Policy Network* – EVIPNet), que se vale de um conjunto de ferramentas desenvolvido pelo projeto Support (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*), capaz de apoiar a produção de conhecimentos para a ação política direcionada às necessidades em saúde. A metodologia permite a produção de documentos conhecidos como sínteses de evidências para políticas de saúde⁹.

As ferramentas Support incluem as seguintes funções: definição do problema; busca de evidências para elaborar opções para políticas; seleção das evidências; extração de dados; formulação das opções; considerações sobre equida-

de; considerações para implementação, elaboração da síntese, diálogo deliberativo com gestores e especialistas na área e outros envolvidos e interessados e, finalmente, monitoramento e avaliação do processo de implementação⁹.

As ferramentas Support partem do princípio de que revisões sistemáticas geram evidências bem avaliadas em virtude da forma – sistemática e transparente – como são elaboradas, assim como da ampla reunião do conjunto de estudos sobre o tema, o que aumenta a confiança quanto aos resultados e possibilita que a melhor evidência seja disponibilizada aos tomadores de decisão¹⁰.

Para esta pesquisa, as buscas por revisões sistemáticas foram realizadas entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2019, nas seguintes bases de dados: PubMed; Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Cochrane Library*; *Health Systems Evidence* (HSE); Assia; Eric e *sociological abstracts*, na plataforma ProQuest; Scopus; *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*; *Campbell Collaboration*; e Google acadêmico. As palavras-chave utilizadas para fazer a busca foram *primary health care e family*, além de diversas variantes adequadas às diferentes bases de dados pesquisadas.

Os critérios de inclusão foram: intervenções, programas e políticas envolvendo a família, nas línguas inglês, português e espanhol. Usaram-se filtros ou expressões com foco em recuperar principalmente revisões sistemáticas, *overviews* e meta-análises.

Já os critérios de exclusão foram: intervenções clínicas para agravos, como Acidente Vascular Cerebral, diabetes e câncer, que contam com evidências bem estabelecidas; e estudos fundamentados no contexto hospitalar e de residência para idosos.

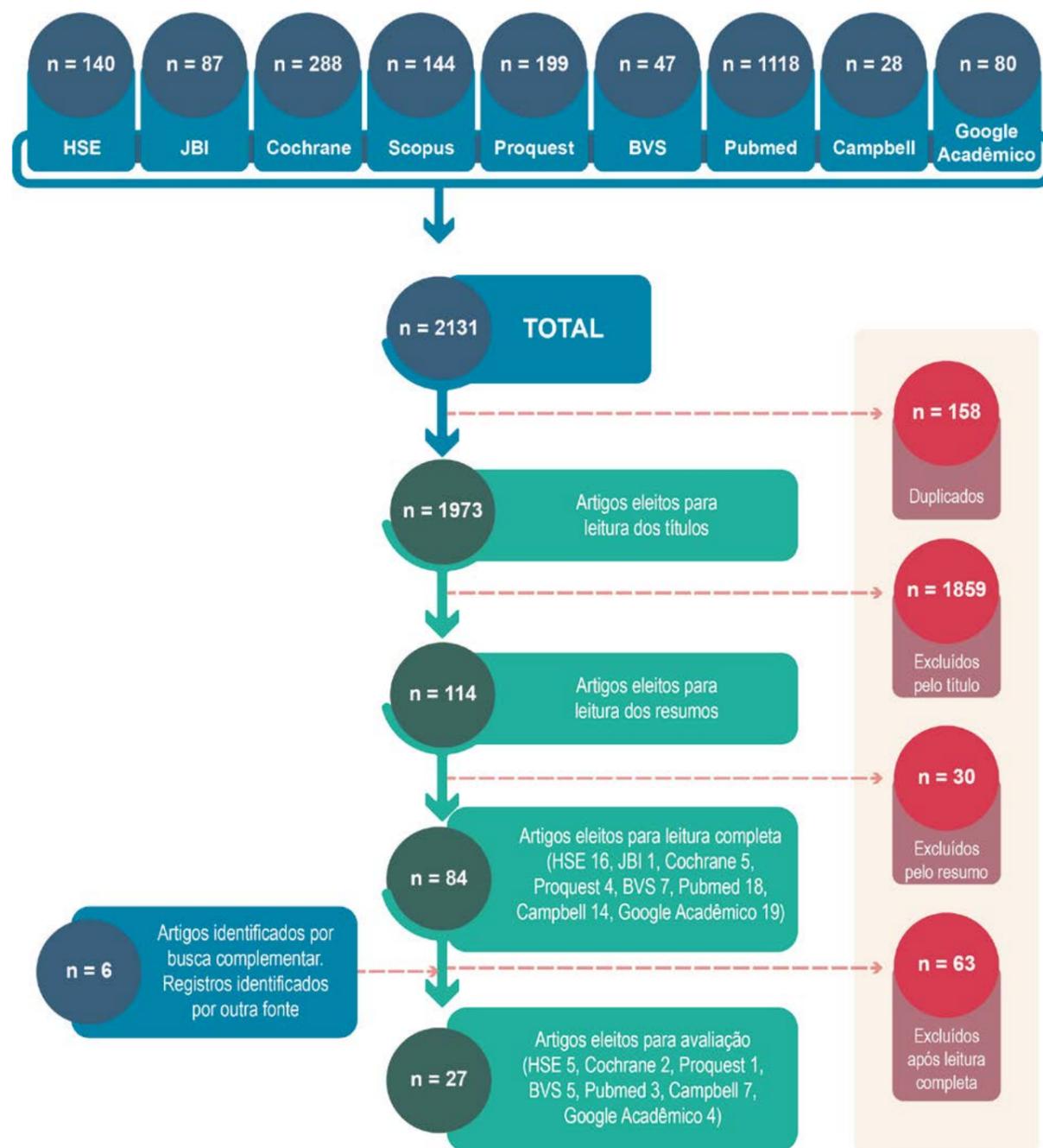
Antes de utilizar os resultados das revisões sistemáticas para elaborar opções possíveis de serem adotadas por formuladores de políticas, a metodologia indica que se proceda à avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Nesse estudo, utilizou-se o instrumento Amstar (*A Measurement tool to Assess Systematic Reviews*, sigla em inglês) para fazer a avaliação da qualidade metodológica das publicações incluídas. As revisões foram classificadas em *baixa* (Amstar, entre 0 e 3), *moderada* (Amstar, entre 4 e 7) e *alta* (Amstar, entre 8 e 11) qualidade¹¹.

Os processos de seleção, extração de dados e avaliação da qualidade metodológica dos estudos analisados foram realizados por duas pesquisadoras, de forma independente, e as discordâncias, decididas em discussão com outros membros da equipe.

SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS E AS OPÇÕES PARA POLÍTICAS

Identificaram-se 2.131 artigos científicos nas bases de dados pesquisadas. Excluíram-se 158 por repetição, 1.884 após leitura dos títulos e 30 após leitura dos resumos, por não corresponderem aos critérios de inclusão. Seis revisões foram identificadas por mecanismos de busca complementar. Dos 84 artigos selecionados para leitura completa, 63 foram excluídos por não corresponderem aos critérios de inclusão. Dessa forma, 27 revisões sistemáticas foram analisadas, conforme mostra a Figura 1.

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS PARA ANÁLISE



Fonte: Adaptado de Moher et al. (2009)¹².

A síntese de evidências para políticas foi elaborada mediante análise de 27 publicações, o que acarretou a formulação de cinco opções:

OPÇÃO 1: AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS.

OPÇÃO 2: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

OPÇÃO 3: PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS PARA A JUVENTUDE.

OPÇÃO 4: ESTRATÉGIAS CENTRADAS NO CUIDADO À FAMÍLIA.

OPÇÃO 5: ESTRATÉGIAS COMUNITÁRIAS INTERSETORIAIS.

Note-se que estão sendo utilizadas diferentes expressões para designar as intervenções que compõem as opções. Os programas estão designando intervenções que envolvem múltiplas e integradas ações, com padrões de oferecimento semelhantes, independentemente do contexto; as ações programáticas referem-se a intervenções que podem ser integradas em programas; e as estratégias designam intervenções adotadas para seguir uma dada abordagem de cuidado, podendo variar em diferentes contextos.

A seguir, apresentam-se os principais componentes de cada uma das opções citadas.

OPÇÃO 1. AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS

Nessa primeira opção, foram incluídas cinco revisões sistemáticas, sendo três classificadas, com relação à qualidade metodológica, em moderada e duas em baixa.

Também se reuniram benefícios provenientes de intervenções de natureza clínica para a diminuição das mortalidades materna, neonatal e infantil e de deficiências. Entre as intervenções, destacam-se: visita domiciliar; planejamento familiar; cuidados pré-natais; cuidados especializados para o parto e apoio à amamentação; além de imunizações e prevenção e tratamento de doenças não imunizáveis.

Os benefícios dessas intervenções podem ser sintetizados da seguinte forma:

- » A inclusão de ações clínicas em programas de saúde materna, neonatal e infantil na atenção primária à saúde em dois países, Uganda e Paquistão, mostrou-se potente para prevenir de 20% a 30% das mortes maternas, de 20% a 21% de mortes de recém-nascidos e de 29% a 40% de mortes pós-neonatais em crianças menores de 5 anos¹³.
- » A maior parte dos estudos de alta qualidade¹⁴ relatou resultados benéficos à saúde neona-

tal. Muitos dos projetos neonatais avaliados tiveram a participação de agentes comunitários de saúde (ACSs), sendo realizados por meio de instrumentos como visitas domiciliares e grupos de mulheres.

- » No estudo de Freeman¹⁵, todas as principais categorias de intervenção (intervenções nutricionais, controle de pneumonia, doenças diarreicas e malária, prevenção e tratamento do HIV, imunizações e manejo integrado de doenças da infância) produziram resultados consistentes e estatisticamente significativos de melhoria nos indicadores de mortalidade infantil.

Essas intervenções foram oferecidas a mulheres, gestantes e suas famílias, neonatos e crianças, prestadas por enfermeiras, parteiras, médicos¹³, ACSs e membros da comunidade^{14,16,17}.

OPÇÃO 2. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Essa segunda opção baseou-se em duas revisões sistemáticas, ambas de moderada qualidade metodológica. Trata-se de uma opção formada pelo pressuposto de que disponibilizar modalidades de serviços que incentivem o autocuidado e a mudança do estilo de vida pode favorecer melhorias no controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, redução na solidão dos idosos e ter impacto positivo sobre parâmetros clínicos em pacientes diabéticos.

Um estudo conduzido por March¹⁸ evidenciou a efetividade das intervenções de educação em saúde realizadas por profissionais que se apropriam de metodologias participativas para melhoria do autocuidado em pessoas com doenças crônicas e incentivam a prática de atividades físicas, objetivando controlar os fatores de risco para doenças cardiovasculares. Exercícios físicos em grupo (caminhadas e oficinas de centros esportivos) mostraram-se eficazes, tanto para os

idosos quanto para a população em geral. Além disso, evidenciou-se que a participação ativa do paciente pode aumentar a eficácia de algumas intervenções, incluindo as destinadas a reduzir a solidão dos idosos, e impactar positivamente sobre parâmetros clínicos em pacientes diabéticos. Dessa forma, a abordagem comunitária pode ser mais eficaz do que a individual em procedimentos e intervenções preventivas na atenção primária.

Taggart e outros autores¹⁹ relataram mudanças positivas significativas, em 38 estudos (73%), após as intervenções utilizadas na atenção primária para melhorar os resultados de educação em saúde. Metade dos estudos relatou resultados significativos tanto para a educação em saúde quanto para as mudanças relacionadas a tabagismo, nutrição, etilismo, prática de atividades físicas e controle de peso por meio de entrevista motivacional e aconselhamento individual, educação em grupo, materiais escritos, telefonemas para aconselhamento e intervenções utilizando internet e computadores.

As intervenções podem ser aplicadas para a população adulta em geral e efetuadas por profissionais da atenção primária (enfermeiros e médicos especializados em Educação Física e engajados na equipe multidisciplinar)^{18,19}.

OPÇÃO 3. PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS PARA A JUVENTUDE

Doze revisões sistemáticas compuseram essa terceira opção, sendo três classificadas em *baixa*, quatro em *moderada* e cinco em *alta* qualidade. Esta opção é fundamentada em diferentes intervenções voltadas às famílias que têm jovens usuários de drogas ou com crianças e adolescentes com outros problemas de sociabilidade que comprometam as dimensões emocional e comportamental. Essas intervenções podem proporcionar benefícios imediatos e, principalmente, no decorrer da vida, se administradas por certo período

– obviamente, adequadas a cada situação.

Seis revisões sistemáticas revelaram a eficácia de diversas terapias de base familiar voltadas a jovens usuários de drogas quanto à redução dessa prática, com melhora das relações familiares: a intervenção comportamental aplicada pelo programa de reforço comunitário e treinamento familiar (*community reinforcement and family training* (Craft), sigla em inglês)²⁰; a terapia familiar estratégica breve (*brief strategic family therapy* (BSFT), sigla em inglês)²¹; a terapia familiar comportamental, que tem também um componente estrutural (do inglês, *family behavior therapy* (FBT))²²; a terapia familiar funcional, uma terapia de curto prazo (do inglês, *functional family therapy* (FFT))²³; a terapia familiar multidimensional (do inglês, *multidimensional family therapy* (MDFT))²⁴; e a terapia individual e de grupo familiar²⁵.

A intervenção comportamental (capacitação de familiares e parceiros íntimos sobre o problema, bem como treinamento de habilidades para mudança de hábitos, autocuidado e independência e promoção da autoconfiança) aplicada pelo programa Craft demonstrou maior adesão de indivíduos que eram resistentes a tratamento para abuso de substâncias em comparação aos modelos dos alcoólicos anônimos/narcóticos anônimos (AA/NA) e do Instituto Johnson²⁰.

A BSFT foca no problema e promove a interação familiar, quando comparada a programas de tratamento realizados na comunidade (terapia individual e em grupo, grupos de treinamento para pais, terapia familiar e gestão de casos). Os tratamentos em grupo (incluindo o chamado grupo mínimo, que exclui influências externas) mostraram-se eficazes na parte de manutenção do tratamento de jovens usuários de drogas. Houve evidências de que a terapia comportamental familiar (FBT), a FFT e a MDFT também reduzem a utilização do uso de drogas não opióides, quando comparadas à terapia cognitiva

comportamental (do inglês, *cognitive-behavioral therapy* (CBT))^{22,23,24}. A intervenção individual e de grupo familiar com adolescentes em uso de substâncias pode trazer benefícios secundários na promoção da saúde mental dos pais e de outros membros da família²⁵.

Outras seis revisões sistemáticas mostraram melhora no comportamento e na saúde mental de crianças e adolescentes e de seus respectivos pais, por meio de: terapia comportamental ou terapia cognitivo-comportamental²⁶, princípios de aprendizagens operante e clássica²⁷, terapia de curto prazo, como a multissistêmica (em inglês, *multisystemic therapy* (MST))²⁸, terapia familiar voltada à pediatria²⁹, programas de promoção e prevenção específicos para países de baixa e média rendas³⁰ e programas de treinamento para pais na formação inicial da família³¹.

Vale ressaltar que se destacam as intervenções parentais em grupo, de orientação comportamental e cognitivo-comportamental (com formato interativo e o colaborativo de aprendizagem, cujos facilitadores ensinam os princípios comportamentais-chave e as competências parentais, por exemplo, com jogos, elogios, recompensas e promovendo a disciplina). Essas intervenções podem melhorar os problemas de conduta das crianças e a saúde mental dos pais²⁷. Será maior a efetividade das intervenções se elas forem realizadas por profissionais especializados²⁶. Ainda no que diz respeito a intervenções parentais, são maiores os benefícios ao longo da vida, sobretudo quando aplicam o aprendizado por longo período de tempo, se os treinamentos, individuais ou em grupo, são realizados antes do parto ou no início da infância³¹. Intervenções terapêuticas familiares breves e parentais preventivas, quando executadas no contexto de saúde mental, tornam-se eficazes na saúde mental dos pais e na interação pais-filhos²⁹.

A terapia multissistêmica (MST) apresenta várias vantagens sobre outras, por se caracte-

terizar como uma intervenção abrangente que envolve instituições sociais, como a escola e a comunidade, podendo trazer resultados para os problemas e perspectivas dos jovens e suas famílias²⁸. Foram demonstradas a viabilidade, a eficácia e a boa aceitação dos participantes, para intervenções de base familiar, para famílias com crianças que apresentam fatores de risco (saúde mental e HIV), realizadas por trabalhadores sem formação específica³⁰.

Os autores não relataram danos potenciais associados às intervenções analisadas em nenhuma das revisões incluídas nesta opção, porém se aponta a necessidade de alto grau de treinamento dos terapeutas e a necessidade de conhecimento sobre os métodos mais eficazes²⁰.

Alguns autores afirmam serem necessários estudos futuros que apresentem resultados em longo prazo e melhor investigação sobre a eficácia das intervenções¹⁴⁽²⁷⁾, conforme avaliadas em diferentes populações²⁹.

Programas e terapias apresentados nos estudos podem ser oferecidos por terapeutas^{20,21,22,23,26,28,31}; clínicos sem experiência terapêutica familiar²⁴; profissionais de saúde na atenção primária²⁵, enfermeiras comunitárias²⁶, facilitadores de grupos e líderes²⁷, profissionais especialistas em saúde mental, incluindo enfermeiros e clínicos²⁹, e outros profissionais não especialistas³⁰.

OPÇÃO 4. ESTRATÉGIAS FOCADAS NA FAMÍLIA

Essa quarta opção tomou como base os resultados de cinco revisões sistemáticas, sendo quatro classificadas em *moderada* e uma de *baixa* qualidade metodológica.

O foco dessa opção são as intervenções fundamentadas em abordagens que visam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de pacientes e familiares, bem como a relação deles com os profissionais da saúde.

As estratégias analisadas abordam: cuidado focado na família (do inglês, *family centred care* (FCC)), cuidado de crianças com necessidades especiais de saúde (do inglês, *children with special health care needs* (CSHCN))³²; cuidado com as famílias que vivem com adultos com agravos crônicos³³; programas de posvenção* direcionados às famílias que perderam algum de seus membros por suicídio, além de programas de posvenção centrados na escola e na comunidade³⁴; cuidado envolvendo a família de adultos com problemas de saúde mental³⁵; e a abordagem de cuidado centrado no paciente e em sua família (do inglês, *patient-and family-centered care interventions*)³⁶.

Diferentes intervenções foram utilizadas para o cuidado com as famílias: sessões individuais com estratégias de comunicação e educação do paciente³²; intervenções educativas sobre o autocuidado, folhetos, visitas pré-agendadas³³; sessão educacional e grupos de apoio³⁴; sessões de terapia familiar e comportamental, grupo multifamiliar psicoeducativo, intervenção familiar breve³⁵; entrevistas motivacionais, grupo multidisciplinar, música personalizada, sessões de educação e, para qualificação dos profissionais, ações voltadas à formação e ao aprimoramento³⁶.

Entre os benefícios das intervenções mencionadas estão: melhora da saúde das crianças com necessidades especiais e, quanto maiores os fatores de risco (como pobreza e baixo uso de serviços), maior o efeito das intervenções para as crianças e seus pais³²; redução na taxa de readmissão hospitalar; melhora na qualidade de vida, no autocuidado e na adesão medicamentosa³³; redução do sofrimento emocional e aumento da procura por serviços especializados, no caso de intervenções ligadas a familiares de pessoas que se suicidaram³⁴. Em contrapartida, as intervenções para famílias de pacientes com problemas

mentais se mostram superiores a intervenções psicossociais alternativas (sem o envolvimento da família) para os pacientes, que apresentam melhora de quadros depressivos depressão e de transtorno bipolar³⁵. O cuidado centrado no paciente e na família melhora a qualidade de vida dos pacientes, bem como as relações familiares e a satisfação no trabalho pelos trabalhadores da saúde³⁶.

Não foram relatados, nos estudos que compuseram essa opção, danos potenciais, mas afirma-se a necessidade de identificar os elementos das intervenções que trouxeram resultados relevantes para que haja confiança na escolha da intervenção a ser utilizada³⁴.

Os programas e as terapias utilizados nos estudos podem ser realizados por terapeutas³⁵, equipe multidisciplinar^{32,33,36} e voluntários³⁴, podendo ser oferecidos em espaços comuns, incluindo igrejas, escolas, hospitais, instalações clínicas, centros de saúde, serviços de atenção primária, espaços da comunidade ou a casa da família.

Os estudos que dão suporte a essa opção mostraram que as intervenções que envolvem a família no cuidado em saúde, além dos pacientes, podem trazer resultados positivos não só para indivíduos com problemas de saúde, mas também para as relações familiares e até para os trabalhadores de saúde.

OPÇÃO 5. INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS INTERSETORIAIS

Essa quinta opção se baseia em três revisões sistemáticas, sendo uma moderada e duas de baixa qualidade metodológica, e apresenta evidências relacionadas a intervenções comunitárias intersetoriais que integram instituições de saúde, de educação e de desenvolvimento social.

Essa opção também se fundamenta no pressuposto de que, quando intervenções comunitárias são executadas por profissionais bem treinados, em sistemas de saúde organizados e estruturados, a cobertura e o impacto são afetados favoravelmente.

A revisão de *moderada* qualidade metodológica, conduzida por Black³⁷, identificou que os programas baseados na família que forneceram conselhos dietéticos positivos simples aos pais, por meio de acompanhamento regular, reduziram significativamente a ingestão de gordura. Estudos escolares voltados à resposta da família, bem concebidos e implementados, aumentaram a ingestão de frutas e legumes. Programas eficazes fundamentados na escola incorporaram modelos de papéis, incluindo colegas, professores e figuras heroicas, recompensas e maior acesso a alimentos saudáveis. Programas de nutrição escolar em comunidades carentes foram tão eficazes quanto os programas em outras comunidades.

Revisão sobre a eficácia da atenção primária à saúde baseada na comunidade para a melhoria da saúde materna, neonatal e infantil³⁸ identificou características compartilhadas por quatro projetos, que operam há mais de 30 anos, todos demonstrando reduções na mortalidade infantil. Os resultados devem-se à estrutura e à organização dos serviços de saúde em que os projetos estão inseridos.

Os mesmos autores³⁹, em outra revisão sistemática, concluíram que há fortes evidências científicas de que várias intervenções individuais, bem como combinações de intervenções relacionadas à comunidade, podem produzir melhorias substanciais na saúde das crianças. A aplicação de muitas dessas intervenções específicas em escala, nos países em desenvolvimento, tem sido responsável pelo excelente progresso no que se refere à redução do número de mortes de crianças em todo o mundo.

Os principais elementos dessa opção estão ligados à intervenções relacionadas a:

Ações voltadas à saúde na escola:

- » modificações no serviço de alimentação escolar e elaboração de programas de refeições escolares saudáveis, incluindo incentivo ao consumo de frutas na escola e avaliação das cantinas escolares;
- » atividades domiciliares voltadas à nutrição;
- » estratégias para engajar pais/famílias na alimentação dos filhos;
- » jardinagem;
- » atividades físicas³⁷.

Ações voltadas à organização dos serviços de saúde:

- » integração vertical dos serviços (desde os domiciliares e fundamentados na comunidade, até os serviços de referência hospitalar);
- » forte sistema de saúde voltado para a comunidade, no qual esta é instrumentalizada para participar do processo e da capacitação de mulheres;
- » serviços hospitalares em que o atendimento cirúrgico básico esteja disponível para as populações;
- » forte liderança profissional, bem como sistemas dinâmicos de gerenciamento e supervisão;
- » garantia de suprimentos e medicamentos essenciais disponíveis;
- » tratamento com alto nível de respeito;
- » criação de papéis fortes para os trabalhadores de âmbito comunitário, com treinamento de alta qualidade e supervisão^{38,39}.

* O termo posvenção ainda não é encontrado em dicionários da língua portuguesa, mas vem sendo gradualmente utilizado academicamente. Ver, por exemplo: <https://jornal.usp.br/artigos/posvencao-uma-intervencao-dolorida-precisa-ser-necessaria/>.

CONCLUSÃO

A principal limitação desta revisão decorre da escolha pelo descritor “Atenção primária à saúde”, que impediu a captação de estudos de outras áreas que analisam a família no conjunto das relações sociais.

As opções encontradas centraram-se em intervenções que, em certa medida, envolveram familiares para apoiar a prevenção, o tratamento e a reabilitação de um dos membros. Embora as intervenções englobassem a comunidade e outros setores, o que significou ampliação, ainda continuaram restritas a problemas de saúde. Portanto, o conjunto ofertado com essa ampliação não atingiu outras dimensões que caracterizam a reprodução social, ou seja, são intervenções que respondem apenas parcialmente a necessidades em saúde, uma vez que estão centradas em doenças e agravos.

No Brasil, a saúde é um dos setores sociais que fazem parte do sistema de proteção social do Estado. Portanto, o SUS foi criado para operacionalizar o direito à saúde como parte dessa proteção. À medida que as opções respondem restritamente às necessidades em saúde, deixam de operacionalizar o direito à saúde e, consequentemente, não convocam o Estado para o cumprimento da proteção social.

REFERÊNCIAS

1. CALIPO SM, SOARES CB. SAÚDE COMO DIREITO. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS [ORG.]. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. BARUERI (SP): MANOLE; 2013. P. 3-48.
2. SOUZA GCA, COSTA ICC. O SUS NOS SEUS 20 ANOS: REFLEXÕES NUM CONTEXTO DE MUDANÇAS. SAÚDE SOC. 2010;19(3):509-17.
3. CAMPOS CMS, VIANA N, SOARES CB. MUDANÇAS NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E SEU IMPACTO SOBRE AS POLÍTICAS ESTATAIS: O SUS EM DEBATE. SAÚDE SOC 2015; 24 SUPPL. 1:82-91. AVAILABLE FROM: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S0104-12902015S01007](https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01007).
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997.
5. PEREIRA-PEREIRA PA. MUDANÇAS ESTRUTURAIS, POLÍTICAS SOCIAL E PAPEL DA FAMÍLIA: CRÍTICA AO PLURALISMO DE BEM-ESTAR. IN: SALES MA, MATOS MC, LEAL MC [ORG.]. POLÍTICA SOCIAL, FAMÍLIA E JUVENTUDE: UMA QUESTÃO DE DIREITOS. 6. ED. SÃO PAULO: CORTEZ, 2010. P. 25-42.
6. ROSA WAG, LABATE RC. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA. REV LATINOAM ENFERM. 2005;13(6):1027-34.
7. MIOTRCT, SILVA MJ, SILVA SMMM. POLÍTICAS PÚBLICAS E FAMÍLIA: ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO SOCIAL. IN: ANAIS DA 3ª JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS; 28-30 AGO. 2007; SÃO LUÍS: UFMA; 2007. P. 1-9.
8. CAMPOS CMS, SOARES CB. NECESSIDADES DE SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS [ORG.]. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. 1. ED. BARUERI (SP): MANOLE; 2013. P. 265-292.
9. BARRETO JOM, TOMA TS. MÉTODOS NA EVIPNET BRASIL: FERRAMENTAS SUPPORT PARA POLÍTICAS DE SAÚDE INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. BOL. DO INST. SAÚDE – BIS. 2016;(1):43-9. [CITED 2019 MAR. 25]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/RESOURCES/INSTITUTO-DE-SAUDE/HOMEPAGE/PDFS/BIS17N1JULHO2016.PDF](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf).
10. LAVIS JN, OXMAN AD, GRIMSHAW J, JOHANSEN M, BOYKO JA, LEWIN S, FRETHERM A. SUPPORT TOOLS FOR EVIDENCE-INFORMED HEALTH POLICYMAKING (STP) 7: FINDING SYSTEMATIC REVIEWS. HEAL RES POLICY SYST. 16 DEC 2009;7(S1):S7. [CITED 2018 AUG. 25]. AVAILABLE AT: [HTTPS://HEALTH-POLICY-SYSTEMS.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1478-4505-7-S1-S7](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S7).
11. SHEA BJ, HAMEL C, WELLS GA, BOUTER LM, KRISTJANSSON E, GRIMSHAW J, FENRY DA, BOERS M. AMSTAR IS A RELIABLE AND VALID MEASUREMENT TOOL TO ASSESS THE METHODOLOGICAL QUALITY OF SYSTEMATIC REVIEWS. J CLIN EPIDEMIOL. OCT. 2009;62(10):1013-20. [CITED 2018 AUG. 28]. AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0895435608003259](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435608003259).
12. MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES: THE PRISMA STATEMENT. PLOS MED. JULY 21 2009;6(7):E1000097. [CITED 2018 AUG. 26]. AVAILABLE AT: [HTTPS://DX.PLOS.ORG/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097](https://dx.plos.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097).
13. BHUTTA ZA, ALI S, COUSENS S, ALI TM, HAIDER BA, RIZVI A, ET AL. INTERVENTIONS TO ADDRESS MATERNAL, NEWBORN, AND CHILD SURVIVAL: WHAT DIFFERENCE CAN INTEGRATED PRIMARY HEALTH CARE STRATEGIES MAKE? LANCET. SEPT. 2008;372(9642):972-89. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0140673608614075](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608614075).
14. SACKS E, FREEMAN PA, SAKYI K, JENNINGS MC, RASSEKHBM, GUPTA S, ET AL. COMPREHENSIVE REVIEW OF THE EVIDENCE REGARDING THE EFFECTIVENESS OF COMMUNITY-BASED PRIMARY HEALTH CARE IN IMPROVING MATERNAL, NEONATAL AND CHILD HEALTH: 3. NEONATAL HEALTH FINDINGS. J GLOB HEALTH. JUNE 2017;7(1). [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOGH.ORG/DOCUMENTS/ISSUE201701/JOGH-07-010903.PDF](http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010903.pdf).
15. FREEMAN PA, SCHLEIFF M, SACKS E, RASSEKHBM, GUPTA S, PERRY HB. COMPREHENSIVE REVIEW OF THE EVIDENCE REGARDING THE EFFECTIVENESS OF COMMUNITY-BASED PRIMARY HEALTH CARE IN IMPROVING MATERNAL, NEONATAL AND CHILD HEALTH: 4. CHILD HEALTH FINDINGS. J GLOB HEALTH. JUNE 2017;7(1). [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOGH.ORG/DOCUMENTS/ISSUE201701/JOGH-07-010904.PDF](http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010904.pdf).

16. JENNINGS MC, PRADHAN S, SCHLEIFF M, SACKS E, FREEMAN PA, GUPTA S, RASSEKH BM, PERRY HB. COMPREHENSIVE REVIEW OF THE EVIDENCE REGARDING THE EFFECTIVENESS OF COMMUNITY-BASED PRIMARY HEALTH CARE IN IMPROVING MATERNAL, NEONATAL AND CHILD HEALTH: 2. MATERNAL HEALTH FINDINGS. *J GLOB HEALTH*. JUNE 2017;7(1). [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOGH.ORG/DOCUMENTS/ISSUE201701/JOGH-07-010902.PDF](http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010902.pdf).
17. OLIVEIRA MIC, CAMACHO LAB, TEDSTONE AE. EXTENDING BREASTFEEDING DURATION THROUGH PRIMARY CARE: A SYSTEMATIC REVIEW OF PRENATAL AND POSTNATAL INTERVENTIONS. *J HUM LACT*. NOV. 2001;17(4):326-43. [CITED 2018 SEPT. 26]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOURNALS.SAGEPUB.COM/DOI/10.1177/089033440101700407](http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089033440101700407).
18. MARCH S, TORRES E, RAMOS M, RIPOLL J, GARCIA A, BULILETE O, ET AL. ADULT COMMUNITY HEALTH-PROMOTING INTERVENTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE: A SYSTEMATIC REVIEW. *PREV MED (BALTIM)*. JULY 2015;76:S94-104. [CITED 2018 SEPT. 26] AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0091743515000183](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743515000183).
19. TAGGART J, WILLIAMS A, DENNIS S, NEWALL A, SHORTUS T, ZWAR N, DENNEY-WILSON E., HARRIS MF. A SYSTEMATIC REVIEW OF INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE TO IMPROVE HEALTH LITERACY FOR CHRONIC DISEASE BEHAVIORAL RISK FACTORS. *BMC FAM PRACT*. 1 DEC. 2012;13(1):49. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTPS://BMCFAMPRACT.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1471-2296-13-49](https://bmcfampRACT.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-49).
20. ROOZEN HG, DE WAART R, VAN DER KROFT P. COMMUNITY REINFORCEMENT AND FAMILY TRAINING: AN EFFECTIVE OPTION TO ENGAGE TREATMENT-RESISTANT SUBSTANCE-ABUSING INDIVIDUALS IN TREATMENT. *ADDICTION*. OCT. 2010;105(10):1729-38. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1111/J.1360-0443.2010.03016.X](http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x).
21. LINDSTRØM M, SAIDJ M, KOWALSKI K, FILGES T, RASMUSSEN PS, JØRGENSEN A-MK. BRIEF STRATEGIC FAMILY THERAPY (BSFT) FOR YOUNG PEOPLE IN TREATMENT FOR NON-OPIOID DRUG USE: A SYSTEMATIC REVIEW. *CAMPBELL SYST REV*. 2013;9(1):1-95. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.4073/CSR.2013.7](http://doi.wiley.com/10.4073/CSR.2013.7).
22. LINDSTRØM M, SAIDJ M, KOWALSKI K, FILGES T, RASMUSSEN PS, JØRGENSEN A-MK. FAMILY BEHAVIOR THERAPY (FBT) FOR YOUNG PEOPLE IN TREATMENT FOR NON-OPIOID DRUG USE: A SYSTEMATIC REVIEW. *CAMPBELL SYST REV*. 2015;11(1):1-77. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.4073/CSR.2015.9](http://doi.wiley.com/10.4073/CSR.2015.9).
23. FILGES T, ANDERSEN D, JØRGENSEN A-MK. FUNCTIONAL FAMILY THERAPY FOR YOUNG PEOPLE IN TREATMENT FOR NONOPIOID DRUG USE. *RES SOC WORK PRACT*. FEB. 2018;28(2):131-45. [CITED 2018 FEB. 26]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOURNALS.SAGEPUB.COM/DOI/10.1177/1049731516629802](http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049731516629802).
24. FILGES T, RASMUSSEN PS, ANDERSEN D, JØRGENSEN A-MK. MULTIDIMENSIONAL FAMILY THERAPY (MDFT) FOR YOUNG PEOPLE IN TREATMENT FOR NON-OPIOID DRUG ABUSE: A SYSTEMATIC REVIEW. *CAMPBELL SYST REV*. 2015;11(1):1-124. [CITED 2018 FEB. 28]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.4073/CSR.2015.8](http://doi.wiley.com/10.4073/CSR.2015.8).
25. YUEN E, TOUMBOUROU J. DOES FAMILY INTERVENTION FOR ADOLESCENT SUBSTANCE USE IMPACT PARENTAL WELLBEING? A LONGITUDINAL EVALUATION. *THE AUSTRALIAN & NEW ZEALAND JOURNAL OF FAMILY THERAPY*. 2011;32, 249-263.
26. BOWER P, GARRALDA E, KRAMER T, HARRINGTON R, SIBBALD B. THE TREATMENT OF CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PRIMARY CARE: A SYSTEMATIC REVIEW. *FAM PRACT*. AUG 2001;18(4):373-82. [CITED 2018 FEB. 28]. AVAILABLE AT: [HTTPS://ACADEMIC.OUP.COM/FAMPRA/ARTICLE-LOOKUP/DOI/10.1093/FAMPRA/18.4.373](https://academic.oup.com/fampRA/article-lookup/doi/10.1093/fampRA/18.4.373).
27. FURLONG M, MCGILLOWAY S, BYWATER T, HUTCHINGS J, SMITH SM, DONNELLY M. BEHAVIOURAL AND COGNITIVE-BEHAVIOURAL GROUP-BASED PARENTING PROGRAMMES FOR EARLY-ONSET CONDUCT PROBLEMS IN CHILDREN AGED 3 TO 12 YEARS. *COCHRANE DATABASE SYST REV*. FEB. 2012. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1002/14651858.CD008225.PUB2](http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008225.PUB2).
28. LITTELL JH, CAMPBELL M, GREEN S, TOEWS B. MULTISYSTEMIC THERAPY FOR SOCIAL, EMOTIONAL, AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN YOUTH AGED 10-17. *COCHRANE DATABASE SYST REV*. OCT 2005. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1002/14651858.CD004797.PUB4](http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004797.PUB4).
29. CLUXTON-KELLER F, RILEY AW, NOAZIN S, UMOREN MV. CLINICAL EFFECTIVENESS OF FAMILY THERAPEUTIC INTERVENTIONS EMBEDDED IN GENERAL PEDIATRIC PRIMARY CARE SETTINGS FOR PARENTAL MENTAL HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *CLIN CHILD FAM PSYCHOL REV*. DEC 2015;18(4):395-412. [CITED 2018 SEPT. 26]. AVAILABLE AT: [HTTP://LINK.SPRINGER.COM/10.1007/S10567-015-0190-X](http://link.springer.com/10.1007/s10567-015-0190-x).
30. HEALY EA, KAISER BN, PUFFER ES. FAMILY-BASED YOUTH MENTAL HEALTH INTERVENTIONS DELIVERED BY NONSPECIALIST PROVIDERS IN LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES: A SYSTEMATIC REVIEW. *FAM SYST HEAL*. JUNE 2018;36(2):182-97. [CITED 2018 FEB. 28]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.APA.ORG/GETDOI.CFM?DOI=10.1037/FSH0000334](http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/fsh0000334).
31. PIQUERO AR, FARRINGTON DP, WELSH BC, TREMBLAY R, JENNINGS WG. EFFECTS OF EARLY FAMILY/PARENT TRAINING PROGRAMS ON ANTISOCIAL BEHAVIOR & DELINQUENCY. *CAMPBELL SYST REV*. 2008;4(1):1-122. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.4073/CSR.2008.11](http://doi.wiley.com/10.4073/CSR.2008.11).
32. KUHLTHAU KA, BLOOM S, VAN CLEAVE J, KNAPP AA, ROMM D, KLATKA K, HOMER CJ, NEWACHECK PW, PERRIN JM. EVIDENCE FOR FAMILY-CENTERED CARE FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS: A SYSTEMATIC REVIEW. *ACAD PEDIATR*. MAR. 2011;11(2):136-143.E8. [CITED 2018 SEPT. 25]. AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S1876285910003591](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876285910003591).
33. DEEK H, HAMILTON S, BROWN N, INGLIS SC, DIGIACOMO M, NEWTON PJ, ET AL. FAMILY-CENTRED APPROACHES TO HEALTHCARE INTERVENTIONS IN CHRONIC DISEASES IN ADULTS: A QUANTITATIVE SYSTEMATIC REVIEW. *J ADV NURS*. MAY 2016;72(5):968-79. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1111/JAN.12885](http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12885).
34. SZUMILAS M, KUTCHER S. POST-SUICIDE INTERVENTION PROGRAMS: A SYSTEMATIC REVIEW. *CAN J PUBLIC HEALTH*. 2011;102:18-29.
35. MEIS LA, GRIFFIN JM, GREER N, JENSEN AC, MACDONALD R, CARLYLE M, RUTKS I, WILT, TJ. COUPLE AND FAMILY INVOLVEMENT IN ADULT MENTAL HEALTH TREATMENT: A SYSTEMATIC REVIEW. *CLIN PSYCHOL REV*. MAR 2013;33(2):275-86. [CITED 2018 SEPT. 26] AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0272735812001742](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735812001742).
36. PARK M, GIAP T-T, LEE M, JEONG H, JEONG M, GO Y. PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE INTERVENTIONS FOR IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH CARE: A REVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *INT J NURS STUD*. NOV. 2018;87:69-83. [CITED 2018 SEPT. 26]. AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0020748918301706](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748918301706).
37. BLACK AP, D'ONISE K, MCDERMOTT R, VALLY H, O'DEA K. HOW EFFECTIVE ARE FAMILY-BASED AND INSTITUTIONAL NUTRITION INTERVENTIONS IN IMPROVING CHILDREN'S DIET AND HEALTH? A SYSTEMATIC REVIEW. *BMC PUBLIC HEALTH*. 17 DEC. 2017;17(1):818. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://BMCPUBLICHEALTH.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/S12889-017-4795-5](http://bmcpUBLICHEALTH.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4795-5).
38. PERRY H, FREEMAN P, GUPTA S, RASSEKH BM. HOW EFFECTIVE IS COMMUNITY-BASED PRIMARY HEALTH CARE IN IMPROVING THE HEALTH OF CHILDREN? SUMMARY FINDINGS. REPORT TO THE EXPERT REVIEW PANEL. A REVIEW OF THE EVIDENCE. PUBLIC HEAL CONSULT WORLD BANK. 2009. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://WWW.AMOSHEALTH.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2011/12/REVIEW-OF-EVIDENCE-ON-EFFECTIVENESS-OF-CBPHC-JULY-2009.PDF](http://www.amoshealth.org/wp-content/uploads/2011/12/review-of-evidence-on-effectiveness-of-cbphc-july-2009.pdf)
39. PERRY HB, RASSEKH BM, GUPTA S, FREEMAN PA. COMPREHENSIVE REVIEW OF THE EVIDENCE REGARDING THE EFFECTIVENESS OF COMMUNITY-BASED PRIMARY HEALTH CARE IN IMPROVING MATERNAL, NEONATAL AND CHILD HEALTH: 7. SHARED CHARACTERISTICS OF PROJECTS WITH EVIDENCE OF LONG-TERM MORTALITY IMPACT. *J GLOB HEALTH*. JUNE 2017;7(1). [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOGH.ORG/DOCUMENTS/ISSUE201701/JOGH-07-010907.PDF](http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010907.pdf).



CAPÍTULO 7

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM RESPOSTA A NECESSIDADES EM SAÚDE: UMA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

PALAVRAS-CHAVE:
PARTICIPAÇÃO SOCIAL;
CONTROLE SOCIAL; DIREITOS
SOCIOECONÔMICOS; ENFERMAGEM

SUÉLLEN MARIANE RIOS VICENTE

ENFERMEIRA. MESTRANDA NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

MARIA RITA BERTOLOZZI

ENFERMEIRA. PROFESSORA TITULAR, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

INTRODUÇÃO

Neste capítulo abordará “Participação social em resposta a necessidades de saúde” por meio de uma síntese de evidências sobre as modalidades de participação no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS).

A participação social tem a potencialidade de influenciar a proposição e a implementação de políticas e deve estar orientada à democratização dos processos políticos e de gestão do Sistema de Saúde brasileiro¹, conforme explicitado na Constituição Brasileira de 1988, no capítulo sobre a Seguridade Social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de um processo de reivindicações e lutas, desde os anos 1970, que foi sendo incorporado por vários segmentos da sociedade brasileira, em espaços universitários, em sindicatos, na militância de movimentos sociais, no âmbito de serviços de saúde², críticos que eram das condições de vida dos grupos sociais precarizados, que tinham como consequência condições precárias de saúde, clamando o reconhecimento da saúde como direito social a ser garantido pelo Estado³.

O SUS representou um avanço do setor da saúde e incorporou a participação social como direito. Entretanto, o SUS, particularmente desde 2016, vem enfrentando fortes ataques, a começar pelo financiamento, que tem imposto limitações ao princípio nodal da universalização do acesso e à manutenção do caráter público, submetendo as necessidades da coletividade a interesses privados de determinados setores, como a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, o mercado financeiro, o de corporações multinacionais, entre outros. Tem-se observado fragilidade dos movimentos sociais, situação bastante distinta se comparada à época em que foi criada.

Vale ressaltar que a participação social é um mecanismo fundamental para o enfrentamento do embate entre as necessidades da coletividade e os interesses do capital, motivo que suscitou a apresentação deste capítulo.

OBJETIVOS

Os principais objetivos deste capítulo são:

- » Apresentar uma síntese de evidências sobre intervenções, programas e políticas acerca da participação social no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
- » Apresentar opções para a adoção de políticas nessa área.

A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL

Ainda que não seja o foco, mas entendendo a organicidade entre o controle social e a participação social, este texto começa por identificar como o controle social tem figurado no Brasil, estabelecendo um recorte a partir da década de 1960. No período da ditadura militar, o controle social era exercido pelo Estado sobre a sociedade brasileira⁴, período em que esta experimentou, além das consequências da ruptura de direitos, uma profunda e prolongada crise econômica, que se estendeu até o início dos anos 2000⁵.

Com o final do período ditatorial, a organização e a mobilização popular ganharam novo corpo, isso já na década de 1980, em prol de um Estado que garantiria o acesso universal aos direitos à saúde, na perspectiva do controle da sociedade civil sobre o Estado, o que foi incorporado à Constituição Federal de 1988⁶.

O processo constituinte e a promulgação da

Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a afirmação e a extensão dos direitos sociais para enfrentar, em alguma medida, a histórica injustiça social.

A participação social, regulamentada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, é “a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde, do controle e de sua execução, em diversos níveis, desde o local até o federal”⁷.

A participação social visa garantir o espaço público de controle social, com o intuito de influir na gestão pública quanto à elaboração, ao controle, à fiscalização e à implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais, nos espaços de conferências e nos conselhos de saúde^{8,9}.

De fato, ela representa uma importante conquista, que não foi concretizada na íntegra, conforme idealizada originalmente, ainda que os conselhos e as conferências se constituam como espaços de tensão e de resistência entre interesses contraditórios em disputa⁵.

Os movimentos sociais foram e continuam a ser alavancas que suscitam questionamentos sobre o papel das instituições nessa disputa. São reconhecidos como forma de luta política que se afirma por mobilizar um grupo ou uma coletividade, construindo discursos, além de uma identidade, e intervindo para que ocorram mudanças sociais – um bom exemplo disso é o Movimento das Mães da Praça de Maio, na Argentina. Desde 1977, esse grupo luta contra as violações dos direitos humanos¹⁰.

Outro exemplo é o Movimento 15M, ou Movimento dos Indignados, na Espanha, que se organizou para propor a participação política da população em uma perspectiva de acesso aberto, como forma de superação da democracia representativa. Navarro discorreu sobre os

movimentos sociais organizados, em resposta à necessidade de enfrentamento da precariedade das condições de trabalho e vida de grupos específicos, como os panteras-negras, nos Estados Unidos, que mobilizaram jovens negros contra a repressão policial para esse grupo étnico, marcado pelo desemprego¹¹. Esse autor também abordou a mobilização de trabalhadores submetidos a condições insalubres em minas de carvão.

Para Navarro, a mobilização social é componente essencial de um sistema nacional de saúde, que deve responder aos problemas de saúde individual e do coletivo¹¹, e defende ações de participação social voltadas também a outras esferas da vida pública: locais de trabalho, moradias, espaços comunitários, incluindo os espaços religioso, cultural e político¹².

No Brasil, destaca-se o impacto do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que congrega vários movimentos populares de luta pela terra, desde a década de 1980¹³. O MST desenvolve processos de mobilização e formação teórico-prática e política, tendo recolocado na agenda política brasileira a necessidade de uma reforma agrária, destacando-se que seus assentamentos têm ocupado posição de frente na produção de alimentos orgânicos.

Segundo Caldart¹⁴:

[...]uma luta social produz e reproduz um movimento sócio cultural, maior do que ela mesma, significa dizer que sua dinâmica encarna, exige e projeta dimensões relacionadas ao modo de vida das pessoas em uma sociedade: mexe com valores, posturas, visão de mundo, tradições, costumes [...], enfim, provoca a reflexão da sociedade sobre si mesma. Por isto as ações de seus sujeitos acabam tendo um sentido histórico e uma influência política que extrapola o seu conteúdo específico, os interesses sociais imediatos e a consciência política que produziu não somente as ações, mas seus próprios sujeitos¹⁴.

Assim, compreende-se que a mobilização e a participação da população, visando ao aprimoramento das condições de saúde, precisam ser impulsionadas, com reconhecimento da complexidade das necessidades em saúde, que são atinentes às condições de reprodução social, definidas na articulação mais ampla das relações sociais. A participação social é uma das necessidades em saúde, que viabiliza o enfrentamento das contradições e dos conflitos sociais encobertos pelos desgastes advindos da sociedade capitalista. A mobilização e a participação política possibilitam a constituição de projetos que coloquem em pauta as necessidades de todos, transcendendo as individuais e os interesses de grupos¹⁵.

[...] na esfera da sociedade civil, os movimentos sociais, tanto as organizações formais como os sindicatos, quanto os grupos comunitários informais, como os comitês, e os movimentos sociais, [...] estão associados a modificações positivas na esfera social, política e econômica, que impactam positivamente o aprimoramento das condições de saúde individual e de toda a população⁵.

A mobilização e a participação social respondem às necessidades em saúde. Dessa forma, identificam-se estratégias de participação social em resposta, ou que a mobilizem, à identificação de necessidades em saúde.

Essa identificação será realizada por meio de síntese de evidências e tem, entre outras, a finalidade de informar políticas de saúde.

POLÍTICAS DE SAÚDE INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS

No contexto brasileiro, o aperfeiçoamento da capacidade de produção e do uso do conhecimento científico ainda é um desafio para os gestores, que podem utilizá-lo como apoio na tomada de decisões, bem como na formulação de políticas. São muitos os desafios para aproximar o conhecimento produzido à ação, e é para superá-los que esforços vem sendo empreendidos para a utilização de evidências produzidas para subsidiar as decisões políticas a serem tomadas na solução do problema identificado. No entanto, dada a complexidade dos processos de elaboração de políticas, estes não são influenciados apenas por evidências científicas, mas também por crenças, hábitos, superstições, tradições, experiências vividas, cultura local ou institucional, interesses pessoais, contextos social e político. Por isso, as evidências de pesquisa devem estar articuladas a outros aspectos definidores de política¹⁸.

O pressuposto do estudo é o de que a participação e a mobilização social podem responder de maneira ampla às necessidades em saúde, melhorando a atenção, reduzindo a desigualdade social e garantindo o acesso aos direitos universais dos serviços públicos de saúde de qualidade. Com essa compreensão, questiona-se:

- » Quais devem ser as estratégias de participação social para melhorar a atenção à saúde?
- » Quais revisões sistemáticas compreendem a participação social como uma resposta às necessidades em saúde?

O estudo realizou uma síntese de evidências sobre o tema participação social mediante revisões sistemáticas sobre o tema. Para a identificação dessas revisões, foram utilizadas as etapas definidas pelas Ferramentas supporting policy relevant reviews and trials (ferramentas Support), com o objetivo de identificar ações que aprimorem a participação social, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

As ferramentas Support são endereçadas, principalmente, aos tomadores de decisão e aos formuladores de políticas, assim como ao público que os apoiam. São elaboradas para o emprego em diferentes cenários, abrangendo países de alta e baixa renda¹⁹.

A busca por revisões sistemáticas foi realizada nas seguintes bases de dados:

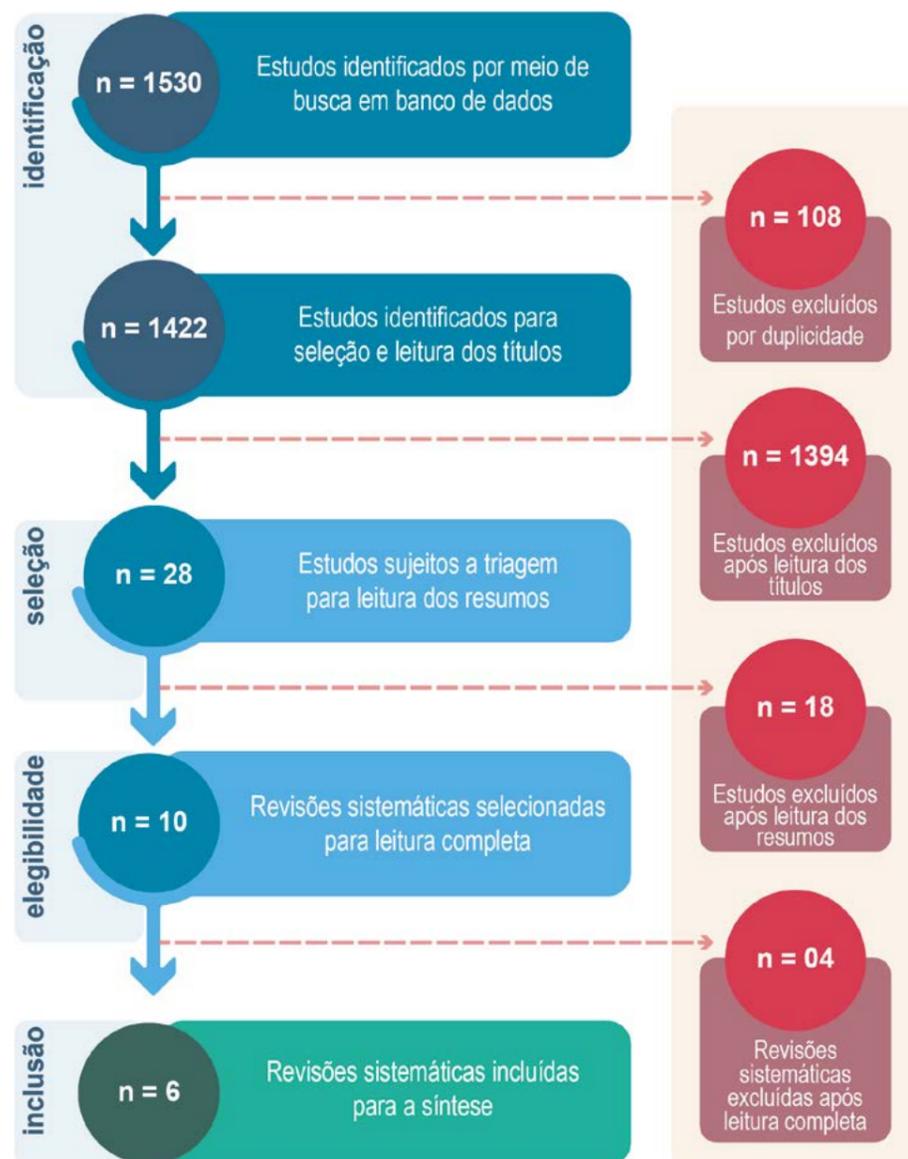
- » Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).
- » Cochrane Library.
- » Health Systems Evidence (HSE).
- » JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports (Joanna Briggs).
- » ProQuest (Applied Social Sciences Index & Abstracts – ASSIA; Educational Resources Information Center – ERIC; e Sociological Abstracts).
- » Pubmed.
- » Scopus.

As buscas nas bases de dados resultaram em um total de 1.530 estudos. Os termos para a revisão foram: *primary health care* and (“community participation”, or “social participation”, OR “political activism”, OR “social movement”, OR “social movements”, OR “political participation”, OR “interest groups”, OR “social advocacy”, OR “political advocacy”, OR “human rights”, OR “rights”, OR “collective action”, OR “political action”) AND “systematic review”. Após exclusão das duplicidades, restaram 1.422 estudos, os quais foram lidos leitura dos títulos por dois pesquisadores, que desse montante excluíram 1.394. Portanto, foram selecionados 28 estudos.

Os critérios de inclusão foram: revisões sistemáticas; revisões sistemáticas com resultados conclusivos; revisões sistemáticas em inglês, espanhol e português; e revisões sistemáticas que recortavam o objeto da síntese. Já os critérios de exclusão envolveram: estudos duplicados; estudos que abordavam intervenções muito específicas; e estudos com focos diversos, que não recortavam o objeto da síntese.

Os pesquisadores, de maneira independente, realizaram a leitura dos 28 estudos e excluíram mais 18. Após a releitura completa das 10 revisões sistemáticas selecionadas, outras 4 foram descartadas. No final, foram selecionadas 6 revisões sistemáticas para a extração de dados, a partir das quais foram identificadas as opções para a elaboração da síntese de evidências (Figura 1).

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS



Fonte: Diagrama de fluxo da seleção dos artigos, segundo o PRISMA. São Paulo, 2019.

Para a extração dos dados, foi elaborado um quadro composto de 24 colunas, com os principais pontos de cada revisão sistemática. Cada uma das colunas está relacionada aos seguintes itens: autores de cada revisão; título; ano de publicação; objetivos das revisões; descrição dos principais elementos das pesquisas, com base no resumo das revisões; focos primários; focos secundários de cada revisão; principais dados das revisões (o que é, para que, para quem, quem entrega e quem desenvolve); principais elementos das revisões sistemáticas (características das revisões – quantos estudos, tipos de estudo, tipo de intervenção, características da população e número de participantes); contexto da revisão (resultados primários e secundários, conclusão, benefícios, danos potenciais, custo-efetividade, incertezas – viés, implementação ou teste em alguma localidade); considerações sobre implementação; considerações sobre equidade; lacunas do conhecimento; caracterização da qualidade metodológica das revisões, com base no score, após aplicação do instrumento AMSTAR; proporção de estudos que incluíram a população-alvo; proporção de estudos realizados em países de

baixa renda, média-baixa renda, média-alta renda, que inclui o Brasil, e alta renda; proporção das revisões, com foco no problema estabelecido como prioritário da síntese de evidências científicas; observações (espaço opcional para registrar dúvidas ou considerações sobre o artigo); aceite para inserção do estudo para o desenvolvimento da opção; último ano de busca das revisões sistemáticas incluídas na síntese para a formação das opções.

Para a construção das opções, nesse quadro são apresentadas as principais evidências quanto aos benefícios da intervenção e seus danos ou riscos (se houver), as incertezas em relação aos benefícios, os potenciais danos e riscos para que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos, caso ocorra a escolha da opção, a avaliação da implementação da intervenção em locais diferentes e a avaliação dos sujeitos sociais envolvidos na opção, em relação à efetividade²⁰.

Na busca de evidências, foram observadas as potenciais barreiras para a implementação das opções, barreiras estas relacionadas ao paciente/ indivíduo, aos trabalhadores da saúde e à organização do Sistema de Saúde²⁰.

Esse quadro serviu de base para a construção das opções a serem apresentadas.

DEFINIÇÃO DAS OPÇÕES PARA INFORMAR POLÍTICAS E ELABORAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

As opções de estratégias foram escolhidas nas 10 revisões sistemáticas selecionadas para leitura completa, classificando-as em duas grandes categorias. Após análise, foram definidas duas opções: *participação social para melhorar a atenção*

à saúde e participação social para o aprimoramento de indicadores de saúde. A primeira opção integra, principalmente, comitês e abordagens participativas, e a segunda opção, estratégias para melhorar o cuidado e indicadores de saúde.

OPÇÃO 1. PARTICIPAÇÃO SOCIAL PARA MELHORAR A ATENÇÃO À SAÚDE (COMITÊS E ABORDAGENS PARTICIPATIVAS)

Para a descrição da opção 1, foram utilizadas duas revisões sistemáticas, sendo uma de alta qualidade e outra de moderada qualidade metodológica. A estratégia dessa opção visa ao estabelecimento de comitês e a abordagens participativas para melhorar a atenção à saúde. A opção retrata evidências de que os comitês podem ser eficazes na questão da qualidade e da cobertura da atenção à saúde, com impacto positivo nos resultados. Os comitês são apontados pelos autores como uma solução simples que objetiva resolver os problemas relacionados aos serviços precários de saúde. Em relação às abordagens participativas, representam um impacto notável sobre a saúde e os resultados sociais.

Os **benefícios das intervenções** podem ser sintetizados da seguinte forma:

- » Os Comitês de Unidades de Saúde (Health Facility Committees – HFCs) em que há *representação comunitária*, em países de baixa e média renda, constituem estratégia para o fortalecimento de sistemas de saúde e para a obtenção de resultados favoráveis. Os HFCs podem produzir impacto positivo na qualidade do atendimento prestado e nos resultados de saúde. A participação da comunidade pode resultar em benefícios para a saúde e maior aceitação dos serviços (aumento pela procura e utilização dos serviços de saúde em casos de agravos, de cuidado no pré-natal, aumento na cobertura de imunização, redução de casos de diarreia, aumento no uso de soro de reidratação oral, aumento do quadro de pessoal, e redu-

ção de absenteísmo profissional; melhores indicadores de saúde da comunidade – conhecimento em saúde, práticas de saúde, conhecimento e uso dos serviços de saúde). Os HFCs podem proporcionar ligações mais fortes entre a comunidade e os trabalhadores da saúde. Os comitês apoiam a avaliação das necessidades da comunidade; contribuem para a construção de abrigos para mães e construção de tanques de água e sanitários; apoiam a mobilização de ações de promoção à saúde e o acompanhamento de cuidados da comunidade; além de obter recursos para a saúde da comunidade²¹.

- » As abordagens participativas, realizadas por unidades de saúde pública do Reino Unido, têm impacto sobre os resultados sociais e de saúde. Sete estudos apresentam eficácia em estratégias de saúde pública, como: em consultas; no planejamento estratégico da saúde; em intervenção comunitária contra o tabagismo; nas redes para troca de informações, o que facilita o envolvimento da população local na tomada de decisões; e no desenvolvimento de projetos para a saúde. Aponta-se um forte e marcante compromisso político do Reino Unido em relação à participação na saúde e à orientação sobre como envolver as comunidades. A participação é um processo de extrema relevância para a população, conforme revelam documentos e livros-texto que definem as políticas; e deve ser uma importante premissa a ser refletida na literatura de pesquisa em saúde pública²².

Quando aos **danos potenciais das intervenções**, estes não foram apresentados nos estudos que compuseram essa opção.

Quando ao **custo-efetividade**, um dos estudos evidenciou que a instalação dos comitês aumentou a geração de receita. A melhoria dos sistemas financeiros reduziu a fuga de fundos e a gestão financeira inadequada. Ao mesmo tempo, barreiras de custo para os mais pobres foram

reduzidas com a implementação de isenções e os deferimentos de taxas. Verificou-se uma redução de 35% na probabilidade de morte de uma criança com menos de 5 anos, apontando-se que essa intervenção teria um custo em torno de US\$ 300²¹.

Já na revisão sistemática de Evans, Pilkington e McEachran não foram encontrados estudos específicos sobre custos e/ou custo-efetividade de abordagens participativas em unidades de saúde pública do Reino Unido, tampouco seu impacto nos resultados sociais e de saúde²².

No que diz respeito às **incertezas relacionadas a benefícios e danos potenciais**, McCoy, Hall e Ridge apontam um impacto positivo em relação à efetividade dos HFCs, embora mencionem que o reduzido número de estudos sugere a possibilidade de viés de análise, explicada pela onipresença dos HFCs²¹.

Quando aos **principais elementos da opção**, é importante destacar que os comitês não são uma intervenção padronizada e ocorrem no contexto de diferentes Sistemas de Saúde e em específicos contextos social, cultural e político²¹. Também as abordagens participativas são, por sua natureza, complexas e mutantes, em decorrência do cenário e do contexto em que ocorrem²².

As intervenções podem ser dirigidas para: membros da comunidade em geral (homens, mulheres, jovens, idosos, crianças etc.)²¹; pesquisadores de saúde pública e financiadores de pesquisa/formuladores de políticas²².

Essas intervenções podem ser entregues por uma organização não governamental (ONG)²¹ ou por representantes eleitos pela comunidade/representantes de profissionais de saúde, que são designados pelas unidades de saúde e/ou Ministério da Saúde²¹ pelo Sistema de Saúde²².

As intervenções podem ter como foco as comunidades indígenas²¹, as comunidades em

geral²², as populações marginalizadas²¹, as populações pobres e/ou de áreas rurais²¹ e as populações vulneráveis²¹.

Nessa opção, não houve menção quanto ao início e à duração das intervenções.

Quando às *percepções e às experiências das partes interessadas*, isto é, dos grupos de interesse, McCoy, Hall e Ridge apontam que o estudo de Iwami e Petchey, conduzido no Peru, mostra melhor satisfação do usuário e acesso para os mais pobres, em parte, em decorrência da ampla divulgação e da isenção de taxas para usuários e famílias pobres. Entretanto, vários estudos mostram que os políticos locais, ou a própria elite, reivindicam controle sobre os comitês para benefício próprio²¹. Nenhum estudo utilizado na revisão sistemática de Evans, Pilkington e McEachran faz menção às percepções e às experiências dos grupos de interesse²².

OPÇÃO 2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL PARA O APRIMORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE

Para o desenvolvimento da opção 2, foram utilizadas quatro revisões sistemáticas de moderada qualidade metodológica. As possibilidades de intervenção para essa opção permeiam estratégias de participação para aprimorar os indicadores de saúde, iniciativas que podem contribuir para processos positivos, sociais e de saúde, que apoiam a construção da capacidade da comunidade e assegurem a eficácia e a sustentabilidade da intervenção na saúde comunitária, por meio da participação social. A participação social é o princípio fundamental da atenção primária à saúde, com benefícios amplamente reconhecidos, entre os quais, a melhora dos resultados de saúde, da gestão do cuidado, além da aceitabilidade, da qualidade e da capacidade de resposta. A melhoria dos indicadores de saúde pode ser alcançada pelo fortalecimento e engajamento dos indivíduos, famílias, grupos/classes sociais. A participa-

ção social é um processo em que as pessoas estão ativamente envolvidas na determinação de prioridades e na execução de soluções, com impacto direto nos resultados e indicadores de saúde.

Os **benefícios das intervenções** podem ser sintetizados da seguinte forma:

- » Chuah e outros autores examinaram as evidências sobre a participação da comunidade em iniciativas gerais de saúde, os fatores contextuais e as questões que influenciam a participação da comunidade, com foco em países de alta e média renda. Os autores identificaram muitas vantagens da participação da comunidade na saúde, em uma miríade de oportunidades de envolvimento comunitário em intervenções de saúde em todos os níveis do Sistema de Saúde. Na perspectiva da formulação de políticas, esse estudo apresenta oportunidades de intervenção para formuladores de políticas e profissionais, cujo objetivo é construir a capacidade da comunidade, assegurando a eficácia e a sustentabilidade da intervenção na saúde comunitária. Essa revisão destaca que a participação da comunidade é mais benéfica quando são abordadas as questões/problemas da própria comunidade, e é mais relevante quando relacionada às comunidades desfavorecidas ou vulneráveis, e para aqueles que vivenciam conflitos em sua história, ou desconfiança nos governantes²³.

- » Bath e Wakerman conduziram uma revisão sistemática com o objetivo de localizar e avaliar evidências do impacto da participação da comunidade nos resultados de saúde na APS. Esse estudo evidenciou um limitado, mas significativo corpo de evidências, de que a participação da comunidade está associada a melhores resultados na saúde. O estudo contém informações relevantes para formuladores de políticas, para a organização de serviços de APS e provedores de serviços, indicando bons resultados de saúde, acesso e uso dos serviços, qualidade e capacidade de resposta. Para os autores, a participação da comunidade é um princípio fundamental da APS, com benefícios amplamente reconheci-

dos, incluindo a equidade e a aceitabilidade²⁴.

» Na revisão sistemática de Villalonga-Olives, Wind e Kawachi, o cenário variou entre países de baixa e média renda e países desenvolvidos. Nesse estudo, os autores realizaram uma revisão sistemática sobre as intervenções do capital social em saúde pública. Os autores definem capital social como recursos, trocas de favores, manutenção das normas dos grupos, confiança e o exercício de sanções – disponíveis para membros de grupos sociais. Os autores levam em consideração que, quando o capital social é o alvo da intervenção, o resultado consiste em atividades que o constroem ou o fortalecem como grupos de suporte, intervenções no ambiente, melhora da capacidade para locomoção, infraestrutura de bairros, melhora da qualidade de parques, construção de parques recreativos e espaços que favoreçam a prática de atividades físicas. Os autores revelam que, no âmbito individual, o capital social pode melhorar a troca de recursos psicossociais individuais, tais como estratégias individuais de enfrentamento e apoio, que podem auxiliar na promoção da saúde. No âmbito da comunidade, o capital social permite que grupos se organizem e realizem ações coletivas²⁵.

» A revisão sistemática de Cornish e outros autores avaliou o impacto da mobilização comunitária na prevenção do HIV em países de baixa e média renda, indicando resultados mais consistentes e significativos em populações de maior risco. Esses resultados são atribuídos ao fato de que a mobilização comunitária parece ter mais sucesso em grupos que têm uma identidade coletiva mais significativa do que populações mais generalizadas, por exemplo, jovens e comunidades em geral. Uma das principais características que envolvem os grupos de maior risco é que eles possuem capacidade de reunir grupos de identidade coletiva. A revisão demonstra que é mais fácil mobilizar um subconjunto de uma população do que comunidades inteiras. Outro ponto importante é o de que a mobilização comunitária pode ser mais propen-

sa a resultados positivos, se acompanhados por esforços de mudança no nível estrutural, como em campanhas governamentais²⁶.

Em relação aos **danos potenciais das intervenções**, apenas uma revisão sistemática fez menção, conforme será apontado a seguir. Em relação às demais, nada foi verificado^{23,25,26}. Já Bath e Wakerman mencionam que dinâmicas de poder podem resultar em uma espécie de pseudoparticipação, o que pode causar sensação de frustração aos participantes da comunidade, com pouco benefício comunitário²⁴.

Quanto ao **custo-efetividade**, também não foi mencionado na maior parte das revisões sistemáticas^{23,24,26}. Entretanto, Villalonga-Olives, Wind e Kawachi dizem que uma intervenção multinível pode ser problemática para um projeto, custosa e difícil de implementar, mas pode resultar em maior sucesso, afetando o ambiente de um Sistema de Saúde ou todo o grupo. Além disso, para os autores, as intervenções no capital social no nível comunitário tendem a abranger um número mais amplo de indivíduos e, portanto, geralmente, melhoram o estado de saúde de um maior número de pessoas. Assim, as intervenções de capital social na comunidade podem ter maior custo-benefício²⁵.

No que se refere às **incertezas relacionadas aos benefícios ou aos danos potenciais**, Chuah et al. apontam a ausência de projetos robustos e a má fundamentação teórica de pesquisas relacionadas à participação da comunidade em intervenções gerais de saúde, e não especificamente direcionadas a agravos, embora ressaltem que a participação da comunidade possa ser vantajosa e produzir efeitos positivos nos serviços e nos resultados sociais e de saúde²³.

Para Bath e Wakerman, apesar da retórica considerável em torno da participação da comunidade, a evidência do impacto tangível da participação não é clara²⁴. Já Villalonga-Olives,

Wind e Kawachi apontam duas limitações, que emanaram da revisão sistemática. A primeira é que, embora alguns estudos referenciam o “capital social” em seu título ou corpo de texto, não atendiam aos critérios de inclusão para o desenvolvimento da revisão. A segunda limitação segue direção oposta, pois há estudos que incluem intervenções, constroem capital social, mas não fazem parte da composição do estudo. Assim, mencionam a necessidade de estudos para fornecer uma percepção mais apurada de como o capital social pode afetar positivamente os resultados de saúde²⁵.

As intervenções podem empregar desenhos diferentes e ser realizadas em cenários distintos. Com isso podem evidenciar dificuldades ao estabelecer conclusões amplas sobre elementos programáticos ou quais condições são mais eficazes no impacto da mobilização comunitária na prevenção de um agravo²⁶. Cornish e outros autores apontam três falhas na revisão realizada: o entendimento do que é a mobilização comunitária; a implementação das intervenções frequentemente caracterizada pela inflexibilidade, e a forma como a maioria dos programas, incluídos na revisão, respondeu às necessidades das comunidades, particularmente notável em intervenções com a juventude e a comunidade em geral; e a avaliação de intervenções que envolveram a mobilização comunitária, que explicou inadequadamente o impacto da prevenção do agravo²⁶.

Quanto aos **principais elementos da opção**, há diversas estratégias para promover a participação no aprimoramento de indicadores de saúde. Essas estratégias podem ser representadas por:

- » “coprodução” com a comunidade²³;
- » campanhas²⁵;
- » comitês de aconselhamento local²⁴;
- » construção de unidades de saúde²³;
- » consultas²³;
- » cursos educativos²⁵;

- » delegação de “poder” para a comunidade²³;
- » desenvolvimento de programa de assessoria voluntária em saúde comunitária²³;
- » diversos projetos com foco em agravos à saúde²⁶;
- » governança cidadã²³;
- » grupo comunitário educativo²⁴;
- » grupo de mulheres²⁴;
- » participação em grupos²⁵ e participação individual²⁴;
- » redes sociais²⁵;
- » implementação de política de saúde local²³;
- » iniciativa sobre cuidados de saúde²³;
- » parcerias interprofissionais²³;
- » pinturas em murais²⁵;
- » programas de promoção à saúde²³;
- » programas de rádio²⁵.

As estratégias podem dirigir-se a:

- » decisores políticos^{23, 24};
- » organizações^{23, 24};
- » prestadores de serviços^{23, 24};
- » formuladores de políticas, profissionais de saúde, pesquisadores, comunidade e indivíduos em geral²³;
- » jovens, adolescentes e comunidade, adultos, adultos jovens, pais, trabalhadores do sexo, mulheres, partes interessadas (*stakeholders*)²⁶;
- » mulheres, mulheres indígenas, crianças, trabalhadores rurais²⁵.

As estratégias podem ser entregues por:

- » partes interessadas (*stakeholders*)^{23, 24, 25};
- » coalizão da comunidade²³;
- » comitês^{23,24,26};
- » liderança da comunidade^{24,25};
- » grupos locais de saúde, relação colaborativa, planejamento conjunto²⁴;
- » profissionais de saúde, religiosos, comunidade, serviços de saúde da Atenção Primária, serviços de voluntariado²⁵;
- » professores^{25,26};

» ONGs, educadores de saúde, serviços de saúde, cooperativas, serviços de referência e serviços governamentais de saúde²⁶.

Nessa opção, não houve menção quanto ao início e à duração das intervenções.

Quanto às **percepções e às experiências das partes interessadas** (grupos de interesse), um estudo qualitativo no Canadá explorou as opiniões das partes interessadas sobre governança cidadã e verificou-se que as respostas não sugeriam capacitação. Os cidadãos envolvidos na análise expressaram não estar esclarecidos sobre seus papéis, a autoridade era limitada na tomada de decisões, por isso se sentiam restringidos pelo sistema. Em outro estudo, no Reino Unido, sobre os processos de envolvimento público na APS e a tomada de decisão nesse país, os participantes expressaram que os esforços das agências estatutárias, para engajar a população, dependiam da compatibilidade de agendas²³.

No Japão, mulheres de meia-idade expressaram satisfação com o acesso à informação sobre saúde, em um estudo que avaliou um programa de promoção da saúde. Outro estudo, realizado para examinar quatro parcerias interprofissionais da comunidade, na África do Sul, evidenciou satisfação com o desenvolvimento de parcerias colaborativas com agências; agentes comunitários de saúde comunitários experimentaram vários benefícios pessoais, incluindo a sensação de serem reconhecidos por outras pessoas da comunidade; além de melhorar o acesso a serviços de saúde a determinados segmentos populacionais, antes excluídos²³.

Nenhum estudo utilizado na revisão sistemática de Bath e Wakeman, Villalonga-Olives, Wind e Kawachi, assim como Cornish e outros autores, faz menção às percepções e às experiências das partes interessadas^{24, 25, 26}.

CONCLUSÃO

As formas de participação social avaliadas nos estudos, por meio de comitês e conselhos de saúde, e com abordagens participativas, contribuem para melhorar a atenção à saúde e o aprimoramento de indicadores de saúde, no âmbito da APS. De fato, o que se verificou nessas revisões foram as abordagens que possibilitam a participação de usuários de serviços ou de grupos populacionais, com ações e intervenções operacionalizadas, principalmente em âmbito institucional. Pondera-se que tais abordagens possam sofrer processos de elitização, de monopolização e de oligarquização, afastando os representantes da base a ser representada. Não se verificou a participação social como uma ferramenta para o aprimoramento e a garantia da saúde como um direito, em cujo âmago estaria a emancipação dos cidadãos, ou na perspectiva do reconhecimento das necessidades em saúde, o que pode evidenciar limitação nas abordagens apresentadas.

Outra possível limitação encontrada foi que alguns dos estudos analisados descrevem experiências em países de capitalismo central que ainda têm, em alguma medida, políticas alinhadas com o Estado de bem-estar social.

O SUS brasileiro tem a participação social como uma das diretrizes; no entanto, ele não chegou a ser implementado na dimensão prevista e inscrita na Constituição Federal, pois, desde o início da operacionalização das políticas, sofreu cortes significativos de financiamento, além de ser alvo constante dos interesses do capital, o que se reflete na ruptura da operacionalização de seus princípios.

Uma vez que se parte do pressuposto de que a participação é uma das ferramentas para o aprimoramento de respostas a necessidades em saúde, defende-se que os gestores, trabalhadores de saúde e representantes da população, em conselhos e em movimentos sociais ou em outras iniciativas de participação, tomem como parte do planejamento do cuidado à saúde a implementação de estratégias e ações para mobilizar a participação efetiva, conforme o que está previsto no SUS e inscrito na Constituição Federal.

REFERÊNCIAS

1. NESPOLI G. BIOPOLÍTICAS DA PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE: O SUS E O GOVERNO DAS POPULAÇÕES. IN: GUIZARD FL, NESPOLI G, CUNHA MLS, MACHADO F, LOPES M. POLÍTICAS DE PARTICIPAÇÃO E SAÚDE. RIO DE JANEIRO: EPSJV; RECIFE: EDITORA UNIVERSITÁRIA DA UFPE, 2014: 59-90.
2. GOUVEIA R, PALMA JJ. SUS: NA CONTRAMÃO DO NEOLIBERALISMO E DA EXCLUSÃO SOCIAL. ESTUDOS AVANÇADOS 13 (35), 1999: 139-146.
3. AGUIAR ZN. (ORG.). SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANTECEDENTES, PERCURSO, PERSPECTIVAS E DESAFIOS. 1.ª ED. SÃO PAULO: MARTINARI, 2011.
4. ROLIM LM, CRUZ RSBLC, SAMPAIO KJAJ. PARTICIPAÇÃO POPULAR E O CONTROLE SOCIAL COMO DIRETRIZ DO SUS: UMA REVISÃO NARRATIVA, SAÚDE EM DEBATE. RIO DE JANEIRO, V. 37, N. 96, P. 139-147, JAN./MAR. 2013. DISPONÍVEL EM: [TTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/SDEB/V37N96/16.PDF](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf).
5. BRAVO MIS, MENEZES JSB. PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS (ORG.). FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. BARUERI: MANOLE; 2013: 49-74.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. DIRETRIZES NACIONAIS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL DO SUS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. BRASÍLIA: EDITORA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006.
7. BRASIL. LEIN. 8.142/90. DISPÕE SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SOBRE AS TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS DE RECURSOS FINANCEIROS NA ÁREA DA SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. BRASÍLIA, DISPONÍVEL EM: [HTTP://CONSELHO.SAUDE.GOV.BR/LEGISLACAO/LEI8142_281290.HTM](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm).
8. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS/CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. – BRASÍLIA: CONASS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.CONASS.ORG.BR/CONASSDOCUMENTA/CD_18.PDF](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf).
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ABC DO SUS: DOUTRINAS E PRINCÍPIOS. BRASÍLIA: SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL; 1990.
10. TOSTES APB, SILVA LVB. DAS PRAÇAS PARA AS URNAS: MOVIMENTOS DOS INDIGNADOS E OCCUPY WALL STREET FROM SQUARES TO BALLOT: "INDIGNADOS" MOVEMENT AND OCCUPY WALL STREET. MURAL INTERNACIONAL, 6 (2), 2015, 245-260.
11. NAVARRO V. WHAT IS A NATIONAL HEALTH POLICY? INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES, 37 (1), 2007, 1-14.
12. NAVARRO V. A CRITIQUE OF SOCIAL CAPITAL. INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES, 32 (3), 2002, 423-432.
13. COMPARATO BK. A AÇÃO POLÍTICA DO MST. SÃO PAULO EM PERSPECTIVA. 15(4), 2001, 105-118.
14. CALDART RS. O MST E A FORMAÇÃO DOS SEM TERRA: O MOVIMENTO SOCIAL COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO. ESTUDOS AVANÇADOS 15(43), 2001, 207-224.
15. CAMPOS CMS. NECESSIDADES DE SAÚDE COMO OBJETO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: AS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA [TESE LIVRE-DOCÊNCIA]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP, 2013.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N. 2.636/GM/MS, DE 7 DE OUTUBRO DE 2009. INSTITUI E DEFINE ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO CONSULTIVO DA EVIPNET BRASIL. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. 8 OUT 2009A. DISPONÍVEL: [HTTP://BRASIL.EVIPNET.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2015/07/ATA_VIII_REUNIAO_CONSELHO_CONSULTIVO_EVIPNETBRASIL_16_JUN_2015.PDF](http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2015/07/ATA_VIII_REUNIAO_CONSELHO_CONSULTIVO_EVIPNETBRASIL_16_JUN_2015.PDF).
17. OLIVER K, INNVAR S, LORENC T, WOODMAN J, THOMAS J. A SYSTEMATIC REVIEW OF BARRIERS TO AND FACILITATORS OF THE USE OF EVIDENCE BY POLICYMAKERS. BMC HEALTH SERVICES RESEARCH 2014, 14:2. AVAILABLE FROM: [HTTPS://BMCHHEALTHSERVRES.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1472-6963-14-2](https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-2).
18. BORTOLI MC, FREIRE LM, TESSER TR. POLÍTICAS DE SAÚDE INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS: PROPÓSITOS E DESENVOLVIMENTO NO MUNDO E NO PAÍS. IN: TEREZA SETSUKO TOMA ET AL (ORG.) AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE & POLÍTICAS INFORMADAS

POR EVIDÊNCIAS. SÃO PAULO: INSTITUTO DE SAÚDE, 2017.

19. BARRETO JOM, TOMA TS. MÉTODOS EVIPNET BRASIL: FERRAMENTAS SUPPORT PARA POLÍTICAS DE SAÚDE INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE BIS. POLÍTICAS DE SAÚDE INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS, 17 (1). 2016: 43-49.
20. GAIATTO EMG. ELABORAÇÃO DE UMA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: REDUZINDO A MORTALIDADE PERINATAL NO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ-SP. SÃO PAULO: COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO; 2016.
21. MCCOY DC, HALL JA, RIDGE M. A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE FOR EVIDENCE ON HEALTH FACILITY COMMITTEES IN LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES. HEALTH POLICY AND PLANNING. 2011;27:449-466.
22. EVANS D, PILKINGTON P, MCEACHRAN M. RHETORIC OR REALITY? A SYSTEMATIC REVIEW OF THE IMPACT OF PARTICIPATORY APPROACHES BY UK PUBLIC HEALTH UNITS ON HEALTH AND SOCIAL OUTCOMES. JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 32 (3), 418-426.
23. CHUAH FLH, SRIVASTAVA A, SINGH SR, HALDANE V, KOH GCH, SENG CK, MCCOY D, LEGIDO-QUIGLEY H. COMMUNITY PARTICIPATION IN GENERAL HEALTH INITIATIVES IN HIGH AND UPPER MIDDLE INCOME COUNTRIES: A SYSTEMATIC REVIEW EXPLORING THE NATURE OF PARTICIPATION, USE OF THEORIES, CONTEXTUAL DRIVERS AND POWER RELATIONS IN COMMUNITY PARTICIPATION. ELSEVIER. SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE 213, 2018, 106-122.
24. BATH J, WAKERMAN J. IMPACT OF COMMUNITY PARTICIPATION IN PRIMARY HEALTH CARE: WHAT IS THE EVIDENCE? AUSTRALIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH, 2015 (21), 2-8.
25. VILLALONGA-OLIVES E, WIND TR, KAWACHI I. SOCIAL CAPITAL INTERVENTIONS IN PUBLIC HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW. ELSEVIER. SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE 212, 2018, 203-218.
26. CORNISH F, PRIEGO-HERNANDEZ J, CAMPBELL C, MBURU G, MCLEAN S. THE IMPACT OF COMMUNITY MOBILISATION ON HIV PREVENTION IN MIDDLE AND LOW INCOME COUNTRIES: A SYSTEMATIC REVIEW AND CRITIQUE. AIDS BEHAV, 2014 (18), 2110-2134.



ABORDAGEM DE FAMÍLIAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

PALAVRAS-CHAVE: ATENÇÃO
PRIMÁRIA A SAÚDE; FAMÍLIA;
RELAÇÕES FAMILIARES

ADRIANA BARROS VIEGAS

ENFERMEIRA. MESTRE EM CIÊNCIAS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP. GERENTE TÉCNICA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ITAPEVA - SP

ELMA ZOBOLI

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA (APOSENTADA), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) está estruturada com base na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é composta de equipes multiprofissionais, cujo processo de cuidado se baseia no vínculo com a comunidade adscrita em uma área geográfica específica. Ao organizar o processo de cuidado, a ESF deve levar em conta a diversidade cultural, religiosa, racial, social e familiar dos usuários sob sua responsabilidade. Um dos pilares da ESF é o princípio da longitudinalidade, cuja prática se concretiza não só na atenção centrada na pessoa atendida, mas também na família e na comunidade em que está inserida, como parte do planejamento do cuidado, envolvendo a questão da corresponsabilidade pela saúde¹.

Ao reorganizar o processo de trabalho em saúde, voltando-o para o cuidado à família, a ESF leva em conta o contexto social e histórico para compreender como este impacta – às vezes determina – na dinâmica familiar. A equipe de ESF toma como partes essenciais do trabalho as visitas domiciliares, o cadastramento familiar e a construção de vínculo com as famílias adscritas. Assim, pode-se dizer que a ESF é um ambiente tecnoassistencial que requer o uso das ferramentas de abordagem familiar.

A definição de família utilizada pelo Ministério da Saúde para nortear o trabalho das ESFs é:

No Cadastro da Atenção Básica, o núcleo familiar ou família corresponde à unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por ela, todas moradoras de um mesmo domicílio. Para cada núcleo familiar, deve-se informar um responsável familiar. A definição deste responsável familiar é feita pela própria família, sendo, preferencialmente, morador deste domicílio e integrante desta unidade familiar (independentemente se há algum grau de parentesco), com idade superior a 16 anos² (p. 20).

Essa é a única definição de família encontrada nos documentos do Ministério da Saúde para a ESF e, talvez por ser dirigido ao cadastramento, parece inspirar-se nas concepções comuns ao recenseamento populacional, o qual prioriza a unidade domiciliar, que abrange o domicílio particular, entendido como a pessoa que mora sozinha, ou a unidade de habitação em domicílio coletivo; ou seja, o conjunto de pessoas que estão juntas por laços de parentesco, por dependência doméstica ou por comungar das mesmas normas de convivência. Ressalta-se, para fins de recenseamento, a família vista como o conjunto de pessoas que têm laços de parentesco ou dependência na unidade doméstica³.

Mas há outras concepções de família registradas na literatura em saúde, como a definida por Mendes⁴, que, para analisar e discutir o cuidado a ser oferecido ao grupo familiar, enxerga a família como um sistema social em transformação constante, determinado por fatores internos e por ciclos de vida que interagem com as mudanças sociais. Esse autor acrescenta o fato de que os membros da família compartilham o mesmo contexto social de pertencimento, formando um sistema complexo de relação.

Hanson⁵ (p. 6), no entanto, entende o conceito de família como dois ou mais indivíduos que dependem um(ns) do(s) outro(s) para dar apoio emocional, físico e econômico. Para essa autora, “os membros da família são autodefinidos”, assinalando que a família é uma palavra que evoca diferentes imagens para o indivíduo ou grupo, e cujo significado vem se transformando com o tempo.

Para Osório⁶, a família é uma unidade grupal na qual se desenvolvem, essencialmente, três tipos de relação pessoal: de aliança, de filiação e de consanguinidade. Ele destaca que a família desenvolveu e desempenhou, através dos tempos, funções diversificadas para a transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

A família pode ser compreendida em diferentes perspectivas^{7, 5}:

- » **legal:** relação concebida por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento;
- » **biológica:** relação genética entre pessoas (pais, mães e filho(s));
- » **sociológica:** grupo de pessoas que vivem juntas, como uma das instituições sociais que especificam os preceitos de comportamento do indivíduo;
- » **psicológica:** unidade com laços emocionais em que o funcionamento de um membro afeta o conjunto da família;
- » **antropológica:** agregado que partilha um universo de valores, códigos e normas relacionados ao processo de socialização do indivíduo.

As concepções encontradas na literatura e a prática das equipes da ESF revelam que o modelo de família com pai provedor, mãe dona de casa e filhos não é o arranjo doméstico predominante nos dias de hoje no Brasil, assim como em outros países. Esse tipo tradicional de família existe, mas, em geral, ela não é homogênea ou harmonicamente integrada, como apontam algumas descrições idealizadas que desconsideram o contexto de desigualdades sociais, com seus mecanismos de exclusão e estratificação social que modificaram as famílias ao longo dos tempos⁸.

Assim, torna-se necessário abordar os diferentes arranjos familiares e discorrer sobre como se expressam nas funções e apoiam-se nas relações dos membros.

ARRANJOS FAMILIARES, FUNÇÕES E RELAÇÕES

A noção de família una, sadia e sem conflitos vem cedendo lugar à noção de família como uma instituição pluralista, complexa e com tensões de

diferentes ordens. A família é a mais antiga e universal instituição social e, como tal, possui uma estrutura que determina um conjunto de papéis sociais que se administram em meio à busca de equilíbrio entre poder e benefícios, conflito e consenso⁸.

A estrutura familiar é o conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais⁵. Impulsos exógenos geram mudanças na família, alterando o equilíbrio institucional de direitos e deveres, assim como de poderes e dependências⁸. Essas mudanças têm total relevância na atenção à saúde na ESF, pois a estrutura, a função e o processo da unidade familiar individual influenciam, e são influenciados, pelo estado de saúde dos indivíduos e pela saúde familiar⁵.

Para descortinar a estrutura de uma família, é necessário, segundo Hanson⁵, identificar os indivíduos que a constituem, as relações entre eles e as relações da família com outros sistemas sociais, destacando-se, assim, as posições que cada indivíduo assume dentro do seio familiar e as relações entre seus membros. Ao fazer esta entrevista da família, os profissionais da APS devem ter em mente o que ressaltam Chapadeiro, Andrade e Araújo⁷: há uma ampla variação de organização familiar, tanto de uma sociedade para outra quanto na mesma sociedade.

Osório⁶ assevera que a família pode apresentar-se em três formatos: nuclear, extensa e abrangente. A *família nuclear* é a constituída pela relação pai-mãe-filhos. A *família extensa* é formada pela extensão do núcleo familiar, com a inclusão de outros membros com quaisquer laços de parentesco. A *família abrangente* é aquela que inclui, também, pessoas que não são parentes, e coabitam no domicílio.

Hanson⁵ elenca outros tipos de arranjo familiar, como a *família binuclear*, formada por duas famílias, após divórcios, com os filhos de ambos

os relacionamentos; a *família reconstituída*, quando o homem ou a mulher, depois da separação, passa a viver com outra pessoa e os filhos dela; e a *família monoparental*, que se constitui por um pai ou por uma mãe e filho(s). No Brasil, é mais comum a família monoparental constituída por mulheres⁹. Hanson⁵ ainda menciona a *coabitação*, em que homens e mulheres solteiros(as) compartilham uma habitação, e a *família homossexual*, em que o casal é do mesmo sexo.

A função da família, segundo Hanson⁵, refere-se ao objetivo que essa desempenha em relação ao indivíduo, aos outros sistemas sociais e à sociedade. Há algumas funções sociais que, culturalmente, são atribuídas às famílias: a regulação sexual e a cooperação econômica. Quanto à primeira, lembre-se de que, nas famílias tradicionais, antes da crise do patriarcado e da liberação sexual, o casamento provia o foro legítimo para a expressão da necessidade humana básica de atividade sexual, tornando-a possível na ordem social. A cooperação econômica entende que o vínculo permite a divisão do trabalho e possibilita a aquisição de mais bens e serviços. Entretanto, a função básica e precípua da família é a socialização, ou seja, desenvolver a capacidade de viver em grupo⁹.

Nesse sentido, Chapadeiro, Andrade e Araújo⁷ dizem que a família possui duas funções especiais: a socializadora e a de identificação. A socializadora destina-se a transmitir a herança sociocultural, ou seja, passar adiante costumes e valores a crianças e jovens, construindo assim comportamentos esperados para o ingresso na sociedade. Já a de identificação social refere-se a proporcionar aos indivíduos a conquista de determinada posição na sociedade.

Para Osorio⁶, a função familiar divide-se em: biológica, psicológica e social. A função biológica direciona-se à garantia da sobrevivência da espécie por meio do cuidado ministrado aos re-

cém-nascidos. A psicológica envolve a provisão do afeto indispensável à sobrevivência emocional dos bebês e dos demais componentes da família, assim como a promoção de um ambiente adequado para a aprendizagem construtora do processo cognitivo do ser humano. Por fim, a função social está ligada à transmissão das pautas culturais e à preparação do(s) indivíduo(s) para o exercício da cidadania.

Quanto à diversidade dos arranjos, das mudanças e do dinamismo das relações, a família permanece como matriz da socialização das pessoas, por isso está presente nas diversas culturas como forma de relação social constitutiva do ser humano. Cumpre a função essencial de mediação do sujeito com a sociedade, pois é em seu seio que se engendra a construção das referências socioculturais e das identidades, na formação da pessoa e nas respostas aos problemas e às necessidades cotidianas. Nos novos arranjos familiares, essa função essencial da família passa a compreender que a socialização não é efeito direto de uma instituição, de uma *célula mater*, mas produto das trocas relacionais entre os diversos atores sociais e familiares¹⁰.

As relações familiares, ou o processo familiar, são definidas como a interação contínua entre os membros de uma família, considerando a questão de que famílias com estruturas e funções idênticas podem interagir de modo distinto. O papel familiar é a posição de cada pessoa na família. Este pode ser o elemento mais importante para o sucesso na reabilitação da saúde de um membro familiar⁵.

Para Cecagno, Souza e Jardim¹¹, cada família se reproduz e define os papéis de seus membros segundo os padrões estabelecidos na família e na região onde vive.

Após a crise do patriarcado e com as conquistas feministas, a tendência é ter relações familiares cada vez mais simétricas, com distribui-

ção de papéis e obrigações, além de flexibilidade para conformar-se às mudanças sociais. As relações entre pais e filhos também se modificaram, deixando de pautar-se pela imposição, autoritária e hierárquica, para valorizar um relacionamento aberto, que favorece o diálogo. A família configura uma organização complexa de relações e precisa organizar, produzir e dar forma a essas relações, com constantes adaptações da rede relacional familiar diante das constantes transformações internas e externas. Essas adaptações se relacionam diretamente ao processo de desenvolvimento das famílias como um grupo que precisa propiciar a convivência saudável de diferentes fases do ciclo vital familiar e de cada membro¹².

INFLUÊNCIA SOCIOCULTURAL NA SAÚDE FAMILIAR

A saúde familiar, para Hanson⁵, é um “estado dinâmico de mudança de bem-estar, incluindo fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar”. Refere-se tanto aos indivíduos quanto à unidade familiar como um todo.

Com base nesse entendimento, as influências socioculturais na saúde familiar incluem: o meio socioeconômico; a classe social à qual pertence a família; a cultura familiar; e o local de moradia. Para Hanson⁵, a influência cultural molda: os valores, os papéis e o comportamento da família; as escolhas do modo de vida; como são estabelecidos os relacionamentos sociais; e como se determinam a saúde e a doença. Já a classe social da família influencia o comportamento familiar, sobretudo quando se pensa em estilo de vida, e pode determinar situações de estresse e/ou de promoção da saúde.

Kaakinen e Webb¹³ ponderam que não há

consenso na compreensão do que vem a ser saúde da família, mas, corroborando a concepção proposta por Hanson⁵, revelam que a abordagem integral da saúde da família inclui cada membro individualmente, a família como uma entidade e sua inserção no contexto da comunidade. Assim, a avaliação da saúde da família envolve, simultaneamente, a avaliação dos membros familiares individualmente, do sistema familiar como um todo e da comunidade onde está inserida a família. As autoras destacam que, nessas avaliações, a enfermeira precisa ter claro que as famílias não são totalmente boas ou más, pois todas têm pontos de resiliência e de fortalecimento com os quais a assistência deve trabalhar, com base em uma sistematização, a fim de traçar intervenções e planos de ação.

O funcionamento da família modifica-se segundo o ciclo vital familiar. Famílias equilibradas são aquelas com habilidade para se adaptar às situações, demonstrando flexibilidade na liderança, nas relações, nos papéis assumidos, no controle, na disciplina, na negociação, na divisão de tarefas e nas responsabilidades. Essas famílias possibilitam a independência dos membros sem que isso signifique uma desconexão, ou seja, há uma coesão familiar¹³.

Hanson⁵ aponta alguns traços de famílias saudáveis, e é útil a enfermeira incluir uma avaliação em que possa identificá-los ao abordar a saúde familiar. Para a autora, nas famílias saudáveis, os membros: comunicam-se bem, escutam-se e apoiam-se; respeitam-se e, principalmente, ensinam que respeito é imprescindível; têm um senso de confiança; divertem-se juntos, compartilham tempos de lazer, mantendo presente um sadio senso de humor; interagem de maneira equitativa; entendem a corresponsabilidade; valorizam ritos, tradições, espiritualidade, privacidade; abrem-se com o intuito de ter ajuda quando necessitam resolver problemas.

As transformações socioeconômicas, políticas e jurídicas pelas quais a sociedade passou ao longo do século XX envolveram a família, e isso, com certeza, repercutiu na saúde familiar e precisa ser considerado na avaliação que se faz para o planejamento do cuidado. O papel da mulher como esposa/dona de casa se alterou, bem como o papel do homem pai de família/provedor, porém tal fato não significa a superação desses papéis. O que houve foi a modificação das estruturas familiares e das estratégias de sobrevivência, principalmente nas classes sociais mais desfavorecidas⁷.

A participação feminina no mercado de trabalho formal acentuou-se ao longo do século XX, mas são importantes, também, a inserção nos setores informais e o trabalho domiciliar. No Nordeste brasileiro, na segunda metade do século XIX, a divisão de tarefas entre os membros da família já não seguia o estilo patriarcal, uma vez que homens e mulheres dividiam os deveres e trabalhavam igualmente para a sobrevivência do grupo. Por esse motivo, desde os anos 1970, a historiografia brasileira passou a incorporar a ideia de que convivem, no Brasil, múltiplos modelos familiares¹⁴.

Na saúde da família, é preciso considerar os diversos arranjos familiares, pois são importantes para o reconhecimento dos pontos de resiliência e de fortalecimento a serem reforçados. Se o profissional de saúde operar sua prática focado em um modelo idealizado, por exemplo, no de família patriarcal, terá dificuldades para captar e lidar com a realidade da sociedade atual.

Elaborar uma abordagem da família que pondere as mudanças sociais e econômicas às quais as pessoas estão sujeitas é mais adequado para responder com precisão às transformações internas familiares e como estas se relacionam com a sociedade mais ampla, seja na perspectiva particular, seja na estrutural¹⁵.

Neste século, os diferentes arranjos familiares decorrem de um contexto sociocultural marcado por: fim do patriarcado, não só como norma, mas também pela ilegitimidade do poderio masculino com os tratados e as convenções em defesa dos Direitos Humanos que propugnam a eliminação de todas as formas de discriminação; fim da padronização hierarquizada e ordenada pelo modo industrial de produção que se impunha até na ordem homossexual, abrindo a dinâmica familiar à complexidade de arranjos variados (casamento, não casamento, idades variáveis ao casar, coabitação, uniões informais, temporárias, do mesmo sexo, nascimentos extraconjugais, não nascimentos); declínio da fecundidade, e transformação das estruturas etárias das populações, devido às transições demográfica e epidemiológica⁸.

Apesar das transformações socioculturais na estrutura familiar, ainda se mantêm traços do patriarcado quanto às divisões de gênero nas tarefas e nas obrigações da família, com o privado cabendo às mulheres e o público aos homens. Isso fica patente nos momentos de doença de um dos membros, em especial os idosos e as crianças, quando, no âmbito doméstico, permanece a centralidade feminina no cuidado, ou seja, a mulher assume a responsabilidade pela saúde da família. Portanto, dizer que as transformações na família não se processam com a mesma intensidade, tampouco têm os mesmos padrões em todos os contextos sociais, parece bem apropriado para pautar a enfermagem na APS estruturada pela ESF¹⁶.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O FOCO NA FAMÍLIA

Na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS tem como papéis: estabelecer e manter a base populacional; resolver cerca de 90% ou mais dos problemas de saúde; e coordenar os fluxos e os contrafluxos de pessoas, produtos e informações pela Rede. Quanto à base populacional, é preciso que as equipes multiprofissionais de saúde orientem a prática pela compreensão de que a população atendida não se apresenta como um total contabilizado nos censos populacionais ou rotulado nos perfis epidemiológicos. A população adscrita a cada UBS compõe por pessoas organizadas socialmente em famílias, e é nessa condição que elas se vinculam às equipes de ESF¹⁷.

Assim, o conhecimento da família oferece o contexto para a avaliação que ajudará no diagnóstico e na tomada de decisão a respeito da intervenção mais apropriada à realidade, já que as famílias têm capacidades, resiliências e pontos fortes diferentes no enfrentamento, na vivência do processo saúde-doença-cuidado, na realização do tratamento e no manejo das estratégias recomendadas¹⁸.

No SUS, a APS adota em sua prática, com a aplicação da ESF, a orientação familiar da assistência, e esta se efetiva quando: o alcance da integralidade é suficiente para abarcar a consideração do indivíduo inserido em seus ambientes; a avaliação das necessidades considera o contexto familiar e sua exposição aos fatores de desgaste e fortalecimento; a coordenação da atenção fica atenta aos recursos familiares, muitas vezes limitados¹⁸.

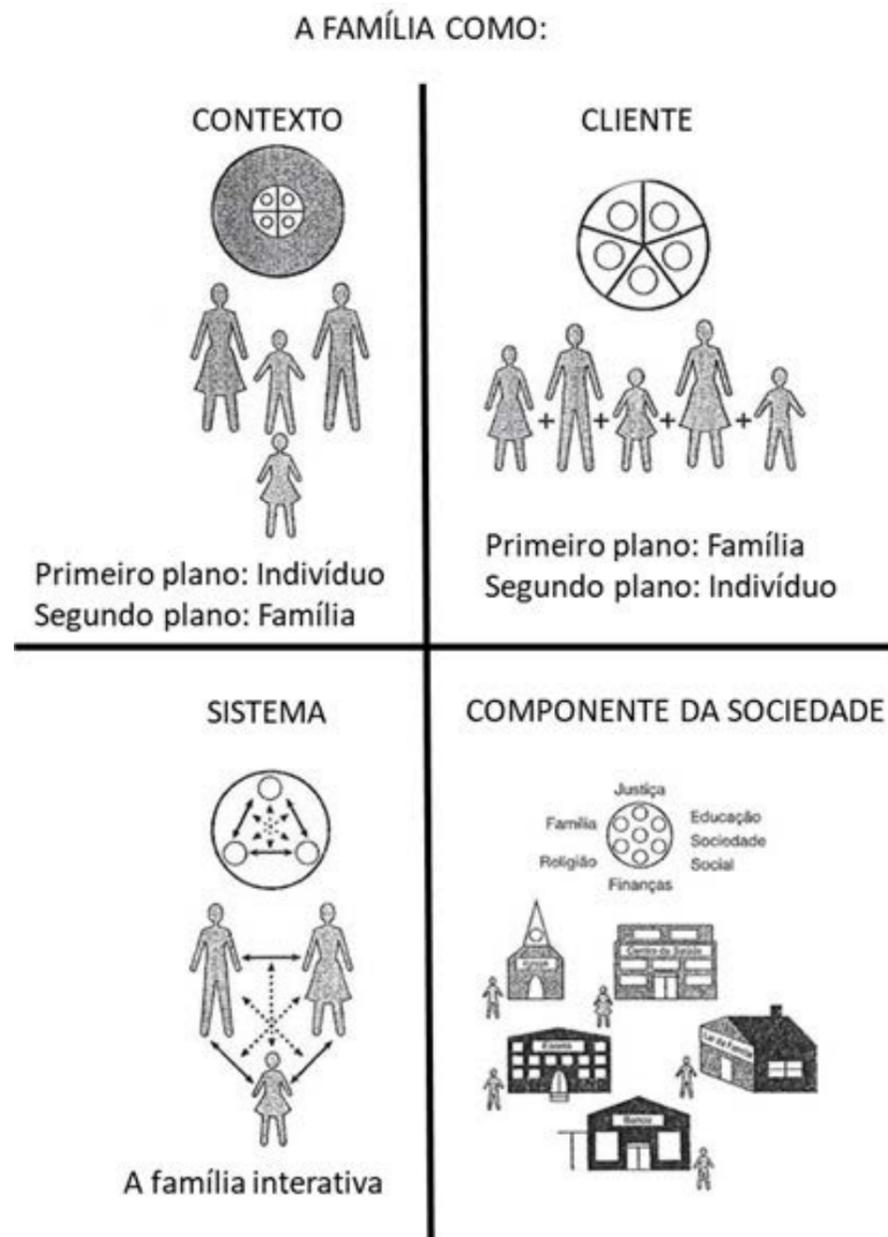
Todavia, uma revisão sistemática de estudos de avaliação da APS no SUS, com o uso do instrumento PCATool*, mostrou que os escores de atributos que estimam a orientação familiar e comunitária da atenção prestada têm sido apontados como insatisfatórios, o que pode comprometer a efetivação da ESF como foi proposta. Esse panorama vem reforçar a necessidade de as equipes de ESF adotarem, nos processos de trabalho, meios e instrumentos para a abordagem da família ao planejarem intervenções e ações¹⁹.

A literatura reúne diversas perspectivas de abordagem para a família, no cuidado a saúde. Hanson⁵ e também Kaakinen e Webb¹³ destacam quatro como as principais: contexto, cliente, sistema e componente social. A primeira perspectiva de abordagem entende a família como o contexto do desenvolvimento individual, concentrando-se na avaliação e nos cuidados ao indivíduo doente, com a família sendo vista como o contexto de pertencimento, um recurso ou um fator de estresse para a saúde ou doença individual. A segunda compreende a família como cliente do cuidado prestado; assim, em primeiro plano vem a família, e o indivíduo fica em segundo, sendo, nesse tipo de abordagem, cada pessoa da família avaliada e os cuidados de saúde prestados a todos os membros. Na terceira perspectiva de abordagem, vê-se a família como um sistema, e o alvo das intervenções são as interações entre os familiares. A quarta perspectiva compreende a família como um componente social, ou seja, o grupo familiar é visto como uma instituição na sociedade, estando em interação com outras instituições sociais para receber, trocar ou fornecer comunicação e serviços.

A figura 1, adaptada de Hanson⁵, apresenta as quatro perspectivas de abordagem no cuidado à família.

* Primary Care Assessment Tool (PCATool).

FIGURA 1. PERSPECTIVAS DE ABORDAGEM À FAMÍLIA



Fonte: Hanson, 2005⁵.

Para Mendes⁴, a atenção centrada na família deveria considerar o indivíduo e a família como um sistema, aplicando-se à clínica, simultaneamente, em três dimensões: marco teórico de referência para melhor compreensão da situação de saúde; parte dos recursos que os indivíduos dispõem para se manterem sãos ou recuperarem a saúde; unidade de cuidado de cada membro.

Muitos dos comportamentos saudáveis e de risco à saúde são adquiridos no seio familiar, e as famílias são afetadas quando um ou mais membros têm problemas de saúde⁵. A eficácia do cuidado é melhor quando se dá ênfase à família, e não apenas ao indivíduo, sendo a promoção, a manutenção e a restauração da saúde familiar elementos importantes para a efetividade da APS em seus atributos e funções.

Segundo algumas pesquisas, há um desprezo da equipe de ESF para assistir as famílias, prevalecendo, na prática, o modelo hegemônico na atenção à saúde, ou seja, a assistência de matriz curativa e individual^{20,21}. A família é percebida, pelos profissionais, como fator que contribui ou atrapalha o tratamento do indivíduo e que também sofre o impacto da doença em um de seus membros, mas não como uma rede social de apoio²¹.

A adoção de ferramentas de abordagem familiar no trabalho das equipes de ESF pode auxiliar os profissionais a perceberem as demandas, as ansiedades, os sofrimentos e os potenciais de apoio na dinâmica familiar²¹. Assim, o trabalho na ESF requer que as equipes introduzam na rotina clínica dos cuidados primários ferramentas de abordagem das famílias.

As ferramentas de abordagem familiar são tecnologias advindas, principalmente, da Psicologia e da Sociologia, com o objetivo de estreitar relações entre os profissionais e as famílias, promovendo a compreensão do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade⁴.

Embora se reconheça a potência da ESF para tomar a família como objeto de cuidado, os profissionais dessa equipe ainda mantêm a prática assistencial voltada para a atenção individual, e há poucas informações disponíveis sobre a quantidade de intervenções realizadas com famílias; na prática, nem sequer existe um instrumento de abordagem familiar definido para a ESF²¹.

A ausência de uma problematização do lugar da família no modelo de atenção à saúde e nas ações cotidianas da ESF, aliada ao fato do tema comunidade ser pouco refletido, favorece os obstáculos que impedem as ações em saúde com foco na família e no contexto social dos usuários, de forma efetiva. O reconhecimento da importância de tomar a família como centro de atenção à saúde,

de, com a adoção de ferramentas apropriadas à abordagem familiar no contexto da ESF, baseia-se na necessidade de se considerar o contexto social, suas formas de cuidar da saúde, de enfrentar a doença, suas representações sobre si e sobre os outros²².

ALGUMAS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

As ferramentas de abordagem familiar apontadas na literatura para o trabalho em APS incluem, entre outras, o genograma, o ecomapa, o ciclo de vida da família, o *fundamental interpersonal relations orientation* (F.I.R.O.[®]), o *problem, roles and structures, affect, communication, time in life, illness in family, coping with stress, environment or ecology* (P.R.A.C.T.I.C.E.), o Apgar familiar, os mapas de rede ou ecomapas^{4,23,7}.

GENOGRAMA

O genograma é um instrumento de avaliação e intervenção na saúde familiar que se caracteriza 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 adoecer⁴.

Foi idealizado por Murray Bowen, em 1954, como uma vertente de sua teoria para terapia familiar, campo do conhecimento no qual é reconhecido como um pesquisador e teórico inovador. O arcabouço teórico da proposta de Bowen concentra-se em torno de duas forças vitais de uma pessoa, que se contrabalançam na sua complexa formação emocional: as de união com a família e as que impulsionam a individuação. Na

teoria de Bowen, a família é considerada uma unidade emocional e, para compreendê-la, é necessário desvelar o que ocorreu ao longo das diversas gerações, ampliando o olhar para a família extensa, pois há nós relacionais que ultrapassam a família nuclear. Para esse teórico, a pessoa é parte de uma rede de relações que envolve as famílias de origem e, por meio das interações com estas, aprende-se o que é admissível para criar a base de uma unidade sistêmica²⁴. O genograma é um recurso gráfico para as anotações das relações identificadas ao assistir as famílias.

Para Wright e Leahey²³, o genograma é uma árvore familiar que representa a estrutura interna da família e pode incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. Proporciona a criação de um espaço dialógico para transformação e acompanhamento das histórias familiares, apoiando-se em uma compreensão sistêmica de família. Ou seja, a família é vista como um sistema que se move no processo de desenvolvimento familiar, o qual exige mudanças e adaptações em sua estrutura e organização. Nesse sistema familiar, os membros mantêm relações de interdependência; portanto, o surgimento de agravos à saúde e mudanças no ciclo vital afetam o sistema como um todo, provocando readaptações de todos os envolvidos direta ou indiretamente.

Para a elaboração do gráfico familiar, os membros da família são colocados em séries horizontais, significando linhagens de gerações. É comum incluir, pelo menos, três gerações, iniciando com o casal e o(s) filho(s)²⁵. Assim, o genograma tem elementos estruturais, com informações relativas à composição familiar, data de nascimento, grau de escolaridade, ocupação, hábitos, patologias, mortes e separações, e elementos funcionais, que mostram a dinâmica da família, ou seja, como os membros se relacionam ou como reagem diante das dificuldades e de uma situação de estresse.

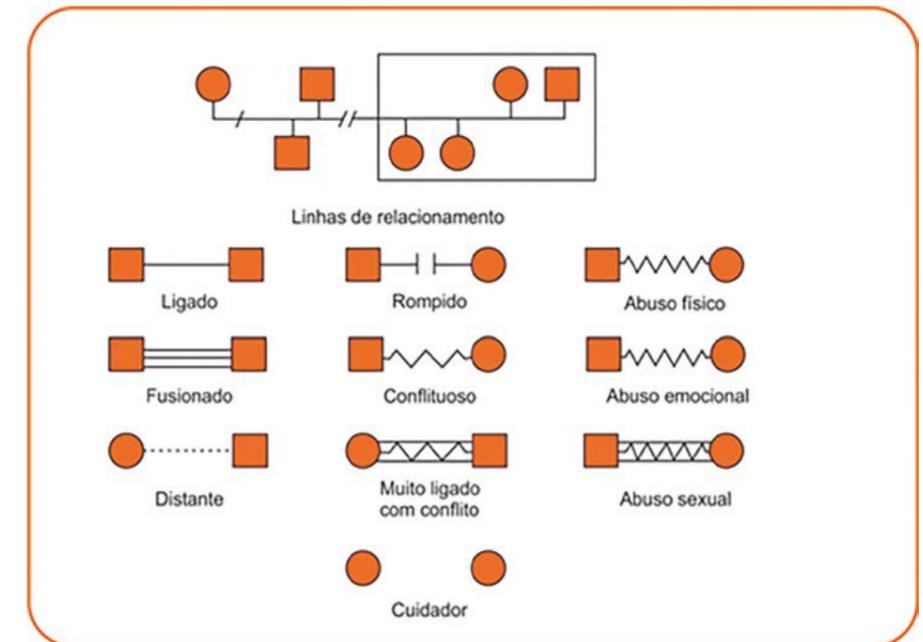
A simbologia-padrão comumente usada no genograma para representar as pessoas, as relações, alguns eventos de saúde e do ciclo vital familiar está exemplificada nas figuras 2, 3 e 4 e no quadro 1.

FIGURA 2. SÍMBOLOS UTILIZADOS NO GENOGRAMA PARA REPRESENTAR PESSOAS, TIPOS DE LIGAÇÃO E ALGUNS EVENTOS DO CICLO VITAL

Fonte: SES MG 2007²⁵.

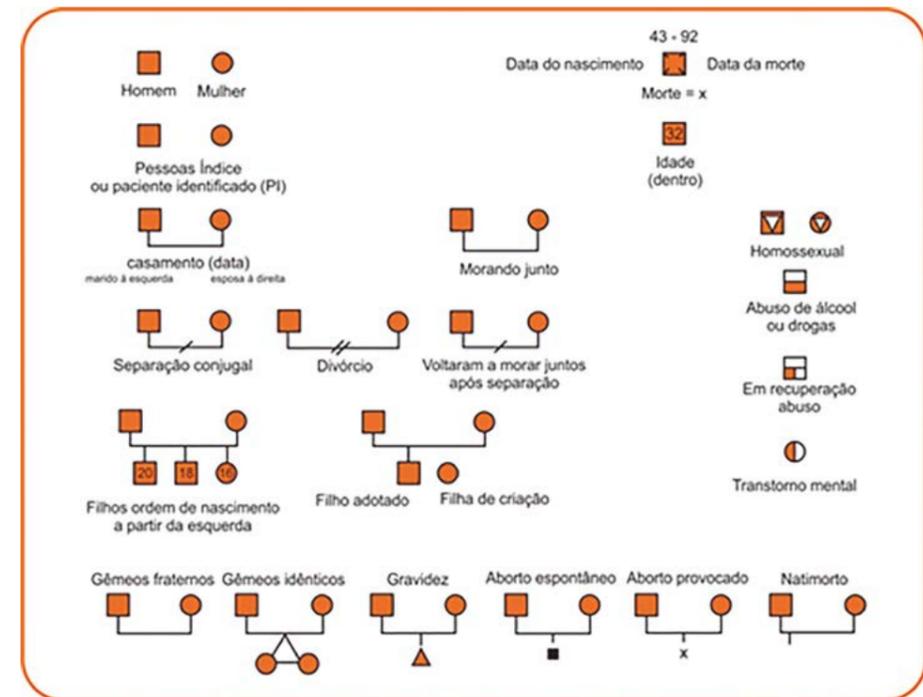
SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO		LIGAÇÃO SANGÜÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO-SANGÜÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ		LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO		LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO		SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	
LINHA CONTÍNUA, INDICANDO INDIVÍDUOS QUE VIVEM JUNTOS			

FIGURA 3. REPRESENTAÇÃO DAS RELAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES, SEGUNDO INSTRUÇÕES DO MS



Fonte: Ministério da Saúde, 2013¹.

FIGURA 4. REPRESENTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE RELAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR E EVENTOS DO CICLO VITAL



Fonte: Ministério da Saúde, 2013¹.

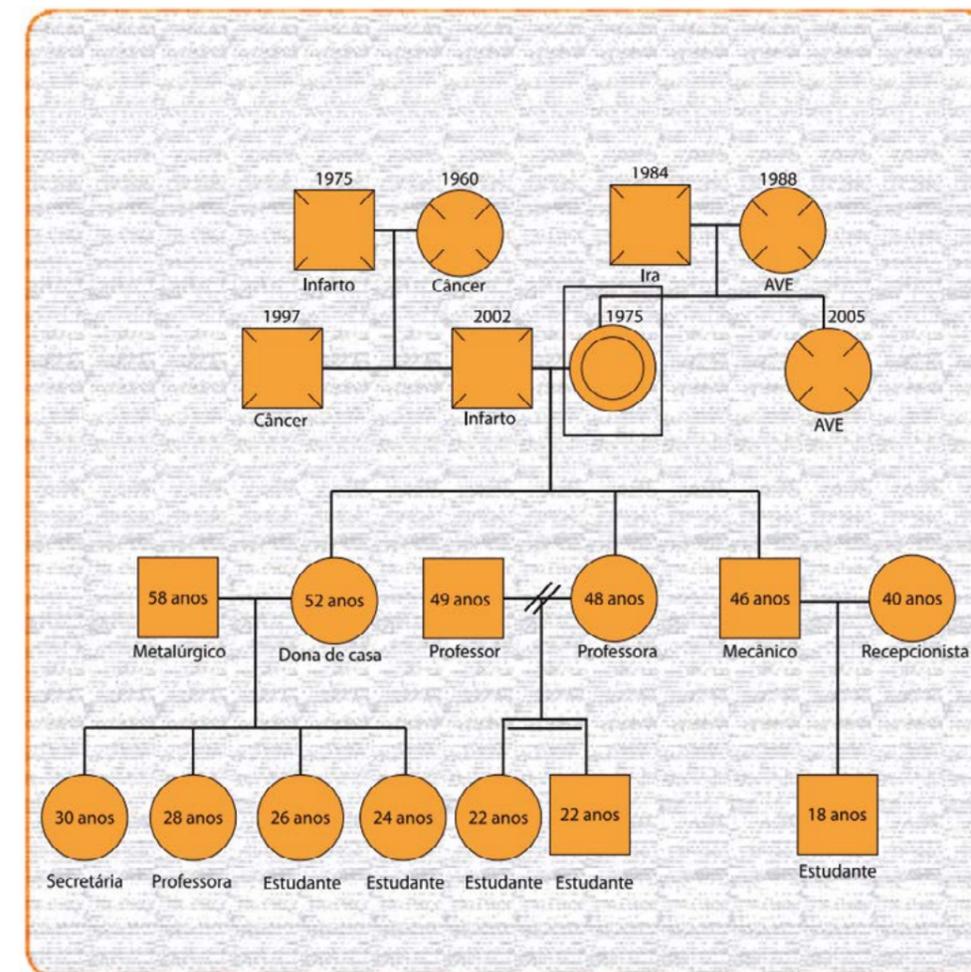
QUADRO 1. SIGLAS DE ALGUMAS PATOLOGIAS COMUMENTE ENCONTRADAS AO ATENDER AS FAMÍLIAS NA ESF

Patologia	Sigla	Patologia	Sigla
Hipertensão arterial	HA	Diabetes	DIA
Hanseníase	HAN	Tuberculose	TB
Deficiência auditiva	Defaud	Deficiência visual	DEFVIS
Deficiência mental	Defment	Deficiência múltipla	DEFMULT
Deficiência física	Deffis	Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	ATDNPM
Gestante de alto risco	GAR	Recém-nascido	RN
Recém-nascido baixo peso	RNBP	Recém-nascido prematuro	RNPT
Idoso frágil	IDFRAG	Ostomia	OST
Uso de substâncias ilícitas (drogadição)	Drogadi	Alcoolismo	ALC
Tabagismo	TAB	Transtorno mental	TME
Infecção por HIV	HIV	Síndrome da imunodeficiência adquirida	Aids
Câncer	CA	Doença ou acidente do trabalho	DAT
Obesidade	Obes	Desnutrição	DESN
Criança com calendário de vacinação em atraso	CVEA	Mulher com alteração no exame de prevenção do câncer de colo do útero (NIC alterado)	Nicalt

Fonte: Adaptado de SES MG 2007²⁵.

Por ser um instrumento gráfico, o genograma condensa as informações da formação familiar, do contexto psicossocial e dos momentos de estresse, agudos ou crônicos, ampliando as possibilidades de detecção das situações conflituosas e problemáticas (Figura 5). Quando agregado ao prontuário do paciente, serve a todos os profissionais da ESF e permite, pelo mapa relacional traçado, a percepção mais clara do conjunto. Como a construção do genograma deve ser feita de maneira interativa entre o profissional de saúde e a família, o paciente consegue ter uma definição sobre a qualidade das relações afetivas por meio das linhas de relacionamento. Não se trata de estabelecer relações de causa e efeito, mas, sim, de correlacionar o complexo de elementos presentes na situação clínica examinada e na vida familiar, sendo possível detectar a existência ou a falta de uma rede de apoio, de diferentes tipos, que deve ser considerada na elaboração do plano de cuidados²⁶.

FIGURA 5. EXEMPLO DE GENOGRAMA



Fonte: Ministério da Saúde, 2013¹

Há situações em que o genograma é bastante indicado: sintomas inespecíficos; utilização excessiva dos serviços de saúde; doença crônica; isolamento; problemas emocionais graves; situações de risco familiar; mudanças de ciclo de vida; resistência ao tratamento ou dificuldades de aceitar o diagnóstico; e alterações nos papéis familiares por eventos agudos. Ter em mente essas indicações pode auxiliar na priorização das famílias quanto a elaborar o genograma, quando se está atendendo na ESF.

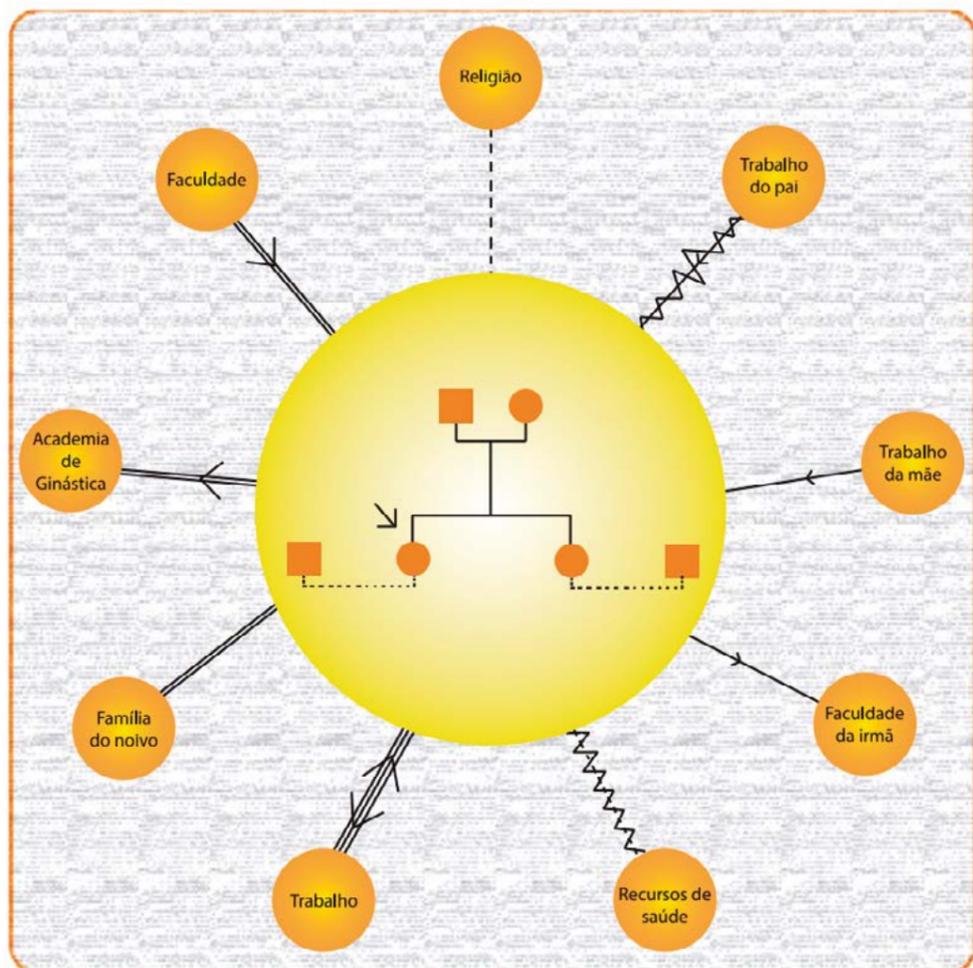
ECOMAPA

Para a abordagem familiar na APS, visando à integralidade e à continuidade da atenção, a compreensão da dinâmica intrafamiliar não é suficiente, pois a família se relaciona com o meio em que está inserida e com os atores sociais desse contexto, como outras famílias, pessoas ou instituições. Essas relações são fundamentais para a construção e a manutenção do equilíbrio biológico, psíquico, espiritual e social da unidade familiar e dos membros. Para visualizar as relações da unidade familiar com os recursos da comunidade e os atores sociais, usa-se o ecomapa¹.

Ao complementar o retrato da dinâmica familiar traçado pelo genograma com o ecomapa, é possível representar graficamente os contatos dos membros da família com outros sistemas sociais, por exemplo, as relações entre a família e a comunidade. Isso possibilita identificar e avaliar apoios, suportes disponíveis e como se dá a utilização dessas ferramentas pela família. Uma família que mantém poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita de maior investimento da equipe de ESF¹.

Os símbolos do ecomapa são, em geral, os mesmos do genograma, mas, no ecomapa, a família é apresentada ao centro, dentro de um círculo, e os contatos da família com a comunidade ou com pessoas e grupos são representados em círculos externos. A idade dos membros da família pode ser registrada no centro dos círculos. Em semicírculos externos, representam-se os contatos da família com membros da comunidade ou com pessoas e grupos; as linhas, como no genograma, indicam o tipo de conexão entre a família e o mundo externo, mostrando as redes tecidas. Assim, as linhas contínuas representam ligações fortes; as pontilhadas indicam ligações frágeis; as tênues e cortadas são as relações estressantes, e o emprego de setas mostra os fluxos de energia. No mundo externo, incluem-se os seguintes casos: os serviços da comunidade, como creche, escolas, UBS; grupos sociais, como igrejas, associações; as relações significativas, como amigos, vizinhos, família; trabalho; e lazer^{27,1}. A figura 6 mostra um exemplo de ecomapa.

FIGURA 6. ESTRUTURA DE UM ECOMAPA



Fonte: Ministério da Saúde 2013¹.

A rede de apoio para o cuidado pode ser formada por relacionamentos mais próximos, ou seja, pelos contatos mais frequentes com a pessoa adoecida. Essas relações mais sólidas e próximas costumam ser mais perenes no tempo e no espaço, formando o que se chama de núcleos de permanência. Mas há, também, na rede de apoio para o cuidado, recursos menores e pessoas que têm participação pontual, cujo relacionamento é de baixa intensidade afetiva. Esta faceta da rede de apoio social é mutável, passa por modificações ao longo do tempo e de acordo com o espaço, sendo mais uma dinâmica específica²⁷.

Para Mendes⁴, as redes sociais são grupos de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e instituições capazes de auxiliar ou apoiar de maneira duradoura, ou não, as pessoas e as famílias em várias dimensões, como a social, a cultural, a econômica, a religiosa, a educacional e a de saúde. É importante a identificação dos relacionamentos externos da família, pois pode auxiliar a superar as fragilidades do relacionamento familiar interno nos momentos de crise.

O ecomapa, também denominado mapa de rede, assim como o genograma, objetiva a representação gráfica, com impacto visual, dos relacionamentos dos membros da família, entre si e com os sistemas mais amplos²⁸. Apesar das grandes potencialidades para conseguir a integralidade da atenção na ESF, tomando a família como unidade assistencial, como qualquer representação gráfica, tanto o ecomapa quanto o genograma têm limitações na visibilidade que permitem das modificações e nas relações pelas quais passam as famílias ao longo do ciclo vital e dos adoecimentos, pois, tal como são utilizados comumente, são um desenho em formato plano. Apesar do impacto visual proporcionado e da praticidade para enxergar a família como um sistema em relação, o ecomapa retrata o “instantâneo do momento familiar”²⁷. Por isso, as equipes

de saúde devem refazer o genograma e o ecomapa das famílias com certa frequência, sobretudo quando há mudanças significativas, por exemplo, novo evento do ciclo vital, novos adoecimentos, chegada ou partida de membros familiares, novos recursos incorporados à comunidade ou à dinâmica familiar, perdas e lutos.

CICLO DE VIDA FAMILIAR

O ciclo de vida da família divide a história familiar em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um deles. A compreensão dos ciclos e dos modos como os estágios interferem na saúde permite prever quando e como determinadas condições de saúde podem emergir, além de identificar, para cada estágio, as tarefas a serem cumpridas pelos membros da família e os tópicos de promoção da saúde familiar que podem ser implementados⁴.

O ciclo de vida de cada um dos membros da família provoca mudanças que se expressam no contexto familiar, que requerem a adaptação e a reorganização da família para acolher as novas demandas do estágio de vida. São afetados tanto o funcionamento do sistema familiar quanto o de seus membros, ou seja, o ciclo vital não só modifica o indivíduo, mas também traz alterações no sistema familiar que este integra, o que exige flexibilidade e ajustamentos por parte da família, por meio de negociações e do realinhamento das relações, para que ela possa garantir sua continuidade, sua funcionalidade e, ao mesmo tempo, permitir o pleno ciclo de crescimento de seus membros em cada um dos estágios de transição, nos quais há processos emocionais envolvidos com tarefas e arranjos distintos, podendo gerar ansiedades e conflitos por afetar a estrutura e a homeostase do sistema familiar²⁸.

Quando a família consegue fazer a transição,

o estresse que acompanha as mudanças dos estágios é superado, mas pode haver dificuldades por parte da família na hora de realizar a transição; em geral, isso se dá pela incapacidade de efetuar mudanças. Nessas situações, o estresse se agrava, podendo chegar a ponto de a família não se estabilizar novamente; é quando se instala uma crise. Na atenção à saúde das famílias, a abordagem do ciclo vital permite contextualizar algumas tensões vividas pelas famílias a fim de reforçar as resiliências visando superá-las²⁹.

O Quadro 2 mostra os estágios do ciclo de vida das famílias, as tarefas esperadas e os tópicos de prevenção.

QUADRO 2. CICLO DE VIDA DAS FAMÍLIAS

Fase do ciclo	Características	Tarefas	Tópicos de prevenção
Adulto jovem independente	Autonomia e responsabilização emocional e financeira. Investimento profissional. Síndrome dos filhos-cangurus (permanência na casa dos pais, mesmo com a vida profissional em curso).	Diferenciação do eu em relação à família. Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais. Estabelecimento do eu com relação ao trabalho, com independência financeira.	
Casamento	O casal inicia a vida a dois. Comprometimento com um novo sistema familiar. Renegociação das relações com os pais e amigos novos e antigos.	Construção de regras próprias de funcionamento. Formação do sistema conjugal e realinhamento dos outros relacionamentos. Maior autonomia em relação à família de origem e quanto à tomada de decisão sobre filhos, educação e gravidez.	Discutir a importância da comunicação. Fornecer informações sobre planejamento familiar.
Nascimento do primeiro filho	Gravidez: profundas transformações e novos acordos. Nascimento: função materna. A mãe sente-se sobrecarregada, e o pai pode afastar-se mais.	Abertura da família para a inclusão de um novo membro. Divisão dos papéis dos pais, novo papel materno. Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir os papéis dos pais e dos avós.	Envolver o pai na gestação e no parto. Encorajar um tempo para o casal. Discutir o sentimento de afastamento dos pais depois do surgimento dos filhos.
Famílias com filhos pequenos	Preparar o sistema para a aceitação de novos membros. Antecipação de possíveis dificuldades entre os irmãos. Novos contatos externos, cada vez mais íntimos com a sociedade. Crescente autonomia dos filhos.	Novos ajustes das relações e do espaço. Redivisão das tarefas de educação dos filhos, além das tarefas financeiras e domésticas. Estabelecer uma vida satisfatória para todos os membros da família.	Discutir o desenvolvimento infantil, papel dos pais e relacionamento pais e filhos. Discutir rivalidade entre irmãos. Estimular um tempo para o casal.

Fase do ciclo	Características	Tarefas	Tópicos de prevenção
Famílias com adolescentes	Filhos adolescentes/ pais de meia-idade/ avós na velhice. Toda a família vive uma crise: mãe sobrecarregada/pai autorizador. Papel dos avós. Limites mais permeáveis ao exterior. Permissão para que o adolescente exerça autonomia dentro e fora do contexto familiar.	Adolescente: encontrar a própria identidade. Pais: equilibrar a liberdade e considerar a individualidade do adolescente. Família: independência dos filhos e fragilidade dos avós: mudança do cuidado para a geração mais velha. Preparação dos pais para a autonomia dos filhos.	Estabelecer relações com o adolescente que refitam aumento da autonomia. Fornecer informações aos pais sobre o desenvolvimento dos adolescentes. Conversar com os adolescentes sobre sexo e drogas. Discutir o estabelecimento de relações ao longo da vida.
Casais de meia-idade	Os filhos começam a sair de casa e deixam os pais novamente sozinhos.	Aceitar as múltiplas entradas e saídas de membros no sistema familiar. Renegociar o sistema conjugal como um casal (fim do papel de pais). Incluir genros, noras e netos. Planejamento financeiro para aposentadoria.	Encorajar o casal a fazer planos de aposentadoria. Tolerância para com a partida dos filhos. Experimentar o papel de avós. Discutir sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento.
Aposentadoria	Novas relações com os filhos. Tornam-se avós. Realinhamento do convívio mais intenso pelo maior tempo disponível.	Ajuste ao fim do salário regular, com redução de renda mensal. Aumento dos gastos com medicações, além da necessidade de prover conforto, saúde e bem-estar.	Cuidar da saúde mental. Discutir tópicos de saúde e planejamento de longo prazo. Encorajar interesses individuais e compartilhados.
A velhice	Aceitação da mudança dos papéis de cada geração. Papel mais central nas gerações do meio. Abrir espaço no sistema para a sabedoria e a experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha.	Declínio fisiológico, lidar com a perda de habilidade, maior dependência dos outros. Lidar com a perda do amigo, companheiro, familiar e com a proximidade da morte.	Preparar-se para lidar com a perda. Cuidar da saúde mental. Discutir tópicos de saúde e planejamento de longo prazo. Encorajar interesses individuais e compartilhados.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013¹; Mendes, 2012⁴.

A abordagem do ciclo vital da família ajuda a organizar teoricamente as tarefas a serem cumpridas nas diversas fases do desenvolvimento familiar, mas há de se considerar as diferenças culturais. Na realidade, não há um percurso único ou linear a ser seguido pelas famílias²⁹.

O F.I.R.O.®, acrônimo de *fundamental interpersonal relations orientation*, significa em português: “orientações fundamentais nas relações interpessoais”. Constitui uma teoria de relações interpessoais desenvolvida por Schutz, em 1958, que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo se sentem em relação à necessidade de inclusão, o controle e a intimidade, ou para dar *feedbacks* às pessoas nos grupos⁴. Considera-se uma abordagem ancorada na teoria de necessidades¹.

A necessidade de inclusão manifesta-se nos esforços de uma pessoa para atrair atenção, interesse e criar uma identidade própria, singular. Trata-se de uma necessidade de interação, que demanda ser aceito, convidado e almeja busca de aceitação e interesse. A necessidade de controle inclui um balanceamento entre controlar e ser controlado em relação aos outros, assim como a habilidade para respeitar e ser respeitado. É uma expressão de poder que expressa a demanda por ser guiado e a oferta de liderança. A necessidade de intimidade é a que estabelece e mantém relações afetivas e amorosas com outras pessoas, está ligada à busca de intimidade, amor, afeto, ou seja, de ser querido, de ter ligação e aproximação^{4,1}.

Os comportamentos de cada membro da família ligados à saúde, por exemplo, fazer uso de tabaco ou comer demasiadamente a ponto de estar na linha da obesidade, podem significar meios de inclusão ou de exclusão, dependendo do grupo familiar e da sociedade ao redor. São características que formam um terreno para ven-

cer certas batalhas, por meio do controle, e que podem abrir ou fechar as portas para a intimidade. Na vigência de uma doença séria, a esfera da inclusão é a mais afetada e nela se notam as primeiras mudanças, pois o membro doente pode perder papéis, como deixar de ser o provedor, em virtude de um afastamento/demissão do emprego, ou não mais exercer a função de cuidar de casa ou de alguém. Com a mudança dos papéis, o membro que está gravemente enfermo vai sentindo a falta de controle, podendo se ver como irresponsável ou incompetente, com reflexos na intimidade que podem acarretar uma diminuição nas trocas afetivas entre quem está doente e o restante da família³⁰.

O F.I.R.O.® é uma abordagem mais indicada em determinadas situações: quando é possível estudar a família quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto; quando a família sofre mudanças importantes, ritos de passagem como os descritos no ciclo vital familiar, sendo necessário criar outros padrões de inclusão, controle e intimidade; a inclusão, o controle e a intimidade constituírem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família; nas situações de doenças agudas, hospitalizações ou acompanhamento das doenças crônicas, quando a família precisa negociar alterações de papéis³⁰.

O genograma e o ecomapa podem servir de recursos gráficos para a representação das relações identificadas pela visão do F.I.R.O.®.

P.R.A.C.T.I.C.E.

O P.R.A.C.T.I.C.E., acrônimo de *problem* (problema apresentado), *roles and structures* (papéis e estrutura), *affect* (afeto), *communication* (comunicação), *time in life cycle* (fase do ciclo de vida), *illness in family* (doença na família), *coping with*

stress (enfrentamento do estresse), *environment or ecology* (meio ambiente, rede de apoio), opera por meio de entrevistas familiares para elaborar uma avaliação das famílias com base na observação de quais intervenções são mais adequadas a um caso específico⁴. Muitas vezes, a intervenção já ocorre na própria avaliação, pois, durante o processo, propicia-se que a família reflita sobre seu funcionamento, o que pode provocar mudanças na dinâmica familiar¹.

Essa ferramenta de avaliação de famílias foi proposta por Dorothy Barrier, Maria Bybel, Janet Christie-Seely e Yvonne Whitaker, em 1984, no livro *Working with family in primary care: a systems approach to health and illness*. Janet Christie-Seely, organizadora do livro, é Médica da Família, professora associada do Departamento de Medicina da Família, vinculado ao Kellogg Center para Estudos Avançados em Atenção Primária, da Universidade McGill, em Montreal (Canadá). As demais profissionais são, respectivamente, diretora do Serviço de Aconselhamento de Casal de Montreal e Serviço Social na unidade de Medicina da Família no Hospital Queen Elizabeth, também em Montreal; e Professora Sênior em Enfermagem de Saúde Comunitária, no Instituto Lincoln de Ciências da Saúde, em Melbourne (Austrália). O intuito das propositoras foi propiciar uma avaliação da função da família como uma unidade.

Segundo as autoras³¹, as variáveis que deram origem ao acrônimo foram escolhidas por causa de uma pesquisa feita sobre saúde familiar e pela literatura acerca do tema terapia familiar baseada na *teoria de sistemas*. O acrônimo foi construído para ajudar os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, a lembrarem dos vários aspectos da função familiar, servindo de lembrete que, quanto mais repetido, maiores são as chances de desenvolver e aperfeiçoar a avaliação de famílias.

O procedimento para a utilização dessa ferramenta consiste em anotar, de forma sequencial, cada um de seus oito momentos³⁰:

- 1) **P:** *problem*: relato sucinto da situação atual da família, com o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade; os sintomas físicos; os problemas gerados na família e os medos.
- 2) **R:** *Roles and structures*: análise dos papéis dos membros da família e de como o problema afetou ou pode afetar a estrutura familiar.
- 3) **A:** *Affect*: identificação dos afetos presentes e esperados, desencadeados pelo problema de saúde na família.
- 4) **C:** *Communication*: identificação dos padrões de comunicação da família e como esses se comportam em relação ao problema atual. É importante estar atento às formas de comunicação, verbal e não verbal, não sendo aconselhável que um membro da família fale pelo outro.
- 5) **T:** *Time in life*: correlação do problema atual com as tarefas esperadas para o ciclo de vida em que a família se encontra, identificando as dificuldades dos membros para desempenhá-las.
- 6) **I:** *Illness in family*: identificação das experiências prévias com outras enfermidades ou com enfermidade semelhante à atual.
- 7) **C:** *Coping with stress*: análise de crises familiares anteriores a fim de verificar os recursos internos utilizados, a flexibilidade e a coesão familiar. Os profissionais de saúde devem identificar as forças familiares, as alternativas de enfrentamento do problema atual, intervindo se a crise estiver fora de controle.
- 8) **E:** *Environment or ecology*: identificação da rede social de apoio da família.

* O F.I.R.O.® é uma marca registrada da The Meyers-Briggs Company, após a venda da F.I.R.O.-B original por seu autor para a CPP, Inc., que integra esta companhia de consultoria e assessoria em Psicologia organizacional dos EUA. Para que a escala seja usada, é necessária a aquisição do instrumento junto à empresa proprietária da trademark F.I.R.O.®, que a comercializa em diversos idiomas. Porém, o instrumento ainda não foi traduzido para o português. A escala F.I.R.O.-B para famílias fica sujeita aos mesmos direitos de propriedade intelectual também não foi traduzida para o português.

As propositoras³¹ do P.R.A.C.T.I.C.E. dizem que o profissional pode ou não querer tomar notas durante a reunião familiar, mas cada item do formulário deve conter uma impressão de uma ou duas frases de cada aspecto da família. Por exemplo, no aspecto Afeto (“A”: *affect*) o profissional pode escrever: “família muito depressiva, não responde às brincadeiras”, ou no elemento Papéis e estruturas (“R”: *roles*) o profissional pode escrever “pai muito rígido, aparentemente toma as decisões. Mãe leniente, entrevista caótica”. Deve ser incluída uma lista de membros da família presentes e ausentes no momento da entrevista. Na terapia de família, o membro ausente, muitas vezes, é resistente a uma abordagem familiar e pode prejudicar o processo se for permitida sua ausência.

Para as propositoras³¹ do P.R.A.C.T.I.C.E., uma intervenção familiar sem avaliação é como um tratamento sem diagnóstico, pois, para identificar determinado problema, a avaliação de um ou mais itens do instrumento é fundamental para uma intervenção bem-sucedida, embora nem todos os aspectos necessitem de avaliação. Por exemplo, para uma melhora na dieta de uma família com um dos membros com diabetes, a avaliação dos itens Papéis e estrutura (“R”: *role*) e a experiência prévia com a doença e o conceito de saúde e doença para a família em Enfermidades anteriores e atuais (“I”: *illness*) vão revelar quem compra e cozinha, quem tem o poder de influência no sistema familiar (positiva ou negativamente) e se a família acredita que a dieta pode alterar o curso da doença. Os demais itens do instrumento, nesse caso, não têm tanta relevância.

Essa abordagem funciona como uma diretriz para a avaliação do funcionamento das famílias, mas focando no problema atual, o que permite a aproximação esquematizada da dinâmica familiar¹.

O genograma e o ecomapa podem ser utilizados para representar o que foi identificado na entrevista do P.R.A.C.T.I.C.E.

APGAR

O Apgar familiar, como descrito por Mendes⁴, é um questionário administrado pelos próprios membros da família, individualmente, e contém cinco questões fechadas que possibilitam a expressão da satisfação de cada um a respeito do ambiente e da dinâmica familiar. Assim, como explica o autor, essa forma de abordagem permite observar a percepção de cada membro da família sobre o estado funcional da unidade familiar. Entretanto, adverte o autor, a ferramenta não permite visualizar a funcionalidade familiar, ou seja, expressa só o grau de satisfação de cada um dos entrevistados em relação ao funcionamento familiar. Para estimar o estado funcional da família, comparam-se os diferentes índices pontuados por todos os membros entrevistados.

A pontuação de cada pergunta do questionário varia de 0 a 2, em uma escala de Likert, resultando em uma pontuação total entre 0 e 10. O valor obtido na pontuação final possibilita definir as categorias de funcionalidade familiar. O Quadro 3 apresenta o questionário Apgar.

QUADRO 3. QUESTIONÁRIO APGAR FAMILIAR

Questão	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Estou satisfeito pois posso recorrer a minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.					
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.					
Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar outros caminhos ou direções.					
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage as minhas emoções, tais como raiva, magoa, ou amor.					
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.					

Fonte: Duarte, 2001³².

A pontuação de 7 a 10 indica uma boa funcionalidade familiar; de 5 a 6 significa moderada disfunção familiar, e o escore de 0 a 4 mostra uma elevada disfunção familiar³³.

O propositor do questionário, Gabriel Smilkstein, professor do Departamento de Medicina Familiar da Escola de Medicina da Universidade de Washington, em Seattle (Estados Unidos), relatou ter usado como base o questionário Family Function Index (FFI) – desenvolvido em 1973 por Pless and Satterwhite –, que continha 15 questões e precisava ser aplicado em 15 minutos, com o objetivo de refletir a dinâmica da interação familiar. O FFI estimava a função familiar pela avaliação de áreas pertinentes à interação da família nuclear: satisfação no casamento; frequência de desavenças; comunicação; resolução de problemas; sentimentos de felicidade e proximidade. O Apgar familiar é proposto como um instrumento mais abrangente porque abarca famílias nucleares e arranjos familiares alternativos³³.

Para a família ser considerada saudável, o propositor ressalta que a maturidade da unidade é demonstrada pelos seguintes componentes a serem avaliados, por meio das questões fechadas do teste³³ (Quadro 3):

- » **Adaptation (adaptação):** é a utilização de recursos intra e extra familiares para a resolução de problemas quando o equilíbrio familiar sofre estresse durante as crises. Os recursos familiares mais importantes são: o social, o cultural, o religioso, o econômico, o educacional e o de cuidados médicos. Há condições a serem examinadas em cada um para que os recursos sejam vistos como efetivos. Na interação social, além de como fica esse recurso no interior da própria família, é salutar que seus membros mantenham linhas de comunicação bem balanceadas e em diferentes áreas de interação social extrafamiliar, como amigos, grupos para a prática de esportes, clubes e outras organizações comunitárias. As famílias isoladas socialmente podem não saber a quem recorrer em caso de necessidade. Entretanto, o excesso de envolvimento social, com sobrecarga de atividades fora de casa, pode levar à dissociação dos membros familiares. A questão do “orgulho cultural” é importante ao atender grupos étnicos específicos, sobretudo os que foram alvo de estigmas e

segregação social ou são imigrantes refugiados. A religião é um eficiente recurso, pois oferece uma experiência espiritual satisfatória e também o contato com um grupo de apoio extrafamiliar, porém, se os dogmas ou ritos da religião forem muito rígidos, poderão limitar a capacidade da família para resolver problemas e crises, em especial quando se envolvem questões éticas, como nos casos de aborto, transfusão sanguínea, uso de métodos contraceptivos. Vale salientar que o excesso de atividades em uma organização religiosa por um dos membros da família muitas vezes limita o valor dessa pessoa como um esteio para os demais. A estabilidade econômica é quando se tem o suficiente para proporcionar tanto uma satisfação razoável, de acordo com o *status* de vida de cada um, quanto possibilitar uma habilidade para obter os recursos necessários para o dia a dia. Ao fazerem suas prescrições terapêuticas, os profissionais de saúde devem estar atentos às condições econômicas das famílias. As prescrições economicamente inviáveis são inúteis. A educação é vista, em certa medida, conforme a literacia (o letramento) da família, ou seja, quanto os recursos educacionais são adequados para que os membros familiares solucionem ou compreendam a maioria dos problemas que resultam do estilo de vida da família. As deficiências na literacia, muitas vezes, comprometem a adesão aos tratamentos e a compreensão da real situação de saúde dos membros da família. A assistência à saúde engloba a acessibilidade e as experiências relacionadas a cuidados médicos anteriores.

- » **Partnership (parceria):** é o compartilhamento das tomadas de decisão e do fortalecimento das responsabilidades pelos membros da família.
- » **Growth (crescimento/amadurecimento):** crescimento físico, a maturidade emocional e a realização pessoal alcançadas pelos membros da família por meio do suporte e da orientação mútuos.
- » **Affection (afeição):** relação de cuidado e/ou amorosa existente entre os membros da família.
- » **Resolve (resolução):** é o compromisso de dedicar algum tempo para os outros membros da família visando ao fortalecimento e ao amadurecimento físico e emocional, o que envolve também a decisão de compartilhar espaço e (*wealth*) riqueza.

O proposit³³ do Apgar aponta uns momentos especialmente indicados para a aplicação desse instrumento na prática clínica, por exemplo: quando a família está envolvida no cuidado à saúde de um membro, já que a doença se transforma em um estressor familiar; ao iniciar o acompanhamento de um novo paciente, no caso de nascimento de uma criança; e quando a informação da função familiar for essencial para o envolvimento da família no manejo dos problemas e cuidados familiares. Recomenda-se que, após aplicar o Apgar na primeira consulta, desde que não haja nenhuma crise familiar, se repita o teste depois de cinco anos para avaliar eventuais mudanças na função familiar.

As questões fechadas do Apgar não devem ser encaradas como um empecilho ao diálogo, pois a resposta dada pelo paciente, ou por qualquer outro membro familiar entrevistado, pode fornecer elementos para que se inicie uma conversa. Por exemplo, se o paciente perfizer um escore igual a zero na questão “estou satisfeito com a quantidade de tempo que minha família e eu passamos juntos”, o profissional de saúde pode recorrer a uma questão aberta, estimulando uma conversa: “vejo que você tem um problema quanto ao tempo que você e sua família passam juntos. Fale-me sobre isso”. Nesse sentido, o questionário fechado serve para poupar tempo e ajudar a equipe de ESF a focar nos pontos críticos de uma família com problemas³³.

É difícil, na prática diária da ESF, as famílias poderem ser entrevistadas como uma unidade, ou seja, no mesmo atendimento, para a aplicação do Apgar. A base de dados familiares deve ser obtida

com o máximo de membros possível, e é um registro cumulativo, que necessita ser modificado à medida que os testes forem aplicados, a fim de contribuir para a melhor compreensão da crise, das funções e dos recursos da família. O trabalho com a família com problemas requer identificar e avaliar a crise familiar presente e do passado, determinar o nível da função familiar por meio do Apgar, assim como averiguar os recursos familiares. O Apgar familiar serve de teste, tipo *screening*, para a avaliação da função familiar; entretanto, como em qualquer investigação diagnóstica, os resultados do teste devem ser postos em perspectiva pelos profissionais³³.

O questionário Apgar foi traduzido e adaptado de forma transcultural no Brasil, em 2001, pela pesquisadora Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, em sua tese de doutorado intitulada *Família: recurso terapêutico ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares*³².

CONCLUSÃO

O cuidado na saúde da família objetiva a promoção do bem-estar por meio de mudanças que ajudem a família a criar outras formas, ou potencializar o que já existe de positivo, de interação para lidar com uma doença. A meta da enfermagem de família é focar no cuidado, nas intervenções e nos recursos a fim de otimizar a capacidade da família para o autocuidado e de alcançar os melhores resultados possíveis. Isso porque a enfermagem de família entende que o processo saúde-doença é um evento familiar, e as práticas de cuidado, as decisões e as mudanças de comportamento ocorrem no contexto da família¹³.

A enfermagem familiar tem como pressuposto o cuidado sob a ótica do contexto cultural, das diversidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais que envolvem a família em análise. Para

Hanson⁵, a relação enfermeiro-cliente exige que os profissionais se afastem da própria visão de mundo e experiências para conseguir ver a situação pela perspectiva da família. Conhecer as perspectivas teóricas sobre como as famílias são criadas, mantidas, alteradas e como elas funcionam pode ajudar os enfermeiros a compreender a visão de mundo das famílias atendidas. As ferramentas de abordagem mostram-se como instrumentos que podem melhorar a eficácia e a eficiência quanto à atenção à unidade familiar.

Como as famílias não funcionam de modo igualitário, não há uma teoria única – ou estrutura conceitual – na ciência social da família, na terapia familiar ou nas teorias de enfermagem capaz e suficiente para descrever totalmente a dinâmica da vida familiar. Assim, é preciso integrar teorias e formas de abordagem a fim de ampliar a visão das equipes de ESF quanto às famílias adscritas, com seus peculiares funcionamentos, relacionamentos e dinâmicas no enfrentamento do processo saúde-doença-cuidado.

A articulação de estratégias e de instrumentos é necessária para viabilizar um caminho para uma assistência de enfermagem diferenciada, científica, comprometida com os objetivos da ESF³⁴.

REFERÊNCIAS

9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. CADERNO DE ATENÇÃO DOMICILIAR. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. E-SUS ATENÇÃO BÁSICA: MANUAL DO SISTEMA COM COLETAS DE DADOS SIMPLIFICADAS (CDS), VERSÃO 1.3. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). ESTATÍSTICAS DE GÊNEROS. 2010. [CITADO EM 26 JUN. 2018]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.IBGE.GOV.BR/APPS/SNIG/V1/NOTAS_METODOLOGICAS.HTML](https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html).
12. MENDES EV. O CUIDADO NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. BRASÍLIA: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012.
13. HANSON SMH. ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA: TEORIA, PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO. LOURES/PORTUGAL: LUSOCIÊNCIA, 2005.
14. OSÓRIO LC. CASAS E FAMÍLIAS: UMA VISÃO CONTEMPORÂNEA. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2002.
15. CHAPADEIRO CA, ANDRADE HYSO, ARAÚJO MRN. A FAMÍLIA COMO FOCO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. BELO HORIZONTE: NESCON/UFMG, 2011.
16. ALVES JED, CAVENAGHI SM, BARROS LFW. A FAMÍLIA DINC NO BRASIL: ALGUMAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. RIO DE JANEIRO: IBGE, 2010.
17. PIZZI MLG. CONCEITUAÇÃO DE FAMÍLIAS E SEUS DIFERENTES ARRANJOS. ENSINO DE SOC EM DEBATE. 2012;JAN-JUN(1).
18. COSTA LF. NOTAS SOBRE FORMAS CONTEMPORÂNEAS DE VIDA FAMILIAR E SEUS IMPACTOS NA EDUCAÇÃO DOS FILHOS. IN: NASCIMENTO AD, HETKOWSKI TM. [ORG]. EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE: PESQUISAS CIENTÍFICAS E TECNOLÓGICAS. SALVADOR: UFBA, 2009.
19. CECAGNO S, SOUZA MD, JARDIM VMR. COMPREENDENDO O CONTEXTO FAMILIAR NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. ACTA SCIENTIARUM. 2004;26(1):107-112.
20. PRATA EMM, SANTOS MA. FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DE SEUS MEMBROS. PSICOLOGIA EM ESTUDO. 2007;MAIO-AGO;12(2):247-256.3.
21. KAAKINEN JR, WEBB JF. WORKING WITH FAMILIES IN THE COMMUNITY FOR HEALTHY OUTCOMES. IN: STANHOPE M, LANCASTER J. PUBLIC HEALTH NURSING: POPULATION-CENTERED HEALTH CARE IN THE COMMUNITY. 9TH ED. SAINT LOUIS, MISSOURI: ELSEVIER; 2015. P.594-620.
22. SAMARA EM. O QUE MUDOU NA FAMÍLIA BRASILEIRA? (DA COLÔNIA À ATUALIDADE). PSICOL. USP. 2002;13(2):27-48.
23. TERUYA MT. A FAMÍLIA NA HISTORIOGRAFIA BRASILEIRA: BASES E PERSPECTIVAS TEÓRICAS. ANAIS DO XII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 2002.
24. TRAD LAB. A FAMÍLIA E SUAS MUTAÇÕES: SUBSÍDIOS AO CAMPO DA SAÚDE. IN: TRAD LAB. (ORG). FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA E SAÚDE: SIGNIFICADOS, PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS. RIO DE JANEIRO: EDITORA DA FIOCRUZ, 2010. P.27-50.
25. DALCUCHE MG, MENDES EV. A INTEGRAÇÃO EM REDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (APS) COM A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO ESTADO DO PARANÁ. REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ. 2017; 18(1):31-4.
26. STARFIELD B. ATENÇÃO PRIMÁRIA: EQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIA. BRASÍLIA: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.
27. PRATES ML, MACHADO JC, SILVA LS, AVELAR PS, PRATES LL, MENDONÇA ET, COSTA GD, COTTA RMM. DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO INSTRUMENTO PCATool: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. CIENC. SAÚDE COLETIVA. 2017; 22(6):1881-1893.
28. FAQUINELLO P, MARCON SS, WAIDMANN MAP. A REDE SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE APOIO À SAÚDE DO HIPERTENSO. REV. BRAS. ENFERM. 2011;OUT;64(5):849-856.
29. SILVA MCLRS, SILVA L, BOUSSO RS. A ABORDAGEM À FAMÍLIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. REV ESC ENFERM USP. 2011;45(5):1250-5.
30. SARTI C. O LUGAR DA FAMÍLIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. IN: TRAD LAB. (ORG). FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA E SAÚDE: SIGNIFICADOS, PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS. RIO DE JANEIRO: EDITORA DA FIOCRUZ; 2010, P.91-132.
31. WRIGHT LM; LEAHEY M. ENFERMEIRAS E FAMÍLIAS: GUIA PARA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA. 5ª ED. SÃO PAULO: ROCA, 2012.
32. MARTINS EMA, RABINOVICH EP, SILVA CN. FAMÍLIA E O PROCESSO DE DIFERENCIAÇÃO NA PERSPECTIVA DE MURRAY BOWEN: UM ESTUDO DE CASO. PSICOL. USP [ONLINE]. 2008, VOL.19, N.2 [CITADO 10 ABR. 2019], P.181-197. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0103-65642008000200005&LNG=PT&NRM=ISO](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000200005&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0103-6564.
33. MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. MANUAL DO PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. BELO HORIZONTE: SES/MG, 2007.
34. MUNIZ JR, EISENSTEIN E. GENOGRAMA: INFORMAÇÕES SOBRE FAMÍLIA NA (IN)FORMAÇÃO MÉDICA. REV BRAS EDUC MED; 2009;33(1):72-9.
35. MUSQUIM CA, ARAÚJO LFS, BELLATO R, DOLINA JV. GENOGRAMA E ECOMAPA: DESENHANDO ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE FAMÍLIA EM CONDIÇÃO CRÔNICA. REV. ELETR. ENF. [INTERNET]. 2013 JUL/SET;15(3):656-66. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.5216/REE.V15I3.17730](http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17730).
36. SOARES B, COLOSSI PM. TRANSIÇÕES NO CICLO DE VIDA FAMILIAR: A PERSPECTIVA PATERNA FRENTE AO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE. BARBARÓI. 2016;48:JUL/DEZ: 253-76.
37. MARTINS ARR. REVISÃO SISTEMÁTICA DO CICLO VITAL DA FAMÍLIA. [DISSERTAÇÃO]. COIMBRA: INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA, 2018.
38. DITTERICH RG, GABARDO MCL, MOYSÉS SJ. AS FERRAMENTAS DE TRABALHO COM FAMÍLIAS UTILIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CURITIBA, PR. SAÚDE SOC. SÃO PAULO. 2009;18(3):515-24.
39. BARRIE D, BYBEL M, CHRISTIE-SEELY J, WHITTAKER Y. PRACTICE – A FAMILY ASSESSMENT TOOL FOR FAMILY MEDICINE. IN: CHRISTIE-SEELY J (ORG.) WORKING WITH THE FAMILY IN PRIMARY CARE A SYSTEMS APPROACH TO HEALTH AND ILLNESS. NEW YORK/USA: PRAEGER, 1984.
40. DUARTE YAO. FAMÍLIA: REDE DE SUPORTE OU FATOR ESTRESSOR. A ÓTICA DE IDOSOS E CUIDADORES FAMILIARES. [TESE]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2001.
41. SMILKSTEIN G. THE FAMILY APGAR: A PROPOSAL FOR A FAMILY FUNCTION TEST AND ITS USE BY PHYSICIANS. J FAM PRACT; 1978;6(6):1231-39.
42. VARELA GC, FERNANDES SCA, QUEIROZ JC, VIEIRA AN, AZEVEDO VRC. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E POSSIBILIDADES. REV. RENE. 2012;13(4):816-24.



CAPÍTULO 9

INSTRUMENTO PARA ABORDAGEM FAMILIAR NA ESF: POTENCIALIDADES PARA A SAE

PALAVRAS-CHAVE: PALAVRAS
CHAVE: SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM,
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE;
ABORDAGEM FAMILIAR

LISLAINE APARECIDA FRACOLLI

ENFERMEIRA. PROFESSORA TITULAR, DOCENTE PERMANENTE E COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS

ENFERMEIRA. MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS). COORDENADORA DO NÚCLEO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITTA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO (SP)

SAYURI TANAKA MAEDA

ENFERMEIRA. PROFESSORA LIVRE-DOCENTE, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde, DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

NATÁLIA RODRIGUES MOSCA

ENFERMEIRA, MESTRANDA DO PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS). CONSULTORA EM AMAMENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

A FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A família tem um papel fundamental no que diz respeito à continuidade dos cuidados prestados às pessoas em diversos ambientes de instituições de saúde. Ela é responsável por parte da recuperação e do restabelecimento das condições de saúde de seus entes. Entende-se, portanto, que a família é um espaço social de proteção, responsável por formar, integrar e socializar o indivíduo¹.

Entrevistas realizadas durante uma pesquisa com famílias e profissionais de saúde evidenciaram a importância do envolvimento delas com as equipes de saúde. Essa importância se mostrou convergente às expectativas das equipes quanto à construção do protagonismo de ambas as partes para o cuidado².

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 (e fora delas), pois constitui momentos de compartilhamento, de aprendizagem e de corresponsabilidade de ambas as partes, além de integrar atualmente a dimensão de direito das famílias no processo de acompanhamento².

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), essa corresponsabilidade das famílias constitui-se uma das premissas para desenvolver o cuidado longitudinal no modelo de saúde da família.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a “Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos

do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, busca desenvolver atividades baseadas em necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade, elegendo prioridades a fim de manter coerência na programação de recursos e objetivos a serem alcançados”.

São atribuições comuns a todos os profissionais da ESF segundo a PNAB:

Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade [...]³.

A centralidade no cuidado às famílias é um atributo da atenção primária, orientada pelos princípios de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação e de permanente enfoque comunitário. Reconhece-se assim que a família é o principal objeto de atenção dos profissionais, assumindo a necessidade de processo de aproximação gradual das suas dimensões histórico-sociais, culturais, econômicos, funcionais e organizacionais⁴.

Mendes (2012) advoga que a atenção centrada na família favorece a atenção ao indivíduo, e que a família como um sistema promove, consequentemente, uma perspectiva de clínica ampliada em três dimensões: a família como marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde; a família como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para manter-se são ou para recuperar sua saúde, entendendo, assim, a família como unidade de cuidado⁵.

A família, nas suas mais diversas configurações constitui-se um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente por meio das relações e negociações que se estabelecem entre seus membros e outras esferas da sociedade como o Estado, o trabalho e o mercado⁶.

Dessa forma, a concepção de família é fruto

da trajetória de sua existência na sociedade onde acontece o desenvolvimento social e jurídico das sociedades, a fim de compartilhar a evolução dos valores e ideais sociais.

Em outras palavras, serão parte desse processo, conhecer as relações familiares internas e externas, como de fatores que influenciam as suas experiências na saúde e na doença para construir o sentido de cuidar em família. Nessa perspectiva, compreender a Saúde da família como estratégia de mudança, significa repensar as práticas, valores e conhecimentos das diversas instâncias envolvidas no processo dessa produção social da saúde⁷.

Diante desses contextos, o Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB) adota, na prática de ESF, o seguinte conceito de família baseado na abordagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

[...] 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 agregados⁸.

Nesse sentido, prestar cuidado às famílias, em equipe, é uma atividade complexa, pois necessita da unidade de conceitos, capacidade de realizar a leitura das suas necessidades de saúde, captura da sua dimensão sistêmica como família; isso tudo associado ao processo de construção de vínculo entre profissionais de caráter multidisciplinar e membros familiares em um trabalho colaborativo.

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

Uma vez que a unidade familiar é fixada como objeto de cuidado, tanto ao(a) enfermeiro(a) como todos os outros profissionais que integram a equipe multidisciplinar na ESF dispõem de algumas ferramentas que objetivam estreitar as relações entre profissional e família, proporcionando a compreensão da realidade vivenciada pelo indivíduo e suas relações com a família e a sociedade^{5,9,10}.

As ferramentas de abordagem familiar que estão representadas no Quadro 1, a seguir, são tecnologias relacionais, oriundas da sociologia e da psicologia, que visam estreitar as relações entre profissionais e famílias, promovendo a compreensão das relações do indivíduo na família e na comunidade¹¹.

Ferramenta	Definição e potencial de utilização na APS
Genograma	É a representação gráfica da estrutura familiar. Sua elaboração inclui, além da família nuclear, as relações que sejam determinantes à saúde-doença. Como características básicas, o genograma identifica a estrutura da família e suas relações, as doenças incidentes e prevalentes, repetições no padrão de relacionamento e os conflitos que vinculam o processo de adoecimentos.
Ecomapa ou mapa de rede	É a representação gráfica das relações familiares com o ambiente onde elas estão inseridas. Essa representação ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis, como vizinhos, grupos ou instituições, escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas, sendo um retrato de determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico. 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.
Ciclo de vida familiar	Pode ser entendido como uma série de eventos previsíveis que ocorrem dentro das famílias como resultado das mudanças em sua organização. Vale lembrar que essa ferramenta não se refere às etapas de desenvolvimento humano (infância e velhice), sendo denominada ciclos de vida por entender que os sistemas familiares têm uma história própria, passam por transformações e se desenvolvem em etapas específicas, consistindo em oito estágios de desenvolvimento, a saber: (i) saída de casa; (ii) compromisso com seu(sua) parceiro(a), (iii) aprendizado para a vida juntos; (iv) chegada do primeiro filho; (v) vida com pré-escolares; (vi) vida com adolescentes; (vii) saída dos filhos e (viii) velhice. Em cada uma dessas fases, a família passa por ajustes e adaptações. Nas configurações familiares atuais, algumas dessas fases podem não acontecer ou coexistirem em um único momento. Em todos os estágios, a família e a interação de seus membros interferem no processo saúde-doença de seus integrantes. Desse modo, essa ferramenta visa trabalhar com a previsibilidade de doenças e sua utilização possibilita o planejamento de medidas preventivas.
F.I.R.O.	Acronímico de <i>Fundamental Interpersonal Relations Orientation</i> . Esse instrumento procura avaliar os sentimentos dos membros da família e as vivências de suas relações cotidianas. 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.
P.R.A.T.I.C.E	Acronímico de <i>Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology</i> . Usualmente utilizada para o manejo das situações difíceis, essa ferramenta tem como foco a resolução dos problemas, o que permite uma aproximação com as várias faces que dão origem aos problemas das famílias analisadas. Opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação a partir da observação de quais intervenções são mais adequadas a cada caso. Centra-se na solução de problemas e permite uma aproximação com várias interfaces em que se encontram os problemas familiares. O P.R.A.T.I.C.E. fornece uma estrutura básica para organizar os dados colhidos da família, sem levar a um diagnóstico, e pode ser utilizado para assuntos de ordem médica, comportamental ou em relacionamentos.
Apgar Familiar	Destinado a refletir sobre a satisfação de cada membro da família. Esse instrumento é composto de um questionário autoadministrado com cinco perguntas, que podem ser pontuadas de 0 a 2, cujos diferentes escores devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família. Sua forma de pontuação classifica a família em: altamente funcional; moderadamente funcional ou severamente disfuncional.

Fonte: Mendes, 2012⁵; Chapadeiro, Andrade, Araújo, 2011⁹; Alves, Gasparello, 2015¹⁰; Wright, Leahey, 2012¹².

A avaliação da família conforme o modelo Calgary, que faz uso de algumas das ferramentas citadas no quadro acima, abrange três dimensões: estrutural, desenvolvimentista 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. Nessa perspectiva, Wright e Leahey (2012) consideram que cada categoria se constitui por um conjunto de informações que tem a finalidade de entender o funcionamento da família e o direcionamento de cuidado¹².

Entre as ferramentas apresentadas, observa-se que o genograma e o ecomapa são as ferramentas mais conhecidas e utilizadas pelos profissionais. Embora essas ferramentas sejam altamente funcio-

nais para caracterizar as famílias em sua complexidade e dinamicidade, (além de identificar necessidades de saúde, potenciais de fortalecimento e desgastes familiares) elas também conseguem retratar o ciclo vital da família e, assim, registrar as modificações no decorrer do tempo.

O genograma e o ecomapa seriam extremamente úteis no processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as), pois fornecem pistas mais consistentes sobre a adesão e continuidade do cuidado oferecido às famílias pela ESF.

Diante desse panorama, constatamos que, na prática, existe uma fragilidade em sistematizar o cuidado prestado às famílias.

Para os(as) enfermeiros(as) das equipes da ESF, é necessário um instrumento que os(as) auxilie a considerar a família objeto do trabalho, bem como suas necessidades e interações, permitindo, assim, uma sistematização do cuidado, embasando o raciocínio clínico do(a) enfermeiro(a) 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 identificar, testar e aperfeiçoar instrumentos de abordagem familiar que estão sendo utilizados na formação dos(as) enfermeiros(as) para a prática na APS com enfoque na família.

A SAE NA APS: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para delimitarmos um plano de cuidados no âmbito da APS e direcionar a família, tomaremos como pressuposto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) defendida pelo siste-

ma Cofen/Coren¹⁴. A SAE é uma ferramenta de gerência do cuidado, que fornece subsídios para a organização da assistência de enfermagem¹³.

No Brasil, a SAE teve sua implantação de forma mais eficiente no âmbito do cuidado em instituições hospitalares, na esfera dos cuidados secundários e terciários. Em relação à APS e à 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 a nomenclatura da SAE, além da natureza multiprofissional e intersetorial da prática na 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 impactos das intervenções de enfermagem. Apesar disso, no entanto, a ênfase do cuidado prestado ainda se mantém nos aspectos individuais aliados à doença e não nos cuidados de saúde à família¹⁵.

Ribeiro (2004) relata a forma insuficiente como as famílias são atendidas quando considerada a relação cuidado versus abordagem¹⁶. Observa-se, a partir de então, diferentes formas de abordagem familiar no cenário da ESF, como: família/indivíduo; família/domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; família/família^{17,18}.

Entendendo essa diversidade de cenários e diferentes possibilidades de abordagem para o cuidado às famílias, buscou-se desenvolver o instrumento pedagógico de sistematização do cuidado de enfermagem à família, intitulado Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de Cuidado à Família, que vem sendo utilizado no ensino de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) para a

formação inicial dos alunos para abordagem da família. A fundamentação teórica desse instrumento é tem como base o conceito de determinação social, em que o processo saúde-doença é considerado 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^{19,20}.

Respeitando as etapas do processo de enfermagem e visando identificar as necessidades de saúde das famílias assistidas por esses profissionais, o instrumento foi readaptado a um formato exequível para a prática profissional do enfermeiro da ESF.

OBJETIVOS

O objetivo deste capítulo é discutir o processo de construção de um “**Instrumento de apoio para os cuidados de enfermagem às famílias**”, que visa subsidiar a sistematização da assistência de enfermagem no contexto estudado.

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

O caminho percorrido para se alcançar este objetivo foi realizado por meio da pesquisa de Mosca (2019) e Martins (2019). Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que buscou aprimorar um instrumento de cuidado às famílias na ESF^{21,22}.

Como processo metodológico, contou-se com a colaboração dos profissionais enfermeiros na utilização desse instrumento em seu cotidiano de trabalho e, sequencialmente, com a colaboração desses mesmos enfermeiros para discutir os

aspectos relevantes ou não desse instrumento.

Essa pesquisa foi realizada junto a profissionais enfermeiros que atuavam à época nos Distritos de Saúde do Campo Limpo (218.758 habitantes), do Capão Redondo (268.481 habitantes) e da Vila Andrade (143.008 habitantes).

A população que reside nessa região é de 650.000 habitantes, o que representa 28,3% da população residente na Coordenadoria de Saúde Sul. A taxa de urbanização é de 100% e a densidade demográfica média é de 17.486,65 hab./km²²³. A região do Campo Limpo é mais periférica em relação à da Vila Andrade. A Vila Andrade, por sua vez, compreende uma das áreas mais nobres do município, onde se concentram famílias de alto poder aquisitivo, contrastando com uma grande população carente que vive nas inúmeras favelas das proximidades. Nesse lugar, localiza-se o bairro de Paraisópolis, e estima-se que vivam ali cerca de 80 mil pessoas em 17.730 domicílios, tornando essa comunidade a segunda maior da cidade de São Paulo, sendo menor somente que a comunidade de Heliópolis, cujas características se aproximam das de Paraisópolis²⁴.

Diante desse cenário, no nível de atenção da APS, essas unidades trabalham com o modelo da ESF.

Os profissionais participantes foram selecionados aleatoriamente segundo o interesse em participar da pesquisa. Como critério adotado, todos os participantes deveriam ser enfermeiros(as) de equipe de ESF de uma das 13 UBS sob administração da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Dos(as) 87 enfermeiros(as) convidados(as), 14 aceitaram participar da pesquisa mediante a aceitação de uma carta-convite. No dia da oficina introdutória, somente sete enfermeiras compareceram. Durante a pesquisa, uma das enfermeiras desistiu de participar, sob alegação de não dispor de tempo para realizar o preenchimento do instru-

mento proposto, sendo, portanto, seis o número de enfermeiras que efetivamente participaram do estudo.

O INSTRUMENTO

Buscando contribuir com uma ferramenta de cuidado à família para a prática do enfermeiro da ESF, optamos por utilizar como base um instrumento que foi desenvolvido em 2017, na disciplina para o ensino da AB, para auxiliar na sistematização do cuidado à família ministrada pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Essa ferramenta pedagógica toma como referência a literatura sobre o processo saúde-doença, do materialismo histórico-dialético, inserindo também a perspectiva teórica sobre as necessidades de saúde de Agnes Heller (1986)²⁴.

Por ser originariamente um instrumento com finalidade pedagógica, trata-se de um material extenso, composto de nove perguntas fechadas e outras abertas distribuídas ao longo de seis páginas, que abrangem dados gerais de composição familiar, reprodução social (momento da produção e momento de consumo – inserção no grupo/fração de classe), dinâmica familiar e o próprio plano de cuidados a ser desenvolvido.

Diante disso, esse instrumento foi adaptado por Mosca (2019) e Martins (2019) para um formato mais operacional e condizem à prática profissional do(a) enfermeiro(a) da ESF^{20,21}. Para essa adequação, as pesquisadoras optaram por reagrupar, eliminar e adaptar algumas questões, sem perder a essência principal do instrumento original. Ponderou-se que um instrumento excessivamente longo enfrentaria barreiras para ser aplicado, sabendo de antemão a regulação do tempo aplicado às consultas de enfermagem (CE) e demais atividades, além das “metas” quantitativas que o(a) enfermeiro(a) deve alcançar em número de CE e em visitas domiciliares (VD).

A ferramenta readequada, denominada Instrumento de apoio para elaboração do plano de cuidado à família (IAEPCF), foi organizada em uma estrutura semelhante à da SAE:

- Histórico:** composto de oito questões, abertas e fechadas, com a finalidade de captar a composição da família, a reprodução social e a dinâmica familiar.
- Diagnósticos de Enfermagem:** levantados pela profissional, evidenciando pontos de fortalecimento e pontos de desgaste de determinada família.
- Plano de Cuidado e Implementação:** após o levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem, o(a) enfermeiro(a) buscaria uma visão mais ampla sobre a família a ser assistida, possibilitando, dessa forma, a construção de um plano de cuidado familiar em conjunto com os membros dessa família, baseado em suas principais necessidades.
- Avaliação:** a profissional tem a possibilidade de olhar para o plano de cuidado proposto e avaliar se foi efetivo ou não, se precisa de readequação ou se pode iniciar um novo plano de cuidados para outros pontos a serem trabalhados naquela família.

A fim de auxiliar as enfermeiras na aplicação do IAEPCF, anexamos a ele uma página que contém as orientações básicas para a elaboração do genograma e do ecomapa (com bibliografia recomendada para consulta, caso tivessem alguma dificuldade) e os principais diagnósticos de enfermagem familiar, incluindo NANDA e CIPESC. A aplicação do IAEPCF se deu respeitando as seguintes etapas:

Etapa 1: Oficina introdutória.

Etapa 2: Aplicação do IAEPCF e do registro das percepções dos profissionais sobre a utilização do instrumento, visando ao cuidado no âmbito familiar.

Etapa 3: Discussão em grupo das percepções sobre a utilização do IAEPCF intercalada com acolhimento de sugestões para a sua melhoria.

A **etapa 1** teve por objetivos a apresentação e esclarecimentos sobre o IAEPFCF. Em seguida, realizou-se a **etapa 2**, em que as profissionais retornaram a suas unidades munidas de três IAEPFCF para serem aplicados em até três famílias. Foi cogitado esse quantitativo para utilização do material com o objetivo de que as profissionais maximizassem suas experiências com famílias de estruturas distintas, além de vivenciar diferentes atividades de cuidados, como consulta de enfermagem dentro da unidade, visita domiciliária, grupo, entre outras. Ressalta-se que no instrumento havia um campo para o registro de percepções e sugestões acerca da composição dos itens. Essas perspectivas metodológicas tiveram como objetivos a diversificação de possibilidades para sua utilização e aplicabilidade dentro da rotina do(a) enfermeiro(a) da ESF. A escolha das famílias se deu por uma avaliação prévia das enfermeiras das equipes de ESF. Após isso, teve andamento a **etapa 3**, na qual, após a utilização do instrumento e sua análise pelas enfermeiras participantes da pesquisa, foi realizado um grupo para propiciar um espaço mais amplo de discussão a respeito da experiência vivenciada.

Os conteúdos das discussões em grupo focal (GF) foram transcritos, analisados e agrupados, ou seja, categorizados em dois temas: **1. Processo de trabalho do(a) enfermeiro(a); 2. Contradições do sistema de organização do trabalho**. Ao primeiro tema, elegeu-se dois subtemas: **1.a Cuidar da família como processo e objeto; 1.b Instrumento de cuidado à família**. Dessa forma, procurou-se otimizar a articulação das principais ideias manifestadas pelas participantes com os objetivos definidos para o presente estudo. Especialmente o subtema 1.b revelou a atenção das participantes. Frente a isso, após inúmeras releituras do material transcrito relacionado ao instrumento, acolheu-se a ideia da percepção das participantes como ferramenta essencial para o enfrentamento de cuidado às famílias, o

que levou as pesquisadoras a quantificarem-na. A análise dos dados centrou-se no aspecto estrutural, na adequação e na abrangência dos itens para o cuidado processual na realidade prática^{21,22}.

DISCUSSÃO

A discussão sobre o IAEPFCF foi dividida em dois grandes núcleos temáticos organizados de forma a fortalecer os itens do instrumento em questão: **1. Processo de trabalho do(a) enfermeiro(a); 2. Contradições do sistema de organização do trabalho**. A primeira categoria analítica foi subdividida em dois subtemas: **1.a Cuidar da família como processo e objeto; 1.b Instrumento de cuidado à família**. Diante disso, organizou-se a discussão valorizando a voz dos profissionais apoiada na literatura com vistas à construção de um instrumento de apoio de cuidado às famílias.

1.A CUIDAR DA FAMÍLIA COMO PROCESSO E OBJETO

No contexto público, o advento do SUS e da APS constituiu-se em um marco de ampliação do cuidado individual para a dimensão familiar. Assim, a Saúde da Família apresentou-se como um desafio para a reorientação do modelo assistencial e como uma forma de renovação deste ao prever o cuidado por meio de um trabalho multiprofissional^{3,26}.

Foi nítida a percepção dos participantes de que cuidar de uma família é um processo distinto daquele que se emprega para cuidar de um indivíduo. Deduziu-se, dessa forma, que os participantes apreenderam a mudança de objeto de trabalho. Essa percepção foi fundamental, uma vez que é possível advogar a capacidade cognitiva dos(as) profissionais ao reconhecer a expansão da propriedade de objeto e captar a finalidade do trabalho. Em tese, a apropriação do novo obje-

to de trabalho estimula uma busca por domínio diferenciado na prática, o que leva à integração do processo mental, reflexivo de pensar simultaneamente, o objeto e o emprego das tecnologias mediadoras para agir: artefatos, conhecimentos e habilidades humanas^{27, 28}.

O objeto é a principal motivação do trabalho e, neste estudo, toma-se a família como objeto na visão de processo saúde-doença. A família é identificável e socialmente aceita como célula da sociedade. Os estudiosos advertem que a família não é uma entidade fixa, mas sim um conceito que encerra as dimensões históricas, culturais e econômico-sociais transformadas no espaço de tempo. Por isso, é importante reconhecer a capacidade transformativa dos membros na temporalidade^{10, 12, 29}.

No presente estudo, a apropriação do conceito sobre o objeto família surgiu naturalmente no início do GF e acredita-se ser ele um norteador do trabalho porque é um elemento mediador e determinante do pensar e agir dos profissionais³⁰. Estudo realizado no contexto de Saúde da Família converge ao afirmar a importância do conceito de família para sustentar a abordagem familiar²⁸.

É possível afirmar que o objeto família depende da qualidade das forças instituintes dos(as) profissionais de saúde conjugadas com as dos membros familiares direcionadas para o objetivo desejado³¹. Em outras palavras, a família é entendida como o objeto de ação do profissional, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e suas representações para o trabalho em saúde³². Como exposto no corpo teórico, dependendo da finalidade proposta para o objeto, mudam-se os componentes e a ferramenta de trabalho, exigindo distintas habilidades.

Trata-se de produções originalmente do setor de serviços conhecidas como de natureza

imaterial e subjetiva, de forma que o processo de produzir e consumir ocorre simultaneamente entre os atores. Esse processo em saúde é conhecido como produzir no ato e qualificado como trabalho vivo no ato pela participação do usuário no processo de tomada de decisão. Por essas razões, além do grau de interação já mencionado, em serviço de saúde sempre importa a intensidade com que os profissionais se envolvem na resolução ou no encaminhamento de uma dada situação de um usuário ou uma família. Essas produções, embora de caráter imaterial e subjetiva, são potentes para construir o curso das ações²⁷. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde^{27, 28}.

1.B INSTRUMENTO DE CUIDADO À FAMÍLIA

Uma das grandes inovações no campo da produção do cuidado é a tecnologia relacional em saúde²⁷. São ferramentas intersubjetivas complexas, originárias do campo de conhecimento da Filosofia e da Psicologia disseminadas como tecnologias leves, referentes a relações de produção de vínculo, acolhimento, escuta e gestão dos processos de trabalho²⁷. As tecnologias relacionais como instrumento para cuidado na ESF são essenciais no processo construtivo de aprendizado e de sentidos para ambas as partes³³.

A busca por uma ferramenta de cuidado na enfermagem é histórica, tendo, particularmente, o corpo do indivíduo doente como objeto de trabalho. A noção de coletivo na área de enfermagem é ainda recente diante da transformação do mundo sob o regime capitalista e traduz o desejo de profissionalização e qualificação dos cuidados aos pacientes e usuários. O processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) faz parte do conjunto de atividades promovido para proteção mais abrangente, quando emerge a figura da família em oposição ao indivíduo³⁴.

Quanto ao instrumento, vale retomar algumas propriedades nele contidas. No que se refere à estrutura, tem-se: identificação e composição dos membros com respectivas idades, escolaridades, relação com responsáveis, trabalho, vínculo, condições de moradia e local de nascimento, elementos semelhante aos da Ficha A. Ademais, o instrumento contempla o ciclo de vida familiar, genograma e ecomapa que traduzem, em parte, as relações internas e externas dos membros no contexto ambiental. Associam-se, também, elementos constituintes da síntese da capacidade familiar, como potencialidades e limites. Já os itens finais, constituídos por diagnósticos, plano de intervenção familiar de enfermagem e acompanhamento e evolução familiar, envolvem maior complexidade por implicarem no processo de criação do caminho de cuidado. Diante dessa abrangência, a expectativa manifestada pelos participantes estava, provavelmente, articulada com a ideia de tecnologia pela ótica de amplitude informacional, tornando o processo de cuidar mais palpável.

QUADRO 2. QUADRO DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIA DAS POTENCIALIDADES E LIMITES DO INSTRUMENTO DE APOIO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO À FAMÍLIA. SÃO PAULO – SP, 2019

Potencialidade	Limite
Fácil entendimento	Tempo x demanda
Fortalece o vínculo com a família	Atendimento é individual
Permite um olhar ampliado	Não é acessível à equipe "multi"
Identifica a mudança de objeto de cuidado	Registro é individual

Os itens anteriormente descritos ganham importância à medida que os profissionais desenvolvem a capacidade de articulação entre as partes constitutivas do todo – a estrutural, as relações internas e externas entre membros e a identificação dos aspectos de fortalecimento e de desgastes, uma vez que a pesquisadora adotou

uma concepção construtivista das ações de intervenção e do objeto – na situação de produção^{9, 10, 12, 29}.

Observou-se que as participantes entrevistaram famílias consideradas por elas “complexas”. Essa percepção indica que, no momento da aplicação do instrumento, pode ter sido gerada uma grande expectativa a ponto de selecionarem casos complexos, aparentemente, sobre o imaginário na potência do instrumento revestida de tecnologia.

De acordo com Merhy, Onocko (2006), a tecnologia em saúde é um conjunto de estratégias e de ferramentas com capacidade transformativa ao ser aplicado a um determinado objeto de trabalho. Além dessa força instrumental, não se prescinde da característica primordial que permeia o processo produtivo em saúde: a existência da subjetividade humana. Os autores denominam-no de tecnologias relacionais cuja natureza qualificam as ações, assim como sustentam a tese de que o trabalho em saúde é produzido e consumido no ato²⁷.

A proposta que se apresenta, especialmente na segunda parte do instrumento, compõe-se de aspectos relacionais em família e exige uma compreensão diferenciada enquanto tecnologia no processo produtivo. É denominada uma tecnologia relacional, e podemos afirmar que de suficiente domínio e reconhecimento dos profissionais de saúde, já estando incorporada na gestão de cuidados: acolhimento, espaço de encontro, vínculo, escuta e corresponsabilização^{27, 33, 35}.

É importante ressaltar que itens como genograma, ecomapa e relacionamento com a comunidade são elementos que exigem, além do conhecimento prévio sobre essas ferramentas, uma postura ética ao se considerar esse conjunto de informações como mediador de cuidados no compasso das famílias. Considerando a análise do tema relacionado, entende-se que a aplicação

da tecnologia leve é genuinamente de construção conjunta como modo de produção²⁷.

Para lidar com essa complexidade do objeto família, ao proceder a aplicação do instrumento como no GF, ficou claro que as participantes tiveram dificuldade na produção do genograma e do ecomapa como uma das ferramentas integrantes no instrumento, mesmo acompanhados de material de apoio com ilustrações gráficas e bibliografia para consulta. Apesar desse suporte, não se observou um envolvimento desejado das participantes, reduzindo a oportunidade de sua contribuição na pesquisa. Outro aspecto é a organização da documentação da assistência, que não prevê espaços para o registro de genograma e ecomapa familiar, explicando uma das limitações da realidade.

Evidenciou-se, assim, a necessidade de capacitação técnica dos profissionais relacionada ao conhecimento da dimensão família. O conjunto de saberes, habilidades, empenho e envolvimento é parte fundamental de uma tecnologia leve com vistas à transformação do objeto^{27, 33}.

Por esse breve cenário, é pertinente apontar a coerência do propositivo do SUS sobre a educação permanente como melhor estratégia formativa, na perspectiva de mantê-los motivados e atualizados.

Ao refletir sobre a trajetória da Reforma Sanitária, que defendeu a mudança de modelo e do modo de produção, e considerando que a Saúde da Família foi implementada estrategicamente para modificar a lógica do cuidado individual para a visão coletiva, esta realidade indica um retrocesso político e organizacional, posto que o modelo de gestão enfatiza o atendimento individual não se mostrando, portanto, articulado aos pressupostos do modelo de Saúde da Família.

Assim, buscou-se adequar a linguagem para favorecer a uniformidade da compreensão e da interpretação do conteúdo abordado. Especialmen-

te o manejo da família envolve aspectos éticos na construção de caminhos de cuidados, sempre que possível, no compasso da família envolvida.

- » As informações estruturais relacionadas à composição familiar e às atividades econômicas e escolaridades respectivas dos membros foram mantidas com exceção do item – relação com o responsável – com o qual apontava um membro, chefe de família, na perspectiva de quem propicia à família meios financeiros para atendimento de necessidades. Considerou-se que na atualidade essa relação se modificou relativizando a relação patriarcal ou a hegemonia masculina. No entanto, a natureza do trabalho e o tipo de vínculo foram mantidos.
- » O ciclo de estágio da família, no qual se busca conhecer o processo de desenvolvimento da família que passa por diferentes inserções sociais condicionadas às faixas etárias de membros, recém-nascidos, infância, adolescência, fase adulta, envelhecimento e demais desdobramentos, foram acrescidas.
- » O genograma e o ecomapa fornecem o estado de funcionalidade da família revelando o estado de arte das relações entre membros no momento pesquisado. Admite-se que as relações são dinâmicas e podem sofrer modificações com ou sem intervenção externa e interna.
- » Os itens de relação de ajuda e interdependência da família na comunidade foram mantidos, uma vez que essas interações são necessárias e implicam no processo de convivência. Esses aspectos foram reduzidos a menores itens evitando repetição.
- » A síntese de fortalecimento e desgaste é dada de um balanço do conjunto da situação de uma família, que dá visibilidade às alternativas de cuidados, como investimentos de maior intensidade para superar uma dada situação, foi mantida desde o início.
- » O Diagnóstico de Enfermagem familiar indica o estado de saúde de uma família conforme a taxonomia adotada, servindo de base para

as ações de intervenção em enfermagem. Foi mantido desde o início desta elaboração.

- » O Plano de Intervenção refere-se às ações concretas destinadas a uma família.
- » A fase de evolução e o acompanhamento referem-se aos resultados parciais das ações planejadas.

Vale ressaltar que as modificações introduzidas no instrumento original referem-se ao aprimoramento da estrutura familiar e à identificação das relações internas e externas das famílias prosseguindo ao reconhecimento da situação familiar. Buscou-se adequar a linguagem para favorecer a uniformidade da compreensão e a interpretação do conteúdo abordado. Especialmente o manejo da família envolve aspectos éticos na construção de caminhos de cuidados, sempre que possível, no compasso da família envolvida.

CONTRADIÇÕES DO SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

No que se refere ao aspecto longitudinal do cuidado em Saúde da Família, na perspectiva do processo saúde-doença, o sentido de continuidade do cuidado se dará a partir das interações e do desenvolvimento das capacidades em contínuos processos, afastando-se dos modelos pré-concebidos^{10, 26, 29}. Focando uma das falas de uma das participantes, por exemplo, evidenciou-se que há de fato uma separação física entre a documentação da assistência no prontuário eletrônico e os registros em papel, dificultando a interligação das partes, além de prejudicar a apreensão da totalidade do processo de cuidado em curso, cuja historicidade é vital para compreender os estágios e os processos da vida de uma família.

Surgiu fortemente no GF a questão de tempo como barreira para aplicação do instrumento objetivando cuidado à família, pois, no dia a dia dos(as) profissionais, a lógica dominante está

para a atenção individual regulada em tempo para realização de consultas de enfermagem e demais procedimentos. Paralelamente, o prontuário eletrônico do sistema de informação das Unidades Básicas é de registro individual, reforçando a contradição em relação aos pressupostos do modelo Saúde da Família, a partir do qual se entende, ao menos em teoria, que a família é a menor unidade de trabalho.

Quanto à regulação do tempo, entende-se que a questão está relacionada com o paradigma tradicional de produção de bens do modelo fordista, centrado no rendimento individual do trabalho vinculado à ideia de produtividade. Acredita-se que esteja também vinculada com o modelo de gestão guiado pelos compromissos vigentes em convênio, fazendo jus à mensuração quantitativa de resultados negociados em metas por parte das instâncias pública e privada. Dada essa realidade, a questão regulatória no processo operacional de serviços pode ser compreendida como uma das consequências dos Termos do Convênio e do modelo de gestão em vigor.

Observa-se, com isso, certa dissonância na quantificação de metas como resultado, em vez de mensurar o impacto nos usuários(as). Alia-se a isso também o conceito de cuidar exposto no apoio teórico assim como a natureza processual de cuidado mediado pelas interações humanas, devendo haver flexibilidade de tempo de acordo com a necessidade³².

Uma pesquisa realizada em Portugal teve uma proposta semelhante à deste estudo ao criar um instrumento de cuidado à família destinado aos profissionais de enfermagem¹⁵. É interessante observar que a pesquisadora se defrontou com o problema de haver um sistema de informação estruturado até então para documentação individual. No desenvolvimento do estudo, conseguiu-se reverter a situação adequando o Sistema de Informação de tal forma que se imputassem informações de unidade familiar. Consequentemente,

ampliar o escopo do trabalho da enfermagem¹⁵.

A contradição entre os pressupostos de Saúde da Família e a organização do sistema de informação é identificada ainda pela fala das participantes que indicam a existência da dissociação entre o objeto de trabalho das equipes e a gestão dos recursos-meio. Observa-se, dessa forma, o distanciamento da unidade de objetivos conjuntos como processo de construção.

Nesse sentido, a fala de uma das enfermeiras ilustra bem essa realidade que confronta a lógica da gestão instituída ao questionar onde arquivaria esse instrumento, pois ela possuía registros individuais, e não familiares.

Ao refletir sobre a trajetória da Reforma Sanitária, que defendeu a mudança de modelo e do modo de produção, e considerando que a Saúde da Família foi implementada estrategicamente para modificar a lógica do cuidado individual para a visão coletiva, essa realidade indica um retrocesso político e organizacional, posto que o modelo de gestão enfatiza o atendimento individual não se mostrando, portanto, articulado aos pressupostos do modelo de Saúde da Família.

CONCLUSÃO

A proposição deste estudo é contribuir para sistematizar a assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família na perspectiva de resgatar a unidade família como foco de atenção das equipes dos territórios.

Reconhece-se que para o processo de construção do instrumento apresentado, a existência prévia de um instrumento foi essencial, pois, permitiu que se partisse de algo estruturado mesmo sendo de finalidade pedagógica. O apoio foi de alinhamento conceitual, de busca da coerência entre os fundamentos teóricos e de adequação de

terminologias específicas no campo de enfermagem em saúde coletiva.

O trabalho é inerente à natureza humana, dotada de energia física e mental, com as quais imprimem a capacidade valorativa e criativa em relação ao objeto que se deseja transformar. Para a transformação do objeto, o homem instintivamente opta por uma ferramenta mediadora, centrando-se no resultado final. Esse fundamento marxiano sobre o trabalho humano esteve presente no processo de pesquisa quando foi evidenciada a necessidade de um instrumento para processar o cuidado às famílias, o que pode ser interpretado como uma das potencialidades no aprimoramento do trabalho.

O instrumento apresentado (Figura 1) foi projetado dialogando com as atribuições do(a) enfermeiro(a) no contexto pesquisado, porém é possível repensá-lo para que se torne uma ferramenta comum entre os membros da equipe multidisciplinar, como pressupõe o trabalho em Saúde da Família.

No que tange ao aprimoramento metodológico, reconhece-se a possibilidade de ampliar a participação de profissionais buscando a homogeneidade em conhecimentos e habilidades para maior unidade crítica e dialética.

Longe da afirmação de apresentar um instrumento ideal, espera-se que o presente estudo contribua na construção de uma ferramenta cujo conteúdo reflita o estado de arte para apoiar o cuidado na dimensão da família.

Como limite desta pesquisa e, ao mesmo tempo, aspectos de aprimoramento de resultados, admite-se a necessidade de ampliar o número de população participante e de uma organização de trabalho que favoreça a sustentabilidade do objeto família como unidade de trabalho.

REFERÊNCIAS

- MIOTO RCT. POLÍTICA SOCIAL E TRABALHO FAMILIAR: QUESTÕES EMERGENTES NO DEBATE CONTEMPORÂNEO. SERV SOC SOC. 2015, N. 124.
- MIOTO RCT. PROCESSOS DE RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS: NOTAS INTRODUTÓRIAS. IN: SARMENTO H B M (ORG.). SERVIÇO SOCIAL: QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS. FLORIANÓPOLIS: ED. DA UFSC. 2012; 1:125-38.
- BRASIL. PORTARIA N. 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, ESTABELECE A REVISÃO DE DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). [INTERNET]. BRASÍLIA; 2017 [CITADO 5 JAN. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2017/PRT2436_22_09_2017.HTML](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
- STARFIELD B. ATENÇÃO PRIMÁRIA: EQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIA. BRASÍLIA: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002.
- MENDES EV. 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.
- MIOTO RCT. TRABALHO COM FAMÍLIAS: UM DESAFIO PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS. REVISTA VIRTUAL TEXTOS & CONTEXTOS. 2004; (3).
- FACO VMG, MELCHIORI LB. CONCEITO DE FAMÍLIA: ADOLESCENTES DE ZONAS RURAL E URBANA [INTERNET]. IN: VALLE TGM, ORGANIZADORA. APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO HUMANO: AVALIAÇÕES E INTERVENÇÕES. SÃO PAULO: CULTURA ACADÊMICA; 2009. P. 121-35. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BOOKS.SCIOLO.ORG/ID/KRJ5P/PDF/VALLE-9788598605999-07.PDF](http://books.scielo.org/id/KRJ5P/PDF/VALLE-9788598605999-07.PDF).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB) / SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 1998.
- CHAPADEIRO CA, ANDRADE HYSO, ARAÚJO MRN. A FAMÍLIA COMO FOCO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. VERSÃO PRELIMINAR. BELO HORIZONTE: NESCON/UFMG; 2011. 59-87. (FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR.)
- ALVES MHL, GASPARELLO FJ. CUIDADO DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS – AGREGANDO UM MÉTODO PARA A APLICAÇÃO DA CIPR®. IN: CUBAS MR, NÓBREGA MML, ORGANIZADORAS. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO, RESULTADO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2015.
- SILVEIRAFILHO ADET 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.
- WRIGHT LM, LEAHEY M. ENFERMEIRAS E FAMÍLIAS: GUIAS PARA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA. 5 ED. SÃO PAULO: ROCA; 2012.
- OLIVEIRA CM, CARVALHO DV, PEIXOTO ERM, CAMELO LV, SALVIANO MEM. PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. REV MIN ENFERM [INTERNET]. 2012 [CITADO 13 FEV. 2018];16(2):258-63. DISPONÍVEL EM: [HTTP://REME.ORG.BR/CONTENT/IMAGEBANK/PDF/V16N2A15.PDF](http://reme.org.br/content/imagebank/pdf/v16n2a15.pdf).
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). PROCESSO DE ENFERMAGEM: GUIA PARA A PRÁTICA. SÃO PAULO: COREN-SP; 2015. 113 P.
- FIGUEIREDO MHJS. ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM CONTEXTO DO CUIDAR. [DISSERTAÇÃO] PORTO: INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR - UNIVERSIDADE DO PORTO; 2009.
- RIBEIRO ME. AS VÁRIAS ABORDAGENS DA FAMÍLIA NO CENÁRIO DO PROGRAMA/ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF). REV LATINO-AM ENFERMAGEM [INTERNET]. 2004 [CITADO 5 OUT. 2018];12(4):658-64. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/RLAE/V12N4/V12N4A12.PDF](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12.pdf).
- BUSS PM, PELEGRINI FILHO A. A SAÚDE E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS. PHYSIS. 2007;17(1):77-93.
- GOMES MA, PEREIRA MLD. FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: UMA QUESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. CIEN SAÚDE COLET. 2005;10(2):113-28.
- BREILH J. EPIDEMIOLOGIA: ECONOMIA, POLÍTICA E SAÚDE. TRAD. DE LUIZ ROBERTO DE OLIVEIRA. SÃO PAULO: EDITORA UNESP: HUCITEC; 1991.
- LAURELL AC. A SAÚDE-DOENÇA COMO PROCESSO SOCIAL. IN: NUNES E D, (ORG.). MEDICINA SOCIAL: ASPECTOS HISTÓRICOS E TEÓRICOS. SÃO PAULO: GLOBAL; 1983, P. 133-158.
- MOSCA NR. INSTRUMENTO DE APOIO DA(O) ENFERMEIRA(O) PARA CUIDADO À FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / NATÁLIA RODRIGUES MOSCA. SÃO PAULO, 2019.119 P.
- MARTINS ACF. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO. SÃO PAULO, 2019.116 P.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE) [CITADO 2018 MAIO 31]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SEADE.GOV.BR/](http://www.seade.gov.br/).
- SÃO PAULO (CIDADE). HISTÓRICO DO CAMPO LIMPO [INTERNET]. SÃO PAULO; 2017 [CITADO 5 JAN. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.PREFEITURA.SP.GOV.BR/CIDADE/SECRETARIAS/SUBPREFEITURAS/CAMPO_LIMPO/HISTORICO/INDEX.PHP?P=131](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/campo_limpo/historico/index.php?p=131).
- HELLER A. TEORIA DE LAS NECESIDADES EM MARX. 2. ED. BARCELONA: PENINSOLA; 1986.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2012.
- MERHY EE, ONOCKO R. AGIR EM SAÚDE: UM DESAFIO PARA O PÚBLICO. 2. ED. SÃO PAULO: HUCITEC; 2006. 385 P.
- SILVA MCLSR, SILVA L, BOUSSO RS. A ABORDAGEM À FAMÍLIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. REV ESC ENFERM USP [INTERNET]. 2011 [CITADO 5 OUT. 2018];45(5):1250-5. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/REUSP/V45N5/V45N5A31.PDF](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n5/v45n5a31.pdf).
- CUBAS MR, NÓBREGA MML, ORGANIZADORAS. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO, RESULTADO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2015. 328 P.
- VIRKKUNEN J, NEWNHAM DS. O LABORATÓRIO DE MUDANÇA: UMA FERRAMENTA DE DESENVOLVIMENTO COLABORATIVO PARA O TRABALHO E A EDUCAÇÃO. BELO HORIZONTE: FABREFRACTUM; 2015.
- VIGOTSKY LS, LURIA AR, LEONTIEV AN. LINGUAGEM, DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM. TRAD. DE MARIA DA PENA VILLALOBOS. 11. ED. SÃO PAULO: ÍCONE; 2010.
- ZOBOLI ELP, FRACOLLI LA, CHIESA AM. O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E CUIDADO DE ENFERMAGEM. BARUERI: MANOLE; 2013. P. 244-64.
- ABREU TFK, AMENDOLA F, TROVO MM. TECNOLOGIAS RELACIONAIS COMO INSTRUMENTOS PARA O CUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. REV BRAS ENFERM [INTERNET]. 2017 [CITADO 5 OUT. 2018]; 70(5):981-7. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/REBEN/V70N5/PT_0034-7167-REBEN-70-05-0981.PDF](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0981.pdf). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0034-7167-2016-0337](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337).
- ALMEIDA MCP, ROCHA SM, ORGANIZADORAS. O TRABALHO DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO: CORTEZ; 1997.
- MARTINS JJ, ALBUQUERQUE GL. A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS RELACIONAIS COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE. CIENC CUID SAÚDE. 2007;6(3):351-6.



CAPÍTULO 10

EXPERIÊNCIAS NA APLICAÇÃO DE SAE NA APS NA FAMÍLIA

PALAVRAS-CHAVES:
ENFERMAGEM EM SAÚDE
COMUNITÁRIA; PROCESSO DE
ENFERMAGEM; TERMINOLOGIA
PADRONIZADA EM
ENFERMAGEM; SAÚDE DA
FAMÍLIA; ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

MARCIA REGINA CUBAS

ENFERMEIRA. DOUTORA EM ENFERMAGEM.
PROFESSORA ADJUNTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM TECNOLOGIA EM SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ (PUC-PR)

LUCIA YASUKO IZUMI NICHITA

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE
PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (MPAPS),
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA,
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

INTRODUÇÃO

Ao compreender a família como elemento central da atenção na Atenção Primária à Saúde (APS), a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) deve incluir métodos, pessoal e instrumentos capazes de sustentar um processo de enfermagem (PE)* que responda às necessidades de grupos familiares, propondo intervenções capazes de fortalecer potencialidades identificadas e superar vulnerabilidades sociais.

A SAE deve ultrapassar a questão meramente legal da regulamentação da profissão, representando um compromisso da enfermagem como prática social. Sua implantação carece, por um lado, de um projeto político institucional consistente e aderente aos anseios da comunidade e, por outro, de um movimento de conscientização – reflexão – e participação da equipe de enfermagem. Sem esses dois movimentos, a sustentabilidade da SAE nos espaços assistenciais torna-se frágil.

Como coordenadores da equipe de enfermagem e membros da equipe multiprofissional, temos que refletir sobre a amplitude de atuação do enfermeiro na APS. Ele desempenha ações e intervenções educativas, clínicas e gerenciais, estando em constante processo de qualificação¹. Dessa forma, pela complexidade inerente à área, alguns questionamentos são essenciais para que possamos discutir sobre a aplicação da SAE na APS, entre os quais:

- » Os instrumentos (protocolos, manuais, impressos**) utilizados pela equipe de enfermagem são (ou podem ser) adequados para assistência à saúde da família (SF)?
- » A equipe de enfermagem na APS é dimensionada para atender a demanda das necessidades das famílias de um espaço territorial?
- » A assistência de enfermagem na APS é ancorada por uma teoria capaz de embasar o cuidado à família?
- » O PE na APS é registrado por meio de terminologias que possibilitem que os elementos da prática de enfermagem sejam representados em sistemas de informação?

Algumas respostas às perguntas apresentadas encontram subsídios teóricos e conceituais em outros capítulos deste livro; outras carecem de profunda reflexão sobre as condições políticas e técnicas que orientam a produção de cuidado na APS, o que será objeto de estudo do presente capítulo.

OBJETIVO

Para analisar as condições técnicas e políticas que conduzem a produção de cuidado na APS, vamos percorrer um caminho de reflexão sobre a organização do trabalho do enfermeiro na APS e como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dá sustentação a esse trabalho. Paralelamente, discutiremos como a organização e a política interferem na implantação da SAE, tomando como exemplo o município de Curitiba.

* Embora a Resolução COFEN 358/2009, explicita que nos espaços extra hospitalares o PE corresponde à consulta de enfermagem, ainda persistem confusões conceituais na aplicação dos termos. Assim, neste capítulo, optamos por utilizar a denominação PE por ser o conceito universalmente utilizado, salvo quando o termo seja utilizado em dispositivos legais.

** Leia-se aqui os instrumentos de coleta de dados em papel ou informatizados.

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA APS E A IMPLANTAÇÃO DA SAE

Vamos iniciar nossa reflexão tratando da **organização do trabalho do enfermeiro na APS**. Para isso, escolhemos dialogar sobre três contribuições apresentadas em um estudo que descreve a organização do trabalho dos enfermeiros nas regiões brasileiras e usa como base empírica os dados da avaliação da política nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)².

A **primeira contribuição** é que os enfermeiros foram os profissionais majoritariamente escolhidos como informantes-chave para responder ao questionário de avaliação – variando de 82%, no Distrito Federal, a 99%, no Pará².

Esse fator constitui uma das fortalezas identificadas para a implantação da SAE na APS – se o enfermeiro é capaz de fornecer informações para uma avaliação de acesso e de qualidade por ser, muitas vezes, o coordenador da equipe de SF, e se ele também é capaz de analisar o contexto relacionado aos distintos métodos e instrumentos utilizados para a SAE, bem como para dimensionar o pessoal de forma adequada às necessidades de saúde da comunidade assistida pela equipe.

A **segunda contribuição** fornecida pelo estudo é a busca de capacitação para a área da saúde pública e da saúde coletiva. Os enfermeiros apresentam percentuais significativos em algumas regiões do Brasil – destacando-se Roraima e Maranhão, onde 76% dos enfermeiros possuem especialização em SF².

Cabe aqui uma questão de alerta – embora tenhamos consciência de que o trabalho na SF é, a princípio, multiprofissional e interdisciplinar, e que as especializações nessa área procuram

dar suporte a isso, os enfermeiros que trabalham na SF devem ancorar suas ações em teorias que conversem com nossa área de saber para uma efetiva implantação da SAE. Caso contrário, corremos o risco de desenvolver cuidados ancorados em constructos teóricos de outros domínios do saber, sem correlacioná-los à nossa profissão. Isso resultará em uma dificuldade de estabelecer identidade profissional.

Uma das possibilidades de relacionamento entre teoria de família e corpo de conhecimento da enfermagem capaz de sustentar ações sistematizadas foi estabelecida numa pesquisa que analisou o modelo Calgary de avaliação da família, em Portugal³. Embora o país seja bastante distinto da realidade brasileira, em comunicação com enfermeiros portugueses identificou-se a mesma preocupação – a necessidade de planejar nossas atividades e documentar o cuidado, de modo a assegurar a continuidade dos mesmos. Isso, de fato, é um dos pressupostos da implantação da SAE. O modelo Calgary pode ser uma ferramenta para superar o limite oferecido pelo uso exclusivo de teorias não direcionadas ao cuidado de enfermagem. No Brasil foi possível identificar sua aplicação na avaliação de famílias com integrantes adoecidos com tuberculose⁴, no acoetimento por condições crônicas⁵ e em famílias ribeirinhas⁶.

Portanto, não se trata de fechar ou restringir nossa capacidade de agir de modo interprofissional, mas, sim, de reconhecer a enfermagem como campo teórico científico capaz de contribuir para o cuidado seguro e eficaz, voltado às necessidades da família.

Finalmente, a **terceira contribuição** se relaciona às funções exercidas pelo enfermeiro na SF, as quais são multidimensionais – vão das práticas de cuidado individual e coletivo às práticas gerenciais².

Esse ponto carece de uma crítica cuidadosa.

Quando se analisou as intervenções de enfermagem na APS em São Paulo, utilizando os domínios da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), foi identificada uma diversidade de práticas muito aquém das exercidas em especialidades hospitalares. Tais práticas, embora com predominância para as intervenções elencadas no domínio Sistema de Saúde e Comunidade (54%), tiveram uma baixa prevalência dos domínios da Família ou Comportamental (9%), inclusive, inferior ao domínio Fisiológico (24%)⁷. Esse fato levou à ponderação de que o trabalho da enfermeira tem sido relacionado a um processo de transição entre o modelo biomédico e o modelo da saúde coletiva, que expõe a contradição acerca da carência de caminhos para reconstruir práticas rumo ao modelo assistencial da APS *versus* a percepção de satisfação pessoal e o aumento de campo de atuação profissional¹.

Relatos de experiências sobre a implantação da SAE trazem importantes discussões que podem auxiliar no diálogo proposto neste capítulo. Em Curitiba (Paraná), ao se deparar com a diversidade de ações a serem exercidas na APS, alguns enfermeiros criaram alternativas, entre as quais estão o direcionamento do processo de trabalho para atividades não assistenciais e a prestação de assistência especializada a determinada área de cuidado, por afinidade ou pressão da demanda⁸.

Ambas as alternativas limitam a atuação do enfermeiro, mas deve-se compreender que os processos de trabalho são determinados pela organização política institucional, que nem sempre está aderente às necessidades dos grupos familiares.

A face gerencial do enfermeiro é uma função importante, tanto para a gestão da APS como, na implantação da SAE. Por sua vez, enfermeiros generalistas na APS devem ser especialistas nas situações que mais acometem a comunidade que assistem, portanto, especializar-se na demanda pode ser uma alternativa para práticas eficazes.

O que não se pode permitir é que apenas a função gerencial seja exercida em detrimento da assistência direta e que a especialização seja objeto para restrição de clientela.

No estudo de Bonfim e al (2016), analisou-se o tempo despendido pela equipe de enfermagem nas ações/intervenções em unidades básicas de saúde identificando que a carga de trabalho de enfermeiros em APS, na dimensão assistencial, é expressiva em três atividades: consulta, atendimento à demanda espontânea e visita domiciliar; por sua vez, as atividades de técnicos e de auxiliares de enfermagem são direcionadas, predominantemente, a procedimentos de cuidado direto⁹. As citadas autoras analisaram que as atividades do enfermeiro são potenciais para ampliação de acesso, humanização e reorganização de processo de trabalho e que técnicos e auxiliares têm seu potencial pouco explorado. Também indicam a existência de um tempo que pode ser usado em benefício do usuário, mas que está sendo gasto em tempo de espera e em ausência do profissional no horário de trabalho. Elas salientam que o esse tempo em potencial aumentaria a produtividade da enfermagem em 80%.

Compreendendo que a SAE inclui o dimensionamento de pessoal, apropriar-se de ferramentas capazes de potencializar a produtividade da equipe para respostas efetivas às demandas da população parece ser um bom recurso.

Por sua vez, a ampliação de acesso na APS pode ocorrer por meio da reorganização da prática assistencial do enfermeiro na organização de agenda de consultas e de fluxo da demanda, na adequação de estrutura física e na consulta compartilhada¹⁰.

Não menos importante do que os pontos discutidos até agora, a implementação da SAE traz a necessidade de construção de instrumentos que ofereçam suporte ao PE. Em um município rural de Minas Gerais, a integração de impressos mais

adequados à prática clínica da APS foi motivo de questionamento por parte de enfermeiros, que compreenderam o uso desses impressos como uma maneira de prejudicar o tempo disponibilizado para o PE, considerando-os “acréscimo” ao trabalho já realizado¹¹.

Ao reconhecer a necessidade de adoção de instrumentos que qualificam a ação profissional em consonância com a legislação, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicou, em 2018, diretrizes para a elaboração de protocolos na APS pelos conselhos regionais e federal¹².

A criação de protocolos clínicos é uma importante ação institucional para estabelecer instrumentos adequados à prática gerencial e clínica da enfermagem na APS. Aqui, quatro experiências distintas são destacadas.

A **primeira experiência**, ocorrida no município de Florianópolis, é um ótimo exemplo de interação entre conselho de classe e secretaria de saúde. A Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE), da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem (Coren) de Santa Catarina, produziu um conjunto de quatro protocolos de enfermagem com condutas para a prática de enfermagem*. Para registro do PE no prontuário eletrônico foram utilizados recursos já existentes e incluídos outros, dentre os quais o SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), uma lista de problemas, a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP®) e a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®). Esse conjunto de instrumentos facilita a comunicação entre profissionais, permite a obtenção de dados clínicos e respalda, legalmente, o registro do PE.

Destacamos que o SOAP a CIAP®, embora sejam importantes instrumentos de registro e recuperação de informações e possam contribuir

para a prática da enfermagem, não representam, singularmente, a especificidade do trabalho da enfermagem na APS. Desse modo, a CSAE do município foi estratégica ao incorporar uma terminologia capaz de representar tal especificidade. A CIPE® foi considerada primordial para o raciocínio clínico e para a efetivação do PE na APS¹³.

A **segunda experiência** de inclusão de protocolos é a parceria da prefeitura do município do Rio de Janeiro com o Coren/RJ e com a Rede Unida para estabelecer subsídios para assistência de enfermagem em diferentes ciclos de vida e em agravos como a dengue, a tuberculose e a hanseníase***. Nesse protocolo, o papel da gestão municipal é estabelecer regras, limites e possibilidades da atuação profissional em consonância com a legislação da categoria.

Percebemos que, no município, a gestão atuou como reguladora, exercendo seu papel e possibilitando a implementação de parte da SAE.

A **terceira experiência** é a do estado de Goiás, que, desde 2010, trabalha na organização de protocolos com participação de enfermeiros, órgão de classe e instituições de ensino****. Apesar de reconhecer a importância desse documento para a prática de enfermagem no estado – pelo estabelecimento de instrumentos de coleta de dados e fluxos de ação, ele não traz relação clara com as fases do PE, em especial, com o diagnóstico de enfermagem – o protocolo apresenta queixas ou problemas comuns e, a partir delas, estabelece as ações a serem tomadas.

A **quarta experiência**, de âmbito estadual, é a de São Paulo. O Coren/SP publicou em 2015, com edição revisada em 2017, o *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem* voltado aos municípios e às instituições de saúde¹⁴.

** Protocolo disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>>

*** Protocolo disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/2018.03.01-Protocolo.pdf>>

* Os protocolos estão disponíveis em: <<http://www.corensc.gov.br/protocolos-de-enfermagem-2/>>

Desde 2019, considerando as diretrizes para a elaboração de protocolos na Atenção Básica do Cofen¹², o Coren/SP vem intensificando a pactuação com os municípios para a redação de diretrizes para a elaboração de protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado, num intenso e extensivo movimento envolvendo trabalhadores da rede de saúde municipal e estadual, pesquisadores e docentes de universidades do estado. A pactuação envolve acordos estabelecidos com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde e Comissão Bipartite, um diferencial importante na perspectiva de implementação das ações.

As quatro experiências citadas nos levam a discutir que a gestão, como parte da dimensão estrutural do serviço de saúde, deve estar envolvida diretamente no processo de implementação da SAE. Além disso, o sistema Cofen/Coren exerce um papel crucial, pois confere legitimidade aos instrumentos, ao cancelá-los e atestar a legalidade da implantação.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E A IMPLANTAÇÃO DA SAE

EXEMPLO DE CURITIBA

Quando se fala em implantação da SAE na AB, é impossível não lembrarmos da experiência pioneira da cidade de Curitiba. Em 1999, a Secretaria Municipal de Curitiba viabilizou eletronicamente os prontuários dos pacientes, como protótipo, em um sistema *on-line* interconectado em rede com programas institucionais, abrangendo quase a totalidade das 107 Unidades de Saúde do município, e com o gerenciamento da programação e do alto custo – via centrais de marcação

de consulta especializada e de leitos e laboratório central. No sistema, não estava incluída a consulta de enfermagem. Assim, em 2001, o Grupo de Sistematização das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba iniciou um trabalho de revisão das práticas de enfermagem realizadas no conjunto de Unidades de Saúde municipais tendo por objetivo, além da implementação da consulta de enfermagem e da incorporação de uma nomenclatura para registro das práticas de enfermagem, no caso, a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), sistematizar e validar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, incentivar a produção científica e aumentar a visibilidade da prática de enfermagem no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba⁸.

O grupo condutor do processo se somou ao esforço da enfermagem para a implantação da SAE nas instituições de saúde brasileiras, com base nas diretrizes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)¹⁵ e estabeleceu, entre outras condições, a necessidade de construção desse sistema de informação, como uma ferramenta para assistência, gestão e controle social no SUS.

Como uma das iniciativas, no âmbito da SMS Curitiba, foi realizado como ponto de partida um curso de 195 horas, com a participação de 150 enfermeiros assistenciais, visando à atualização da prática da SAE. Foi constituído também um grupo-tarefa com 31 enfermeiros assistenciais que estabeleceram os diagnósticos de enfermagem e as ações/intervenções decorrentes deles, com base no perfil epidemiológico e assistencial de Curitiba e na metodologia e nos resultados da CIPESC®. O trabalho realizado no decorrer de um ano, com encontro semanal, resultou no sistema informatizado da rede municipal de unidades básicas e de saúde da família, implementado em julho de 2004, contemplando o tema saúde da mulher e, em julho de 2005, incorporando o

tema saúde da criança. Pesquisa de Malucelli et al (2010), realizada em Curitiba, analisou a contribuição da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança, para a confecção de um modelo de um sistema e salientou como a enfermagem colaborou para esses resultados, no sentido de melhora da qualidade de atenção, a partir da identificação das necessidades em saúde e os contextos de desgaste quanto nos de fortalecimentos¹⁶.

Importante assessoria foi disponibilizada pela ABEn Nacional, que forneceu consultoria para suporte teórico/metodológico durante todo o processo, acompanhando o processo de implantação e de construção dos demais temas (adolescente, doenças crônico-degenerativas, idoso etc.).

Para a SAE, considerou-se essencial a definição dos aspectos fundamentais para a elaboração da modelagem de um sistema informatizado baseado nas etapas do Processo de Enfermagem, nas Necessidades Humanas e utilizando a linguagem de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para documentação da prática profissional. Paralelamente, foi esta a tarefa da Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem, da ABEn Nacional, gestão 2007-2010 em parceria com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. As etapas metodológicas e os resultados do desenvolvimento do referido sistema de informação – levantamento de requisitos, modelagem, mapeamento objeto-relacional, implementação e validação do sistema – encontram-se publicadas¹⁵. Ressaltamos que, embora a experiência de Curitiba tenha sido a semente para o sistema desenvolvido pela ABEn Nacional, ele não se limitou apenas à Atenção Básica, tampouco à nomenclatura CIPESC®. Houve incorporação das experiências públicas hospitalares dos estados da Paraíba e do Rio Grande do Sul e da taxonomia da NANDA Internacional e CIPE®¹⁷.

Uma iniciativa de avaliação da implantação

da CIPESC® – Curitiba foi realizada por meio de oficina de trabalho com estes objetivos: avaliar a implantação do sistema de classificação no sistema informatizado; identificar fatores facilitadores da prática de enfermagem e estratégias de potencialização, a partir da implantação da CIPESC® no sistema informatizado; identificar fatores limitantes da prática de enfermagem e estratégias de superação, a partir da implantação da CIPESC® no sistema informatizado; oportunizar aos enfermeiros ampliar seus conhecimentos sobre a CIPESC® e sua utilização no sistema informatizado da SMS; refletir sobre a prática de enfermagem na SMS. Um dos desafios postos à implantação da CIPESC® era justamente superar o uso de um sistema classificatório como um simples instrumento de trabalho e concebê-lo como inovação tecnológica capaz de imprimir mudanças que oportunizem o trabalho da enfermagem¹⁸. Na experiência, foram realizadas, em 2004, oficinas com duração de 4 horas, conduzidas nos sete distritos sanitários do município de Curitiba, num período de dois, incluindo facilitadoras com a participação de 109 enfermeiros assistenciais e gerenciais⁸.

A experiência na produção das oficinas e o reconhecimento da expertise do grupo de Curitiba no desenvolvimento do raciocínio clínico para o embasamento sobre a utilização teórica, prática e pedagógica da CIPESC® fomentaram várias experiências de educação em serviço em diferentes municípios, disseminando e inspirando a implementação da SAE em todo o território nacional. Isso de seu inclusive no ensino de graduação em enfermagem¹⁹, em processos de educação continuada em serviços públicos e privados, no treinamento de discentes e nas distintas Comissões de Sistematização das Práticas de Enfermagem (COMISAE) das seções da ABEn Nacional.

Ao sintetizar as falas dos participantes quanto às dificuldades da SAE nas oficinas realizadas em Curitiba, identificou-se o reconhecimento

de seu pouco uso no trabalho e na rotina diária, não sendo incorporada como hábito. Pelo fato de não ter sido objeto de aprendizagem de muitos dos enfermeiros na universidade, alguns profissionais referiram pouca familiaridade com nomenclaturas da prática de enfermagem e com o sistema informatizado. Ao mesmo tempo, consideraram que a implantação do sistema informatizado foi um facilitador para maior familiaridade com a SAE. Quanto aos diagnósticos previamente elaborados, por exemplo, no caso da saúde da mulher, os participantes disseram que tal elaboração limitava a possibilidade de outras opções, mas que houve facilidade em se tratando de diagnósticos múltiplos e variados, que abrangem aspectos amplos de saúde. Quanto às intervenções de enfermagem presentes no sistema, foram caracterizadas como muito parecidas e/ou repetitivas, algumas incoerentes, necessitando ser incorporadas muitas das intervenções inerentes aos protocolos oficiais da instituição. Houve a indicação de que a organização do trabalho e o espaço físico são limitadores da implantação da SAE. Dessa forma, considerou ser necessário na implantação da SAE um processo contínuo, atrelado à educação permanente e a processos de melhoria das condições para o seu pleno exercício⁸.

No decorrer da utilização da nomenclatura CIPESC[®] no prontuário eletrônico do usuário de saúde de Curitiba, as atualizações aconteceram a passos mais lentos. As adequações foram feitas por um grupo reduzido de profissionais e, em 2014, a nomenclatura revisada e ampliada foi objeto de dissertação de mestrado, que teve como resultado um subconjunto terminológico da CIPE[®] para o cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde²⁰. Infelizmente, o produto atualizado não foi incorporado pelas gestões municipais posteriores à implantação que, entre outras razões, investiram na reestruturação do prontuário eletrônico do paciente com vistas ao e-SUS, incorporando o registro das ações exe-

cutadas pelos diversos profissionais da equipe de saúde por meio da CIAP[®]. Além disso, houve modificação significativa dos enfermeiros atuantes na assistência, com entradas, saídas e transferências de profissionais. Esse movimento não foi acompanhado de capacitação continuada; assim, o pouco que restou na nomenclatura CIPESC[®] no prontuário eletrônico do paciente não foi identificado como representativo da prática e, aos poucos, foi subsumido pela necessidade de dados que fossem interoperáveis com o e-SUS.

É importante considerar o momento da política nacional e municipal de APS que a implantação da SAE em Curitiba se conformou. No Brasil – optando-se pelo termo Atenção Básica, destacou-se o seu papel nos sistemas de saúde a partir da conformação do SUS, em 1988, do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90 e a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da APS abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem Estratégia Saúde da Família (ESF). Os anos 2000 foram marcados pela expansão da Atenção Básica nos grandes centros urbanos, como em Curitiba.

Certamente, o início do século foi um cenário estrutural positivo para implantação da SAE. Somado a isso, particularmente, o grupo condutor do processo em Curitiba contava com o apoio político representado pelo secretário de saúde, que era farmacêutico, e da assessoria de gabinete, que tinha sido presidente da ABEn Nacional

quando da estruturação do Projeto CIPESC[®]/ABEn. Nesse sentido, salienta-se que para efetiva continuidade de implantação da SAE, além da capacidade técnica, é necessário que se construa um projeto institucional sólido que vá além do tempo operacional de um plano de gestão, sendo assumido pelos profissionais como cultura institucionalizada.

Passados quase 20 anos, a SAE em Curitiba não está isolada do cenário, que se encontra num momento amplo de refreamento do SUS, com sérias implicações, reflexo da política nacional que vem sofrendo restrições fiscais, principalmente a partir de 2016, marcando o início de um período de retrocesso nas conquistas obtidas pelo sistema universal de saúde²¹.

É preciso refletir que a atual PNAB, disposta na Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, se deu no movimento de intensa crise política e econômica no país, com implicações profundas nas políticas sociais e de saúde. E sua revisão foi realizada em um cenário de disputas corporativas e jurídicas. Discute-se que a PNAB traz segmentação do acesso, recomposição das equipes, reorganização do processo de trabalho e fragilização da coordenação nacional da política de tal modo que há sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da APS no Brasil²².

Dentre esses pontos, destacam-se a mudança nas modalidades e na composição das equipes de saúde da família (no mínimo um agente comunitário da saúde, anteriormente eram quatro) e a previsão de novos incentivos financeiros para modalidades de AB, não necessariamente baseadas em atributos e diretrizes da APS. Isso concede maior flexibilidade aos gestores municipais, que em última instância respondem pela contratação de profissionais e pela organização da AB nos municípios. A grande preocupação é justamente esta: reconhece-se a legitimidade da reivindicação dos gestores municipais por mais autonomia, mas é necessária cautela. Diante de

um quadro de agravamento do subfinanciamento na saúde, a ampliação da autonomia pode seguir por priorização de ações que podem ir na direção do aprofundamento da AB, na disputa por consumo de ações e serviços médicos de urgência e especializados²³.

Não sabemos como a atual política afetará a prática da enfermagem na APS. Analisando o documento, é possível identificar que a palavra “enfermagem” aparece nele 15 vezes e “enfermeiro”, 10 vezes; ou seja, não se pode afirmar que a simples referência à profissão é um elemento que indica consideração quanto à importância para a operacionalização da política. Num movimento anterior à publicação da PNAB, as ações e a prática da enfermagem foram objetos de ampla discussão na ocasião da liminar que proibia os enfermeiros de solicitar exames na Atenção Básica, movida pelo Conselho Federal de Medicina.

De modo geral, quando relacionada à enfermagem, a nova PNAB apresenta as seguintes considerações:

- » Necessidade de ambiente – consultório de enfermagem;
- » Preferência de enfermeiro com especialidade em SF para compor a equipe;
- » Técnicos e auxiliares de enfermagem para compor equipes, conforme característica populacional e de categorias de equipe – Saúde da Família ou de Atenção Básica, com ou sem agente comunitário de saúde (ACS);
- » Figura do enfermeiro supervisor vinculado ao ACS, mas com coordenação do trabalho do ACS de competência de profissional de nível superior;
- » Distintas atribuições dos profissionais de enfermagem – enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem.

Ao analisar as atribuições listadas pela política para os distintos profissionais, a consulta de enfermagem é relacionada como especificidade do enfermeiro. Seus desdobramentos – procedimentos, solicitação de exames, prescrição de medicação, entre outros – estão relacionados às disposições legais da profissão. Em relação à SAE, positivamente, a portaria oferece subsídio ao incluir a atribuição de implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos.

Um ponto discutido e objeto de demandas legais por órgão de classe é possibilitar aos ACS (em caráter excepcional, assistido por profissional de nível superior e com treinamento) a realização de atividades desempenhadas por profissionais de enfermagem. São listadas técnicas básicas como aferição de pressão e temperatura, glicemia capilar e limpeza de curativo.

Encontramos algumas críticas ao processo de trabalho dos distintos profissionais de saúde na APS e sua relação com a PNAB. Ao enfermeiro foi atribuída a dificuldade de “reinventar suas práticas na Atenção Básica” e a partilha pelo desafio da valorização de um modelo que valoriza a equipe composta de médico, enfermeiro e técnico/auxiliar, sem a obrigatoriedade do ACS e de outros membros da equipe de saúde²⁴.

CONCLUSÃO

Como lições aprendidas, retomamos alguns pontos indicados na introdução:

- » A SAE deve ultrapassar a legalidade da regulamentação – ela deve ser entendida como prática social da enfermagem, em especial na APS.
- » A equipe de enfermagem deve entender a SAE como organizadora de suas práticas e o Processo de Enfermagem como eixo estruturante, estabelecido por teorias e ladeado por terminologias próprias.
- » A implantação da SAE é profundamente determinada por um projeto político institucional consistente, que reflita as necessidades da comunidade.

Tais pontos nos levam à reflexão de que, embora a realidade seja complexa e determinada por políticas institucionais e legais da profissão, a modificação efetiva das práticas se dá pela resposta que nossa profissão é capaz de oferecer às necessidades da comunidade a quem prestamos assistência.

REFERÊNCIAS

1. FERREIRA SRS, PÉRICOLA D, DIAS V RGF. THE COMPLEXITY OF THE WORK OF NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE. REV BRAS ENFERM [INTERNET]. 2018;71(SUPPL 1):704-709. [ISSUE EDITION: CONTRIBUTIONS AND CHALLENGES OF PRACTICES IN COLLECTIVE HEALTH NURSING] AVAILABLE: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0034-7167-2017-0471](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471).
2. GALAVOTE HS, ZANDONADE E, GARCIA ACP, FREITAS PSS, SEIDL H, CONTARATO PC ET AL. O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE [INTERNET]. ESC. ANNA NERY [INTERNET]. 2016 MAR [CITADO 22 JUL 2019];20(1):90-98. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/SCIOLO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1414-81452016000100090&LNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100090&lng=pt). DOI: [10.5935/1414-8145.20160013](http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160013)
3. FIGUEIREDO MHS, MARTINS MMFPS. DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À (CO)CONSTRUÇÃO DO MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA [INTERNET]. REV ESC ENFERM USP. 2009 SET [CITADO 22 JUL 2019];43(3):615-621. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/SCIOLO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342009000300017&LNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300017&lng=pt). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342009000300017](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300017).
4. SOUZA TCF, MELO AB, COSTA CML, CARVALHO JN. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR: AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS COM INDIVÍDUOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE [INTERNET]. ENF EM FOCO [S.L.]. 2017 ABR [CITADO 22 JUL 2019];8(1):17-21. DISPONÍVEL EM: [HTTP://REVISTA.COFEN.GOV.BR/INDEX.PHP/ENFERMAGEM/ARTICLE/VIEW/927/369](http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/927/369). DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.21675/2357-707X.2017.V8.N1.927](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.V8.N1.927).
5. CECILIO HPM, SANTOS KS DOS, MARCON SS. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA EM UM PROJETO DE EXTENSÃO [INTERNET]. COGITARE ENFERM. 2014 JUL/SET [CITADO 22 JUL 2019];19(3):536-544. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://REVISTAS.UFPR.BR/COGITARE/ARTICLE/VIEWFILE/32729/23239](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewfile/32729/23239).
6. MAIA VF, VIEIRA CJO, AMORIM LAA, ANNY SS, MACÊDO SM, SILVA SYB, ET AL. CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO SOBRE A TUBERCULOSE [INTERNET]. REV DE ENF. UFPE ON-LINE, [S.L.]. 2017 DEZ [CITADO 22 JUL 2019];11(12):4781-4788. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://PERIODICOS.UFPE.BR/REVISTAS/REVISTAENFERMAGEM/ARTICLE/VIEW/25158](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25158). DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.5205/1981-8963-V11I12A25158P4781-4788-2017](https://doi.org/10.5205/1981-8963-V11I12A25158P4781-4788-2017).
7. BONFIM D, GAIDZINSKI RR, SANTOS FM, GONÇALES CS, FUGULIN FMT. IDENTIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PARÂMETRO PARA O DIMENSIONAMENTO DE TRABALHADORES [INTERNET]. REV ESC ENFERM USP. 2012 DEZ [CITADO 22 JUL 2019];46(6):1462-1470. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/SCIOLO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342012000600025&LNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600025&lng=pt). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342012000600025](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025).
8. CUBAS MR, ALBUQUERQUE LM DE, MARTINS SK, NÓBREGA MML DA. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO CIPESC® EM CURITIBA [INTERNET]. REV ESC ENFERM USP. 2006 JUN [CITADO 22 JUL 2019];40(2):269-273. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/SCIOLO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342006000200016&LNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200016&lng=pt). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342006000200016](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200016).
9. BONFIM D, FUGULIN FMT, LAUS AM, PEDUZZI M, GAIDZINSKI RR. TIME STANDARDS OF NURSING IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: AN OBSERVATIONAL STUDY. REV ESC ENFERM USP. 2016 [CITADO 2019 JUL 22];50(1):118-126. DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342016000100016](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000100016).
10. LOWEN IMV, PERES AM, ROS C, POLI NETO P, FAORNT. INNOVATION IN NURSING HEALTH CARE PRACTICE: EXPANSION OF ACCESS IN PRIMARY HEALTH CARE. REV BRAS ENFERM 2017 [CITADO 2019 JUL 22];70(5):898-903. DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0034-7167-2016-0131](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131).
11. MIRANDA LCV, SILVEIRA MR, CHIANCA TCM, VAZ RMF. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA [INTERNET]. CIENCIA Y ENFERMERIA XXI. 2015 [CITADO 22 JUL 2019];(2):31-38. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://SCIOLO.CONICYT.CL/PDF/CIENF/V21N2/ART_04.PDF](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_04.pdf).
12. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS CONSELHOS REGIONAIS/FEDERAL DE ENFERMAGEM [INTERNET]. BRASÍLIA: COFEN, 2018 [CITADO 22 JUL 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.COFEN.GOV.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/03/DIRETRIZES-PARA-ELABORA%C3%A7%C3%A3o-DE-PROTOSCOLOS-DE-ENFERMAGEM-PDF](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-enfermagem.pdf).

13. SIQUEIRA EF. VALIDAÇÃO DA CORRESPONDÊNCIA DIAGNÓSTICA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA PRÁTICAS DE ENFERMAGEM – CIPE® COM A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – CIAP 2 SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS REFERÊNCIA NO BRASIL [TESE]. ENFERMAGEM. 2017 [CITADO 22 JUL 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://REPOSITORIO.UFSC.BR/HANDLE/123456789/185505](https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/185505).
14. PIMENTA CAM, PASTANA ICASS, SICHIERI K, SOLHA RKT, SOUZA W. GUIA PARA CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM [INTERNET]. COREN-SP, 2015 [CITADO 22 JUL 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BIBLIOTECA.COFEN.GOV.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/06/GUIA-PARA-CONSTRU%C3%A7%C3%A3O-DE-PROTOS-ASSISTENCIAIS-DE-ENFERMAGEM.PDF](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Guia-para-constru%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-assistenciais-de-enfermagem.pdf).
15. MALUCELLI A, OTEMAIER KR, BONNET M, CUBAS MR, GARCIA TR. SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA APOIO À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM [INTERNET]. REV BRAS ENFERM [INTERNET]. 2010 AGO [CITADO 6 AGO 2019]; 63(4):629-636. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0034-71672010000400020&LNG=EN](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020&lng=en). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0034-71672010000400020](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400020).
16. APOSTOLICO MR, CUBAS MR, ALTINO DM, PEREIRA KCM, EGRY EY. CONTRIBUIÇÃO DA CIPESC® NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, PARANÁ [INTERNET]. TEXTO CONTEXTO – ENFERM. 2007 SET [CITADO 6 AGO 2019]; 16(3):453-462. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-07072007000300011&LNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300011&lng=pt). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0104-07072007000300011](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300011).
17. GARCIA TR, CUBAS MR. DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM: SUBSÍDIOS PARA SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2012;192P.
18. CUBAS MR. INSTRUMENTOS DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E POLÍTICA NO TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM: A EXPERIÊNCIA DA CIPE®/CIPESC® [INTERNET]. REV BRAS ENFERM 2009 OUT [CITADO 6 AGO 2019]; 62(5):745-747. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0034-71672009000500016&LNG=EN](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500016&lng=en). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0034-71672009000500016](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500016).
19. NICHATA LYI, PADOVEZE MC, CIOSAK SI, GRYSCHKEK ALFPL, COSTA AA, TAKAHASHI RF, ET AL. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA - CIPESC®: INSTRUMENTO PEDAGÓGICO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA [INTERNET]. REV. ESC. ENFERM. USP. 2012 JUN [CITADO 8 AGO. 2019]; 46(3):766-771. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342012000300032&LNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300032&lng=pt). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342012000300032](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300032).
20. CAVALHEIRO MA, CUBAS MR, ALBUQUERQUE LM. SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2015;63-126.
21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA [INTERNET]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012 [CITADO 6 AGO 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/GERAL/PNAB.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/GERAL/PNAB.PDF).
22. MOROSINI MVGC, FONSECA AF, LIMA LD DE. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017: RETROCESSOS E RISCOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. SAÚDE DEBATE [INTERNET]. 2018 JAN [CITADO 8 AGO 2019]; 42(116):11-24. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0103-11042018000100011&LNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=pt). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0103-1104201811601](http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601).
23. MELO EA, MENDONÇA MHM DE, OLIVEIRA JR DE, ANDRADE GCL DE. MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: ENTRE RETROCESSOS E DESAFIOS [INTERNET]. SAÚDE DEBATE. 2018 SET [CITADO 6 AGO 2019]; 42(SPE 1):38-51. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0103-11042018000500038&LNG=EN](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0103-11042018S103](http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S103).
24. OLIVEIRA CLC DE, REIS AAC DOS. APONTAMENTOS SOBRE OS DESAFIOS (AINDA) ATUAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE [INTERNET]. CAD SAÚDE PÚBLICA. 2018 [CITADO 22 JUL 2019]; 34(8):1-14. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/CSP/V34N8/1678-4464-CSP-34-08-E00056917.PDF](http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf).



CAPÍTULO 11

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NA APS

PALAVRAS-CHAVE:
ENFERMAGEM; VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA; MAUS-TRATOS
INFANTIS; ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE; TERMINOLOGIA
PADRONIZADA EM ENFERMAGEM

KAREN NAMIE SAKATA-SO

ENFERMEIRA. DOUTORA EM CIÊNCIAS.
ESPECIALISTA EM LABORATÓRIO, DEPARTAMENTO
DE SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM
DA USP

EMIKO YOSHIKAWA EGRY

ENFERMEIRA. PROFESSORA EMÉRITA,
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE
COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

MARCIA REGINA CUBAS

ENFERMEIRA. DOUTORA EM ENFERMAGEM.
PROFESSORA ADJUNTA DO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
(PUC-PR)

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, reconhece a criança como sujeito de direito, modificando a legislação anterior, que a considerava como propriedade dos pais. No título VIII, capítulo VII - Da família, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso, o artigo 227 determina¹:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão¹ (p. 131).

Nessa Carta Magna, também se estabeleceu, pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que dispõe a respeito da proteção integral à criança e ao adolescente. Assim, o ECA elencou algumas condições para que as crianças e os adolescentes sejam tratados de forma mais saudável e respeitosa².

Para o ECA, é considerado criança uma pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela que está na faixa dos 12 aos 18 anos. A criança e o adolescente devem gozar de todos os direitos inerentes à pessoa e ter assegurado o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. É dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar os direitos a vida, saúde, alimentação, educação, profissionalização, cultura, dignidade, liberdade, convivência familiar e comunitária, esporte, lazer e também respeito².

No tema deste capítulo, é importante ressal-

tar o artigo 5º do ECA²:

nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (p. 11).

No âmbito da vigilância em saúde, a violência é um agravo de notificação compulsória no país, instituída como tal pela Portaria n. 104 MS/GM, de 25 de janeiro de 2011³. E a Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014, reforçada pela Portaria de Consolidação n. 4, de 28 de setembro de 2017, estabeleceu a violência doméstica e/ou outras violências sendo de notificação semanal, e a violência sexual e as tentativas de suicídio como notificação imediata, de até 24 horas^{4,5}.

O Sistema Nacional de Violências e Acidentes (Viva), implantado em 2006, tem como objetivo coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar as políticas direcionadas a esses agravos, buscando não só enfrentá-los, mas, principalmente, preveni-los. O Sistema Viva é estruturado em dois componentes, que são: Componente I – Viva/Sinan, de vigilância contínua em todos os serviços de saúde, e o Componente II – Viva/Inquérito, na modalidade de inquéritos em serviços sentinelas de urgência e emergência em municípios selecionados⁶.

Apesar do grande avanço constitucional e legal que o ECA e os demais marcos políticos representam, a violência ainda é uma triste realidade na vida das crianças brasileiras.

Segundo o Relatório Viva, em 2013 foram notificados 188.624 casos de violência no Brasil. Desses, 29.784 foram casos registrados em crianças entre 0 e 9 anos de idade (15,8%) e 50.634 em crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos (26,8%)⁶.

Na faixa etária de 0 a 9 anos, 15.917 casos

envolveram meninas (53,4%) e 13.867, meninos (46,5%)⁶.

Houve predominância na zona urbana, correspondendo a 24.018 casos registrados (80,6%), sendo o domicílio o principal local da agressão, com 19.864 ocorrências (66,7%)⁶. A mãe aparece como a principal agressora tanto para os meninos, com 6.447 dos casos (46,5%) quanto para as meninas, com 5.541 (34,8%); seguida do pai, com 3.820 dos casos para os meninos (27,5%) e 3.889 dos casos para as meninas (24,4%)⁶.

Por tipo de violência nessa faixa etária, predominaram os casos de negligência com (50,1%), violência física (28,6%), violência sexual (28,4%) e violência psicológica/moral (17,5%), ressaltando que mais de um tipo de violência pô de ser registrado para cada caso⁶.

Em um recorte de gênero, pode-se observar que, nos meninos, os tipos de violência mais notificados foram a negligência (58,8%) e a violência física (31,1%) e, nas meninas, a negligência (42,5%) e a violência sexual (39%)⁶.

Sakata-So *et al.* (2016), ao fazerem uma análise de vídeos institucionais sobre a violência contra as crianças, identificaram um perfil de violência intergênero e intergeracional recaído, principalmente, sobre a figura das meninas e sendo representada pela violência sexual praticada por um adulto homem⁷.

Entre 2011 e 2017, foram notificados, no Brasil, 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada, sendo 15% dessas notificações referentes às violências contra as crianças e 25,5% contra os adolescentes, concentrando 40,5% de todos os casos notificados nesses dois períodos da vida⁸. A violência sexual representou 184.524 dos casos notificados, sendo 58.037 contra crianças (31,5%)⁸.

Dadas a magnitude do fenômeno da violência doméstica contra crianças e as implicações que isso significa na vida delas e na de suas fa-

mílias, é urgente que a Enfermagem brasileira tenha melhores condições para enfrentar esse fenômeno a fim de que possa contribuir para mudar essa realidade.

Uma das estratégias utilizadas pela Enfermagem para dar visibilidade aos fenômenos sociais sobre os quais ela atua são os subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)⁹, os quais vêm sendo estudados por enfermeiros (as) do mundo todo.

O início da CIPE® data de 1989 e foi aprovada pelo Conselho Nacional de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeiros (CNR-CIE) durante o Congresso Quadrienal, ocorrido em Seul (Coreia do Sul). Até então, a Enfermagem contava com vários sistemas classificatórios, mas se identificava a necessidade de um sistema que unificasse a linguagem para a prática da enfermagem em âmbito mundial⁹.

Em 1991, foi realizada uma pesquisa para identificar os diversos sistemas de classificação em Enfermagem existentes até então, ou em desenvolvimento, e lançado pelo CIE, em 1993, o documento “Próximo avanço da Enfermagem: CIPE®”⁹.

Assim, em 1996, divulgou-se a primeira versão da CIPE®, a Alfa: um marco unificador. Depois, vieram as atualizações, como: versão *alfa* (1996), versão *beta* (1999), versão *beta 2* (2001), versão 1.0 (2005), versão 1.1 (2008), versão 2.0 (2009), versão 3.0 (2011), versão 2013, versão 2015, versão 2017 e versão 2019⁹. As três primeiras versões são publicações experimentais. A partir da versão 1.0, a CIPE® passou a ser incorporada à família de classificações da Organização

* Um Subconjunto Terminológico da CIPE® é um agrupamento de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem referentes a um determinado problema/fenômeno que é foco do trabalho da(o) enfermeira(o). Referência: Garcia TR, Bartz CC, Coenen AM. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): versão 2015. Porto Alegre: Artmed; 2016.

Mundial da Saúde (OMS).

A CIPE® é uma terminologia combinatória, ou seja, os termos simples, atômicos ou primitivos, estão organizados em diferentes eixos e se combinam para formar os conceitos mais complexos (moleculares ou pré-coordenados), que são as afirmativas dos diagnósticos/resultados (DE/RE) e as intervenções de enfermagem (IE)⁹.

Na versão alfa, havia duas classificações: uma para os fenômenos de enfermagem, que era monoaxial, em listagem alfanumérica; e outra para as intervenções de enfermagem, que era multiaxial e com seis eixos: ação, objeto, abordagens, meios, local do corpo e tempo/lugar⁹.

Nas versões beta e beta 2, os fenômenos e as ações de enfermagem passaram a ser representados de forma multiaxial, com oito eixos dos fenômenos, como: foco da prática da Enfermagem; julgamento; frequência; duração; topologia; local do corpo; probabilidade; e portador, e oito eixos das ações: tipo da ação; alvo; meios; tempo; topologia; localização; via; e beneficiário. No entanto, evidenciou-se, na prática profissional, que essa estrutura dificultava o uso da CIPE® e a limitava como um sistema de linguagem unificada para a Enfermagem⁹.

Portanto, a versão 1.0 incluiu recursos computacionais, especificamente a ontologia, evitando redundância e ambiguidade de termos e permitindo a acomodação de alguns deles por meio de mapeamento cruzado. A partir da versão 1.0, a CIPE® assumiu uma estrutura única de sete eixos para representar os termos relacionados aos fenômenos e às ações da Enfermagem, o que facilitou a construção de enunciados preestabelecidos – de acordo com uma clientela –, a prioridade ou o fenômeno, denominados subconjuntos ou catálogos da CIPE®⁹.

No modelo de sete eixos, há termos organizados da seguinte forma⁹:

» **foco:** área de atenção relevante para a Enfer-

magem (exemplos: dor, eliminação, expectativa de vida, conhecimento);

» **juízo:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática da Enfermagem (risco de, aumentado, interrompido, melhorado);

» **meios:** maneira ou método de executar uma intervenção (bandagem, cateter urinário, técnica de respiração);

» **ação:** processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente (promover, encorajar, entrevistar, aliviar);

» **tempo:** momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (admissão, período pré-natal, intermitente);

» **localização:** orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções (anterior, cavidade torácica, creche, hospital-dia);

» **cliente:** sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção da Enfermagem (exemplos: criança, pai, família, comunidade).

Em 2008, o CIE divulga o *Guia para o desenvolvimento de catálogos CIPE®* com o intuito de orientar a construção de subconjuntos que apoiem a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e a formação profissional. Além da possibilidade de elaborar enunciados de DE, RE e IE com base nos termos primitivos constantes nas versões da CIPE® para construção dos subconjuntos terminológicos, desde a versão 1.0 já se previa a elaboração de conceitos pré-coordenados, que são afirmativas constantes na CIPE®. Naquele mesmo ano, a CIPE® também é incluída na família de classificações internacionais da OMS⁹.

Em 2003, O CIE passa a creditar, mundialmente, os centros para pesquisa e desenvolvimento da CIPE®, para coordenar sua disseminação e utilização e apoiar a elaboração dos subconjuntos terminológicos⁹.

Nesse movimento, ocorrido em 2007, foi criado e creditado o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® no Brasil, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (Centro CIPE® - PP-GENF- UFPB). O Centro visa apoiar o desenvolvimento contínuo da CIPE®, promover seu uso na prática clínica, na educação e na pesquisa em Enfermagem e apoiar a construção de subconjuntos terminológicos¹⁰.

Considerando a crescente produção de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil por meio de pesquisas científicas, deve-se ressaltar também a importância de eles serem divulgados e de haver condições favoráveis para que os(as) enfermeiros (as) se apropriem desse conhecimento e o empreguem na prática.

OBJETIVOS

Neste capítulo, o leitor terá conhecimento sobre o que é o Subconjunto terminológico para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e aprenderá a utilizá-lo à luz dos preceitos da Enfermagem em saúde coletiva, compreendendo suas potencialidades e limitações.

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

De maneira crescente, enfermeiros(as) estão pesquisando e desenvolvendo subconjuntos terminológicos para uso da CIPE® em distintos espaços de cuidado. Os subconjuntos validados

pelo CIE podem ser acessados no *site*: www.icn.ch.

No Brasil, distintos programas de pós-graduação possuem linhas de pesquisa que investigam a CIPE®. Em um estudo de revisão bibliométrica publicado em 2018, foram identificadas 108 produções no *stricto sensu*, sendo 30 teses e 78 dissertações. O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, por ser o local em que está o Centro CIPE® de pesquisa e desenvolvimento, teve o maior número de produções, e as temáticas estão direcionadas ao uso da classificação na prática clínica e à elaboração de subconjuntos terminológicos¹¹.

A literatura atual mostra uma significativa ampliação dos estudos que tratam de criar ou validar subconjuntos terminológicos de uma variedade de fenômenos. Ilustram essa afirmação os recentes estudos de Clares *et al.* (2019), Passinho *et al.* (2019), Brehm *et al.* (2019) e Di Mauro *et al.* (2018)^{12, 13, 14, 15}.

Outros estudos que se desenvolveram de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil são: Cuidado de enfermagem para as pessoas com hipertensão; Cuidado para com a pessoa idosa; Cuidado para com as pessoas com diabetes na atenção especializada; Cuidado para com as pessoas com eventos adversos pós-vacinação; Cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde; Cuidado de enfermagem no acompanhamento do desenvolvimento infantil; e Enfrentamento da violência doméstica contra criança e adolescente^{16, 17, 18}.

Este último estudo, elaborado por Albuquerque (2014), tem como objetivo organizar um subconjunto terminológico, por isso essa autora utilizou como modelo teórico a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (Tipesc) e os conceitos de vulnerabilidade, de determinação social do processo saúde-doença, de dimensões da realidade objetiva, de classe social, de gênero, etnia e geração¹⁸.

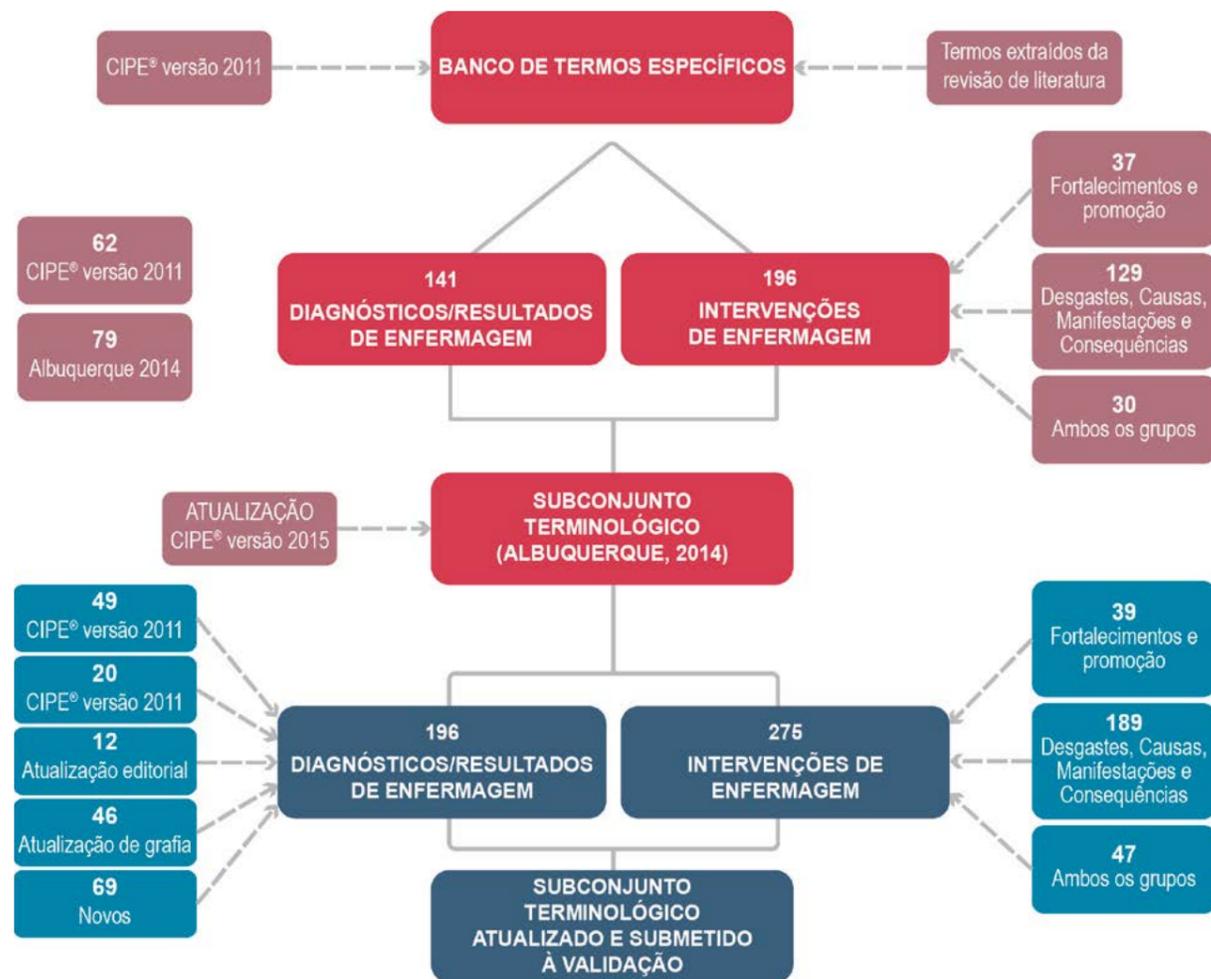
Partindo do estudo de Albuquerque (2014), Sakata-So (2018) atualizou e validou os DE, RE e IE referentes à criança. A validação deu-se com enfermeiras que tinham experiência profissional com a CIPE® ou conheciam o tema da violência doméstica contra a criança¹⁸⁻²⁰. O processo de validação do subconjunto terminológico seguiu as recomendações do método brasileiro para elaboração dos subconjuntos terminológicos de Carvalho, Cubas e Nóbrega (2017), sendo validados os enunciados com índice de validade de conteúdo maior do que 0,79 (IVC > 0,79)²¹.

O método brasileiro para elaboração dos subconjuntos terminológicos preconiza a realização de quatro etapas: identificação de termos relevantes para a clientela e/ou a prioridade de saúde; mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®; construção de enunciados de DE, RE e IE; e estruturação do subconjunto. A validação de DE, RE e IE ocorre na etapa 3 do método²¹.

Para a construção do Subconjunto terminológico da CIPE® para o enfrentamento da violência doméstica infantil, Albuquerque (2014) contribuiu com as etapas 1, 2 e 3, e parte da etapa 3 (atualização de DE, RE e IE e a validação destes) e a etapa 4 foram desenvolvidas por Sakata-So (2018).

A seguir, está apresentado o diagrama-síntese da atualização do subconjunto terminológico.

FIGURA 1. DIAGRAMA-SÍNTESE DA ATUALIZAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO



O modelo teórico que sustentou todo o processo de validação e construção do subconjunto terminológico foi o materialismo histórico-dialético, baseado na Tipesc, conforme as categorias conceituais de processo de trabalho em saúde, processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as), determinação social do processo saúde-doença e saúde coletiva, assim como as categorias dimensionais do estrutural, do particular e do singular.

Dessa maneira, as ações de enfrentamento da violência doméstica contra a criança pelos(as) enfermeiros(as) no âmbito da saúde coletiva/atenção básica passam pelas ações emancipatórias dos sujeitos, em especial os adultos da rede de proteção das crianças, para a superação do fenômeno.

As tabelas 1, 2, 3 e 4 mostram os DE, RE e IE que compuseram o subconjunto terminológico final e seus respectivos IVC²⁰.

TABELA 1. CONCORDÂNCIA DAS ESPECIALISTAS PARA OS DE, RE E IE DO GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVOS À CRIANÇA

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Apoio Social, Eficaz	100
Desempenho Escolar, Adequado	100
Desenvolvimento Infantil, Eficaz	100
Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Eficaz	100
Apoio Familiar, Positivo	88
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Eficaz	88
Comunicação, Eficaz	88
Continuidade do Cuidado, Eficaz	88
Socialização, Eficaz	88
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades.	100
Elogiar o desempenho escolar adequado da criança.	100
Estabelecer vínculo e relação de confiança com a criança/família/cuidadores.	100

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores.	100
Construir com as crianças formas para que possam estabelecer vínculos de confiança com adultos que sejam protetores para elas.	89
Elogiar as habilidades de comunicação.	89
Elogiar e apoiar as ações de respostas adequadas às necessidades de saúde.	89
Elogiar e estimular o relacionamento próximo e afetivo entre pais/cuidadores e criança.	89
Elogiar e reforçar as atitudes de realizar o cuidado.	89
Elogiar o desenvolvimento adequado da criança.	89
Estimular e estabelecer conjuntamente mecanismos de defesa apropriados.	89
Incentivar a criança família a planejar o futuro.	89
Oferecer feedback à criança/família quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica.	89
Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças.	89
Reforçar as habilidades e os pontos positivos identificados pela própria criança/família/cuidadores para o enfrentamento da violência doméstica.	89

TABELA 2. CONCORDÂNCIA DAS ESPECIALISTAS PARA OS DE, RE E IE DO GRUPO DE DESGASTES E MANIFESTAÇÕES RELATIVOS À CRIANÇA

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Abandono da Criança/Abandono da criança, Eliminado	100
Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão)/Comportamento de isolamento (ou Retraimento, Introversão) Diminuído/Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Eliminado	100
Comportamento Violento/Comportamento Violento, Diminuído/Comportamento Violento Eliminado	100
Desenvolvimento Infantil, Prejudicado/Desenvolvimento Infantil, Melhorado/Desenvolvimento Infantil, Eficaz	100
Vítima de Abuso Infantil/Abuso Infantil, Eliminado	100
Apoio Familiar, Prejudicado/Apoio Familiar, Melhorado/Apoio Familiar, Positivo	86
Apoio Social, Prejudicado/Apoio Social, Eficaz	86
Atividade Lúdica, Insatisfatória/Atividade Lúdica, Melhorada/Atividade Lúdica, Satisfatória	86

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Barreira na Comunicação/Barreira na Comunicação, Reduzida/Barreira na Comunicação, Eliminada	86
Comportamento Autodestrutivo/Comportamento Autodestrutivo, Diminuído/Comportamento Autodestrutivo, Eliminado	86
Comportamento Sexual Inapropriado/Comportamento Sexual Inapropriado, Reduzido/Comportamento Sexual Inapropriado, Eliminado	86
Enfrentamento, Prejudicado/Enfrentamento, Melhorado/Enfrentamento, Eficaz	86
Medo de Abandono/Medo de Abandono, Reduzido/ Medo de Abandono, Eliminada	86
Medo/Medo, reduzido/Medo, Eliminada	86
Privação do Sono/Privação do Sono, Reduzida/Privação do sono, Eliminada	86
Rede Social, Insuficiente/Rede Social, Aumentada/ Rede Social, Suficiente	86
Risco de Dificuldade com Enfrentamento/Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Reduzido/Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Eliminada	86
Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil/Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Reduzido/Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Eliminada	86
Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil/Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Reduzido/Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Eliminada	86
Risco de Sono Prejudicado/Risco de Sono Prejudicado, Reduzido/Risco de Sono Prejudicado, Eliminada	86
Risco de Violência Doméstica/Risco de Violência Doméstica, Reduzido/Risco de Violência Doméstica, Eliminada	86
Sinais de Ansiedade/Sinais de Ansiedade, Reduzidos/Sinais de Ansiedade, Eliminados	86
Sinais de Depressão/Sinais de Depressão, Diminuídos/Sinais de Depressão, Eliminados	86
Socialização, Prejudicada/Socialização, Melhorada/ Socialização Eficaz	86
Tristeza Crônica/Tristeza Crônica, Reduzida/Tristeza Crônica, Eliminada	86
Vergonha/Vergonha, Reduzida	86
Violência contra outras Pessoas no Domicílio/Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Eliminada	86
Vítima de Agressão Sexual (ou estupro)/Vítima Protegida contra Novos Episódios de Agressão Sexual (ou Estupro)	86
Vítima de Negligência Infantil/Negligência Infantil, Eliminada	86
Desempenho Escolar, Prejudicado/Desempenho Escolar, Melhorado/Desempenho Escolar, Adequado	86

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Abordar com atenção, de maneira não punitiva e com segurança, a fim de fortalecer a confiança.	100
Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades.	100
Articular com outros profissionais e outros setores a intervenção junto à criança/família/cuidadores e o monitoramento do caso.	90
Atender a criança em ambiente com privacidade e segurança.	90
Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção à criança.	90
Atender os pais/cuidadores em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles.	90
Avaliar a capacidade de compreensão das informações, usar linguagem acessível e sem pré-julgamentos e apresentar as informações de maneira gradual e objetiva.	90
Estabelecer com a criança/família/cuidadores ações para o enfrentamento da violência doméstica.	90
Identificar comportamentos agressivos e/ou processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos.	90
Construir com as crianças formas para que possam estabelecer vínculos de confiança com adultos que sejam protetores para elas.	89
Oferecer <i>feedback</i> à criança/família/cuidadores quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica.	89
Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças.	89
Ajudar a criança/família a relembrar situações adversas superadas, encorajando-as a enfrentar a situação atual.	80
Auxiliar a criança a compreender que não tem culpa da situação de violência.	80
Avaliar as necessidades e garantir as medidas protetivas imediatas.	80
Discutir sobre educação sexual/sexualidade.	80
Encorajar a expressão e a verbalização de percepções, sentimentos, medos e dificuldades.	80
Estabelecer vínculo com a criança/família/cuidadores.	80
Estimular o uso de recursos espirituais, se desejado.	80
Evitar perguntar direta e frequentemente sobre os detalhes da violência sofrida.	80
Identificar as necessidades da criança em situações de violência.	80
Investigar a possibilidade de a criança estar sofrendo violência.	80
Monitorar ideação/gestos suicidas.	80

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência.	80
Observar na criança sinais de erotização precoce e/ou atitudes sexuais impróprias para a idade.	80
Obter dados sobre ansiedade/estresse/humor deprimido/tristeza/depressão.	80
Obter dados sobre apoio emocional.	80
Obter dados sobre comportamento sexual inapropriado.	80
Obter dados sobre desempenho/frequência/convivência escolar.	80
Obter dados sobre higiene corporal e/ou oral.	80
Obter dados sobre recursos para controlar a ansiedade.	80
Obter dados sobre sinais de desconforto.	80
Obter dados sobre uso/abuso/abstinência de álcool e/ou drogas.	80
Orientar sobre sono.	80
Ouvir as preocupações, sentimentos e perguntas e oferecer as informações solicitadas pela criança/família/cuidadores.	80
Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade.	80
Reforçar aspectos positivos.	80

TABELA 3. CONCORDÂNCIA DAS ESPECIALISTAS PARA OS DE, RE E IE DO GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVOS À FAMÍLIA

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Apoio Social, Eficaz	100
Cuidador(a) Capaz de Executar o Cuidado	100
Enfrentamento Familiar, Eficaz	88
Família/Cuidador(a) Capaz de Participar do Planejamento do Cuidado	88
Prontidão para Tomada de Decisão	88
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades.	100
Encorajar as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família.	100
Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar fortalecida.	100
Estabelecer vínculo e relação de confiança com a criança/família/cuidadores.	100

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores.	100
Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas e encorajar os membros da família a identificarem e resolverem os conflitos por meio do diálogo.	100
Reforçar a participação em atividades sociais e comunitárias.	100
Apoiar a família/cuidador(a) de maneira que consiga identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas.	89
Construir coletivamente estratégias para participação em atividades sociais e comunitárias.	89
Construir coletivamente formas de a família/cuidadores acessar os serviços comunitários.	89
Elogiar a atitude de analisar as possibilidades e as consequências envolvidas no processo de decisão.	89
Elogiar as ações que promovem proteção às crianças.	89
Elogiar as habilidades de comunicação.	89
Elogiar e apoiar as ações de respostas adequadas às necessidades de saúde.	89
Elogiar e estimular o relacionamento próximo e afetivo entre pais/cuidadores e criança.	89
Elogiar e reforçar as atitudes de realizar o cuidado.	89
Elogiar e reforçar o papel dos pais/cuidadores como cuidadores e protetores das crianças.	89
Elogiar o desenvolvimento adequado da criança.	89
Encorajar o diálogo em família para discutir os problemas e as possíveis soluções.	89
Ensinar os pais/cuidadores a reconhecer as conquistas das crianças.	89
Estabelecer vínculo com a família/cuidadores e incentivar ações que possam proteger as crianças.	89
Estimular e estabelecer conjuntamente mecanismos de defesa apropriados.	89
Explicar aos pais/cuidadores a importância da recreação e lazer para o desenvolvimento da criança.	89
Explicar aos pais/cuidadores o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança.	89
Explicar aos pais/cuidadores que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitadas.	89
Incentivar a criança/família a planejar o futuro.	89
Oferecer <i>feedback</i> à criança/família quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica.	89
Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças.	89
Orientar família/cuidadores sobre os cuidados e o desenvolvimento do bebê (ou lactente).	89

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Orientar os pais/cuidadores sobre a importância de educar sem violência.	89
Reforçar as habilidades e os pontos positivos identificados pela própria criança/família/cuidadores para o enfrentamento da violência doméstica.	89
Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos.	80

TABELA 4. CONCORDÂNCIA DAS ESPECIALISTAS PARA OS DE, RE E IE DO GRUPO DESGASTES E MANIFESTAÇÕES RELATIVOS À FAMÍLIA

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADOS	IVC (%)
Conhecimento sobre Educação Sem violência, Insatisfatório/Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Melhorado/Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Satisfatório	100
Sinais de Estresse dos Pais e Cuidadores, Presentes/Sinais de estresse dos Pais e Cuidadores, Reduzidos/Sinais de Estresse dos Pais e Cuidadores, Eliminados	100
Apoio Social, Prejudicado/Apoio social, Melhorado/Apoio social, Eficaz	86
Atitude Familiar Conflituosa/Atitude Familiar Conflituosa, Reduzida/Atitude Familiar Conflituosa, Eliminada	86
Capacidade do(a) cuidador(a) para Executar o Cuidado, Prejudicada/Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Melhorada/Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Adequada	86
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada/Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Melhorada	86
Comunicação, Prejudicada/Comunicação, Melhorada/Comunicação, Eficaz	86
Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Insatisfatório/Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Melhorado/Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Satisfatório	86
Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Insatisfatório/Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Melhorado/Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Satisfatório	86
Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Insatisfatório/Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Melhorado/Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Satisfatório	86
Dependência de Álcool/Dependência de Álcool, Reduzida/Dependência de Álcool, Controlada	86
Dependência de Drogas/Dependência de Drogas, Reduzida/Dependência de Drogas, Controlada	86
Enfrentamento Familiar Prejudicado/Enfrentamento Familiar Melhorado/Enfrentamento Familiar Eficaz	86

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADOS	IVC (%)
Rede Social Insuficiente/Rede Social Aumentada/Rede social Suficiente	86
Sinais de Depressão, Presentes/Sinais de Depressão, Diminuídos/Sinais de Depressão, Eliminados	86
Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Presente/Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Eliminada	86

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Abordar com atenção, de maneira não punitiva e com segurança, a fim de fortalecer a confiança.	100
Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades.	100
Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar fortalecida.	100
Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores.	100
Articular com outros profissionais e outros setores a intervenção junto à criança/família/cuidadores e o monitoramento do caso.	90
Atender os pais/cuidadores em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles.	90
Avaliar a capacidade de compreensão das informações, usar linguagem acessível e sem pré-julgamentos e apresentar as informações de maneira gradual e objetiva.	90
Estabelecer com a criança/família/cuidadores ações para o enfrentamento da violência doméstica.	90
Estimular a busca de mais conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e construir coletivamente estratégias de participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.	90
Identificar comportamentos agressivos e/ou processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos.	90
Identificar conflitos/condições familiares geradores de violência ou que possam gerar maior vulnerabilidade a práticas violentas.	90
Reconhecer os valores da família/cuidadores de maneira isenta de julgamentos.	90
Apoiar a família/cuidador(a) de maneira que consiga identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas.	89
Construir coletivamente estratégias para participação em atividades sociais e comunitárias.	89
Construir coletivamente formas de a família/cuidadores acessarem os serviços comunitários.	89
Construir com a escola e com os pais/cuidadores oportunidades para que estes participem das atividades da escola.	89

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Encorajar o diálogo em família para discutir os problemas e as possíveis soluções..	89
Ensinar os pais/cuidadores a reconhecerem as conquistas das crianças.	89
Estabelecer vínculo com a família/cuidadores e incentivar ações que possam proteger as crianças.	89
Explicar aos pais/cuidadores a importância da recreação e lazer para o desenvolvimento da criança.	89
Explicar aos pais/cuidadores o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança.	89
Explicar aos pais/cuidadores que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitadas.	89
Oferecer <i>feedback</i> à criança/família quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica.	89
Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças.	89
Orientar família/cuidadores sobre os cuidados e o desenvolvimento do bebê (ou lactente).	89
Ajudar a criança/família a lembrar situações adversas superadas, encorajando-as a enfrentar a situação atual.	80
Atentar para sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê.	80
Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção à criança.	80
Construir com a família/cuidadores ações para apoio e proteção às crianças.	80
Construir estratégias conjuntas sobre como educar e se comunicar com as crianças para estabelecer limites sem violência.	80
Discutir sobre educação sexual/sexualidade.	80
Encorajar os pais/cuidadores a expressarem as dificuldades para lidarem com as crianças.	80
Estabelecer vínculo com a criança/família/cuidadores.	80
Estimular o uso de recursos espirituais, se desejado.	80
Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e possibilitar formas de acessá-lo.	80
Incentivar a interação social (ampliação de rede de relacionamentos com pessoas significativas e com interesses e metas comuns) de forma gradativa.	80
Investigar contexto sócio familiar da criança e características do grupo social ao qual pertence.	80
Observar sinais de descuido intencionais dos pais/cuidadores em relação à criança e/ou despreocupação com o bem estar e desenvolvimento da criança.	80
Obter dados sobre capacidade para executar o cuidado.	80
Obter dados sobre uso/abuso/abstinência de álcool e/ou drogas.	80
Orientar a família/cuidadores sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo/agressivo.	80

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Orientar família/cuidadores sobre higiene.	80
Orientar sobre segurança da criança.	80
Orientar sobre sono.	80
Ouvir as preocupações, sentimentos e perguntas e oferecer as informações solicitadas pela criança/família/cuidadores.	80
Planejar com os pais/cuidadores formas para construir ligação afetiva e vínculo de confiança com as crianças.	80
Planejar em conjunto o abandono/redução do uso de álcool e/ou drogas.	80
Reforçar aspectos positivos.	80
Estimular o comparecimento aos serviços de saúde e garantir que o atendimento seja realizado.	80

O subconjunto terminológico é uma das ferramentas do processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as). É no contexto do processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as) e na interface com outros processos de trabalho da saúde e de outros setores da sociedade, que ele deve ser usado e criticado.

Para além de seu uso na denominação dos objetos de atenção sobre os quais os(as) enfermeiros(as) vão atuar (Diagnósticos/Resultados de Enfermagem) e de determinadas ferramentas (Intervenções de Enfermagem) que podem ser utilizadas para enfrentar o fenômeno social da violência doméstica contra a criança, o subconjunto terminológico pode apoiar também novos modos de pensar desses agentes da saúde acerca das práticas deles empregadas.

A UTILIZAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA À LUZ DA SAÚDE COLETIVA

O Subconjunto terminológico da CIPE® para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança está ancorado na Tipesc, teoria embasada no referencial materialista histórico-dialético, e parte dos preceitos de que a saúde coletiva, tendo raízes em uma visão de mundo marxista, é o conhecimento na área da saúde que melhor permite compreender o objeto de atenção do cuidado em sua essência, bem como suas formas de superação.

Na perspectiva do materialismo histórico-dialético, para captar e intervir na realidade objetiva, é preciso compreender a essência dos fenômenos, considerando sua totalidade²².

A totalidade significa que as coisas estão em constante relação recíproca e nenhum fenômeno da natureza ou do pensamento pode ser compreendido isoladamente, fora dos fenômenos que o rodeiam. Os fatos não são átomos, mas pertencem ao todo dialético e, como tais, fazem parte de uma estrutura (p. 67).

Muitas vezes, há uma compreensão equivocada por parte de estudantes, trabalhadores e pesquisadores de que abranger uma visão multifatorial (biopsicossocial) em seus discursos corresponda a ampliar o olhar de seu objeto de atenção. Na enfermagem, em especial, que pretende ir além dos cuidados para com a doença, buscam-

-se referenciais que considerem o ambiente e a condição social como “fatores” importantes para se pensar sobre o cuidado às pessoas.

Entretanto, para a saúde coletiva, o objeto de atenção precisa ser apreendido mediante os questionamentos sobre a concretude do mundo, considerando a historicidade e a dinamicidade dos processos, não bastando descrever o fenômeno em sua multiplicidade de fatores (biológico, físico, psíquico, emocional, ambiental, social e econômico).

Caso contrário, é preciso assumir que o objeto de atenção estará limitado a descrições de aparência, sendo as ações superficiais e, portanto, também com limites²³:

A ciência, igualmente, enquanto produtora de conhecimentos sistematizados sobre os fenômenos do mundo social, reflete igualmente a sociedade onde se produzem os conhecimentos. Na sociedade de classes, dependendo da visão de mundo que se adota, encontra-se a favor das classes dominantes, reiterando a situação de dominação existente ou se manifestando contrária a esta dominação, apontando as contradições sociais existentes e procurando formas de superá-las (p. 41).

Para construção e melhor uso do subconjunto terminológico da CIPE®, deve-se assumir uma postura questionadora da realidade e do fenômeno da violência doméstica contra a criança.

Os DE, RE e IE do subconjunto aplicam-se às crianças e às suas famílias/cuidadores. Daí a importância das ações emancipatórias, pois, quanto mais emancipados estiverem os adultos responsáveis pelas crianças, mais efetivas serão as intervenções (de qualquer profissional ou setor) para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança.

Outro ponto importante para a utilização do subconjunto é o de que ele não deve ser um instrumento que restrinja as práticas ou substitua o raciocínio clínico e crítico dos trabalhadores.

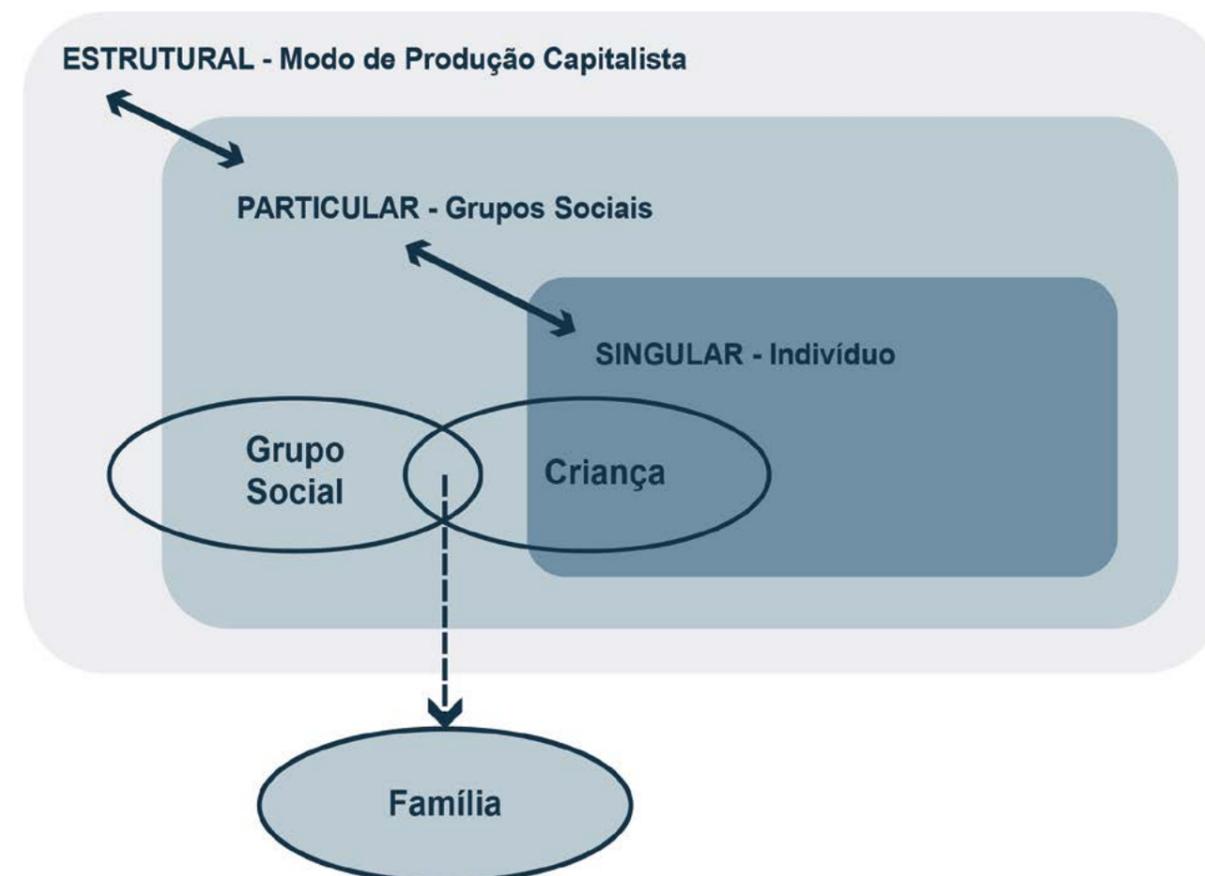
Ele deve ser uma ferramenta de apoio para repensar o fenômeno da violência doméstica contra a criança em sua dinamicidade e historicidade. E, como já foi dito neste artigo, mas vale a pena reforçar: para além de seu emprego na denominação das diversas faces do objeto de atenção sobre o qual os(as) enfermeiros(as) vão atuar, a forma de encarar o subconjunto terminológico como uma ferramenta do processo de trabalho pode apoiar novos modos de pensar dos(as) enfermeiros(as) acerca de suas práticas. Trata-se de um modo pautado na dialética do pensamento, e não na linearidade dos processos e dos fenômenos.

Para isso, o subconjunto terminológico foi organizado de forma a dar ênfase no caráter dialético da violência doméstica contra a criança levando em consideração os “Fortalecimentos e promoção” e os “Desgastes, causas, manifestações e consequências”. Destacaram-se duas dimensões do fenômeno da violência doméstica contra a criança: uma referente às crianças, em uma dimensão mais singular, e a outra relacionada às famílias dela, em uma dimensão que vai do singular ao particular.

Segundo Breilh (2017), a ação sobre os fenômenos precisa ser integral e transformadora, agindo nas três dimensões que os contêm²⁴.

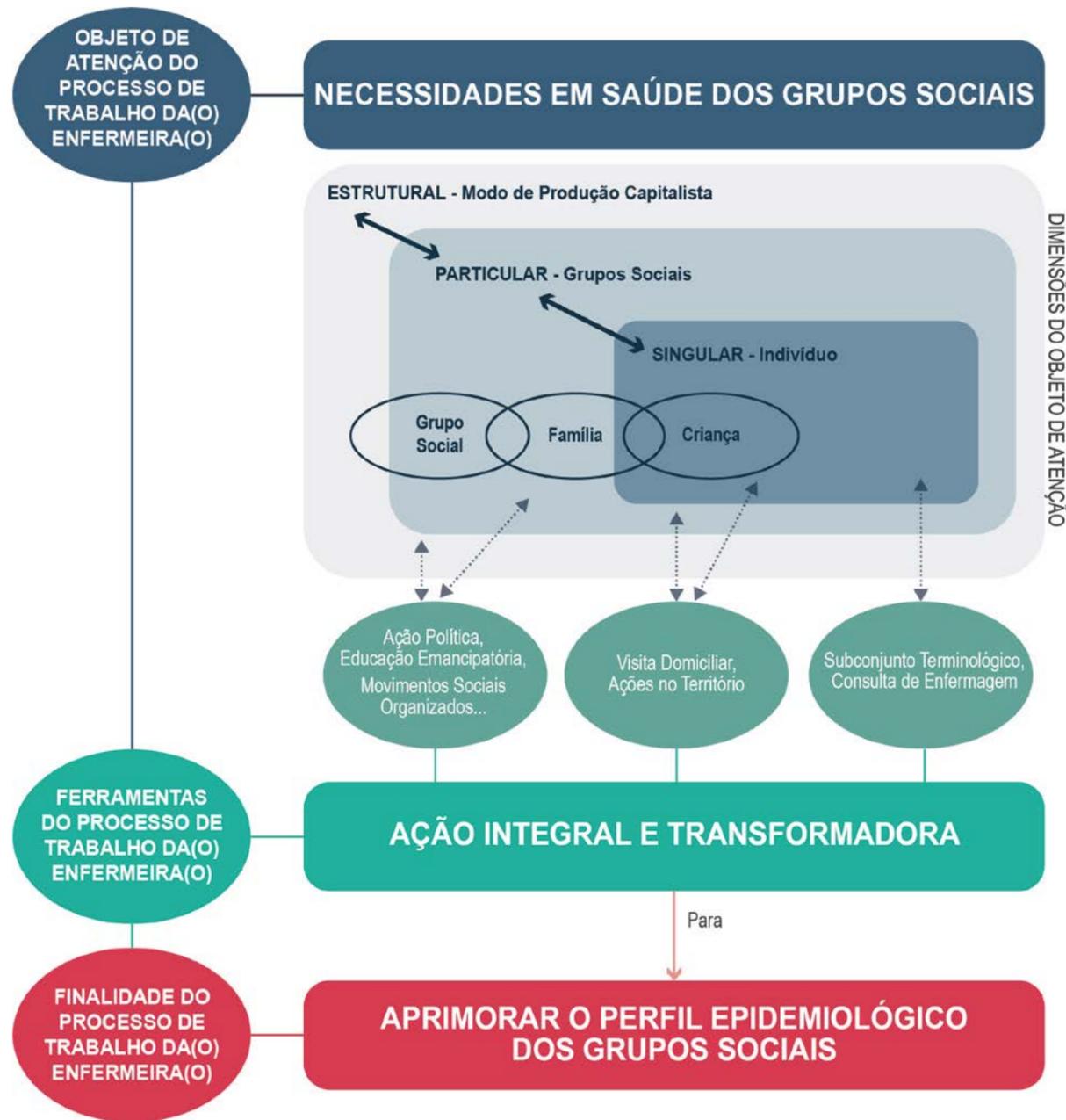
A seguir, é apresentado um diagrama representativo do raciocínio crítico em saúde coletiva, com base na Tipesc²⁵, para auxiliar a apreensão do fenômeno da violência doméstica contra a criança em suas diversas dimensões:

FIGURA 2. DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO RACIOCÍNIO CRÍTICO EM SAÚDE COLETIVA PARA APREENSÃO DOS FENÔMENOS SOCIAIS



Para identificar o processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as) e melhor evidenciar os elementos colocados, agregou-se a base operacional do processo de trabalho educativo do(a) enfermeiro(a) em saúde coletiva proposta por Pereira, Soares e Campos (2007), a qual propõe uma práxis para assumir os agentes e os sujeitos como coprodutores dialógicos do trabalho em saúde²⁶.

FIGURA 3. DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO RACIOCÍNIO CRÍTICO EM SAÚDE COLETIVA PARA APREENSÃO DOS FENÔMENOS SOCIAIS E PARA INTERVENÇÃO COM BASE NO PROCESSO DE TRABALHO



Como apresentado na Figura 3, a ação dos(as) enfermeiros(as) está pautada na categoria processo de trabalho, que evidencia o objeto de atenção, os sujeitos, as ferramentas e a finalidade do processo de trabalho deles.

O objeto de atenção deve partir das necessidades em saúde das pessoas em geral, famílias e da coletividade, e ser apreendido nas três dimensões (singular, particular e estrutural) que contêm o fenômeno social. Além disso, o diagrama dá visibilidade aos sujeitos que são ao mesmo tempo agentes transformadores da realidade e, de acordo com esta, transformados. A finalidade, direcionada pelo objeto/sujeito de atenção, é a resposta a essas necessidades.

Como apontado em discussão anterior, historicamente as necessidades em saúde nunca foram o objeto de atenção do trabalho da enfermagem a ser transformado pelos saberes e práticas dessa profissão. É no campo da saúde coletiva que o objeto de cuidado do trabalho dos(as) enfermeiros(as) passa a ser encarado como uma necessidade em saúde das pessoas, famílias e coletividades, porque toma como base a concepção da determinação social do processo saúde-doença²⁵.

Para a saúde coletiva, o processo saúde-doença resulta do embate entre potenciais de fortalecimento e de desgaste, característicos das distintas inserções no trabalho e na vida dos diferentes grupos sociais, que trabalham e vivem em um determinado território geossocial²⁷.

Como parte do processo de produção em saúde, o trabalho dos(as) enfermeiros(as) na atenção primária à saúde, articulado com o trabalho de outros profissionais, deve ter como finalidade aprimorar o perfil epidemiológico dos grupos sociais com os quais atuam. As necessidades em saúde são, portanto, o objeto de atenção em saúde, ou seja, o objeto do cuidado, aquele que deve ser transformado pelos processos de trabalho de que a enfermagem participa²⁸.

No caso do fenômeno da violência doméstica contra a criança, o objeto de atenção não está diretamente ligado às necessidades em saúde, mas a um dos fenômenos sociais decorrentes da falha nas respostas a essas necessidades.

Para identificar quais são as reais necessidades em saúde dos diferentes grupos sociais, é necessário trabalhar com a obtenção de dados concretos. A Epidemiologia crítica nos auxilia nesse processo de maneira a obter e compreender os dados dos perfis epidemiológicos, formados pelos perfis de reprodução social (modos de trabalhar e de viver) e pelos perfis de saúde-doença (morbidade, taxas de agravos, mortalidade)²⁸.

A Epidemiologia Crítica é uma proposta de construção de uma consciência objetiva a fim de compreender os problemas de uma realidade que é complexa e, cada vez mais, marcada por iniquidades e desigualdades sociais que sustentam a produção capitalista. Parte de um paradigma contra-hegemônico e dá ênfase ao fortalecimento dos sujeitos da ação em uma relação dialética sujeito/objeto da transformação. A Epidemiologia crítica exige pensar em uma ética do modo de vida (formas mais humanas de trabalho, direitos étnicos e de gênero, condições de moradia e educação, acesso a bens e serviços) para a construção de um projeto de emancipação dos sujeitos, articulando esforços acadêmicos e institucionais e a vitalidade dos movimentos sociais²⁹.

As ferramentas a serem utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) para intervir no objeto/sujeito de atenção e atingir o propósito de seu processo de trabalho devem contemplar uma ação integral, atuando nas três dimensões (que também guardam relação e interdependência entre si), para que sejam, de fato, transformadoras do fenômeno social em foco.

Para esse fim, devem ser pensadas as ações que são do núcleo de competência do(a) próprio(a) enfermeiro(a), porém articuladas com outros trabalhadores, em uma rede de proteção intersetorial e coletiva.

Alguns exemplos de ferramentas estão apresentados no diagrama (subconjunto terminológico, consulta de enfermagem, visita domiciliar,

ações no território, ação política, educação emancipatória, movimentos sociais organizados etc.), seguidos de setas que indicam em qual das dimensões a ferramenta tem maior potencial para agir (Figura 3). As setas são, propositalmente, bidirecionais, indicando que, no processo de transformação dos objeto/sujeito de atenção, os trabalhadores também passam constantemente por transformações.

Vale ressaltar que no Subconjunto terminológico da CIPE® para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança, o potencial de ação está focado mais na dimensão singular; isso significa que o uso do subconjunto por si só não será suficiente para enfrentar o fenômeno da violência.

A família, uma forma de organização social que sempre esteve presente na história da humanidade, aparece na interface entre as dimensões singular e particular do fenômeno, sendo considerada a intersecção entre a criança e os outros âmbitos sociais, por exemplo, o grupo social ao qual a família pertence.

Por essa característica, as ações relativas à família ora estão mais voltadas para a dimensão singular, ora para a dimensão mais particular do fenômeno.

Partindo da consideração de que a família ocupa um lugar importante nas ações dos trabalhadores de saúde (em especial, nos casos de violência doméstica contra a criança, sendo o(s) agressor(es) membros da própria família), é imprescindível que estes se apropriem das transformações familiares ocorridas ao longo do tempo para que lidem melhor com a complexidade dos fenômenos e as formas de enfrentamento envolvendo a família.

Em uma leitura mais profunda sobre as famílias, podemos dizer que elas são a vocalização das condições de vida e trabalho e das necessidades em saúde de determinado grupo social; por

isso, há alguns anos, experiências como essa vêm sendo desenvolvidas no âmbito da formação de estudantes pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professores e especialistas em ensino das disciplinas Enfermagem e necessidades de saúde dos grupos sociais, Enfermagem na atenção básica e Estágio curricular II (enfermagem na atenção básica) têm produzido materiais pedagógicos e conduzido atividades de estágio, as quais têm como foco a captação de necessidades em saúde por meio de entrevistas com famílias dos territórios das UBSs e, posteriormente, a elaboração de um plano de intervenção voltado a essas famílias.

O Subconjunto terminológico da CIPE® para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança é composto de DE, RE e IE pertinentes não só à criança, mas também à família, o que pode ajudar a ampliar o olhar em relação ao fenômeno da violência em suas diversas dimensões.

CONCLUSÃO

O fenômeno da violência doméstica contra a criança é uma realidade no mundo todo. Suas formas e enfrentamento não estão restritos ao âmbito do conhecimento da Enfermagem, mas, sem dúvida, esta área tem uma contribuição importante quando o assunto é dominar as condições que perpetuam a violência em nossa sociedade, bem como evitar suas consequências. Na saúde coletiva, buscamos as bases para que enfermeiros(as), em sua especificidade de atuação, façam uma leitura – e uma releitura – ampla dos fenômenos sociais e do próprio processo de trabalho para intervir nesse fenômeno da violência doméstica.

Neste artigo, foi apresentado um dos subconjuntos terminológicos da CIPE® desenvolvido

pelo método brasileiro para elaboração dos subconjuntos terminológicos de Carvalho, Cubas e Nóbrega (2017).

O Subconjunto terminológico da CIPE® para o enfrentamento da violência doméstica infantil é apresentado como um conhecimento que a Enfermagem vem construindo para apoiar a sistematização de assistência e que tem potencial de ser incorporado como um instrumento no seu processo de trabalho. Esse subconjunto se diferencia dos demais porque agrega uma visão de mundo que propõe analisar os fenômenos sociais em sua essência e não se limita a atuar somente sobre a doença, ou a uma condição clínica alterada.

Analisar o objeto de atenção com base nas dimensões da realidade (singular, particular e estrutural) reorienta o trabalho dos(as) enfermeiros(as) na direção de melhor delimitar seu objeto de atenção, localizar suas práticas e compreender o alcance, as possibilidades e o impacto de cada ação que os(as) enfermeiros(as) estão produzindo.

A proposta de se utilizar o raciocínio crítico com foco na saúde coletiva pode ajudar na implementação do subconjunto nessa perspectiva mais ampliada e reflexiva, sistematizando a forma de captar, de compreender e de intervir nos fenômenos sociais, em especial na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. CONSTITUIÇÃO, DE 5 DE OUTUBRO DE 1988. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. BRASÍLIA; 2016 [CITADO 14 AGO. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW2.SENADO.LEG.BR/BDSF/BITSTREAM/HANDLE/ID/518231/CF88_LIVRO_EC91_2016.PDF](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_LIVRO_EC91_2016.PDF).
- BRASIL. LEI N. 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. DISPÕE SOBRE O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. BRASÍLIA; 2015 [CITADO 14 AGO. 2019]. DISPONÍVEL EM: [FILE:///C:/USERS/4906421/DOWNLOADS/ESTATUTO_CRIANCA_ADOLESCENTE_13ED.PDF](file:///C:/Users/4906421/Downloads/ESTATUTO_CRIANCA_ADOLESCENTE_13ED.PDF).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N. 104 MS/GM, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. DEFINE AS TERMINOLOGIAS ADOTADAS EM LEGISLAÇÃO NACIONAL, CONFORME O DISPOSTO NO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL 2005 (RSI 2005), A RELAÇÃO DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL E ESTABELECE FLUXO, CRITÉRIOS, RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES AOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE. BRASÍLIA; 2011 [CITADO 15 AGO. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2011/PRT0104_25_01_2011.HTML](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N. 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014. DEFINE A LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, NOS TERMOS DO ANEXO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. BRASÍLIA; 2014 [CITADO 15 AGO. 2019 AGO. 15]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2014/PRT1271_06_06_2014.HTML](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N. 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. CONSOLIDAÇÃO DAS NORMAS SOBRE OS SISTEMAS E OS SUBSISTEMAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. BRASÍLIA; 2017 [CITADO 15 AGO. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2017/PRC0004_03_10_2017.HTML#INICIO](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html#inicio).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE, VIVA: VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES: 2013 E 2014. BRASÍLIA; 2017. [CITADO 15 AGO. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/VIVA_VIGILANCIA_VIOLENCIA_ACIDENTES_2013_2014.PDF](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf).
- SAKATA-SO KN, EGRY EY, APOSTÓLICO MR, WAZIMA CM. CAN INSTITUCIONAL VIDEOS CONTRIBUTE TOWARDS THE DEBATE ON HOW TO DEAL WITH DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN CIENC SAUDE COLET. 2016 [CITED 2019 AUG. 15];21(8):2347-56. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/CSC/V21N8/1413-8123-CSC-21-08-2347.PDF](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2347.pdf).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO N. 27: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL, 2011 A 2017. BRASÍLIA; 2018. [CITADO 15 AGO. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://PORTAL.ARQUIVOS2.SAUDE.GOV.BR/IMAGES/PDF/2018/JUNHO/25/2018-024.PDF](http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf).
- GARCIA TR. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®): VERSÃO 2015. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2016.
- CENTRO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DA CIPE® DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. JOÃO PESSOA, 2006. [ATUALIZADO 2008; CITADO 19 AGO. 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.CCS.UFPB.BR/PPGEOLD/ICNP/MISSAO.HTML](http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/icnp/missao.html).
- SCIENTIFIC PRODUCTION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE: A BIBLIOMETRIC STUDY. REV BRAS ENFERM. 2018;71(6):2860-8.
- CLARES JWB, FERNANDES BKC, GUEDES MVC, FREITAS MC. SPECIALIZED NURSING TERMINOLOGY FOR THE CARE OF PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY. REV ESC ENFERM USP. 2019;53:E03445.
- PASSINHO RS, FIORESI M, BRANDÃO MAG, PRIMO CC, NÓBREGA MML, SIPOLATTI WGR. ELABORATION AND VALIDATION OF AN ICNP® TERMINOLOGY SUBSET FOR PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. REV ESC ENFERM. 2019;53:E03442. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S1980-220X2018000603442](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018000603442).
- RONNAOU LB, TORRES FBG, OLIVEIRA LES, GOMES DCG, CUBAS MR, MORO C. AUTOMATIC MAPPING BETWEEN BRAZILIAN PORTUGUESE CLINICAL TERMS AND INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE. IN: PROCEEDING OF THE 17TH WORLD CONGRESS ON MEDICAL AND HEALTH INFORMATICS. MEDINFO 2019 [CONFERENCE PROCEEDINGS ON THE INTERNET]; 2019 AUG 25-30; LYON, RHONE-ALPES, FRANCE. STUD HEALTH TECHNOL INFORM. 2019 [CITED 2019 SEP 9];264:1552-3. DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.3233/SHT190530](http://dx.doi.org/10.3233/SHT190530).
- DI MAURO S, VANALLI M, ALBERIO M, AUSILI D. DEVELOPING A SUBSET OF ICNP NURSING DIAGNOSES FOR MEDICAL AND SURGICAL HOSPITAL SETTINGS, INFORMED BY AN ITALIAN NURSING CONCEPTUAL MODEL: A MULTICENTER CROSSSECTIONAL STUDY. ANNALI DI IGIENE. 2018;30(1):21-33.
- CUBAS MR, NÓBREGA MML. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2015.
- ALBUQUERQUE LM, CARVALHO CMG, APOSTÓLICO MR, SAKATA KN, CUBAS MR, EGRY EY. NURSING TERMINOLOGY DEFINES DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS. REV BRAS ENFERM. 2015;68(3):393-400.
- ALBUQUERQUE LM. CONSTRUÇÃO DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VULNERÁVEIS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA [TESE]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2014.
- SAKATA-SO KN. VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL [TESE]. SÃO PAULO: ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2018.
- SAKATA-SO KN, SILVA MG, EGRY EY, CUBAS MR, ALBUQUERQUE LM. SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO. ATAS DO 8º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA. 2019 [CITADO 19 AGO. 2019];2(2019):1000-9. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://PROCEEDINGS.CIAIQ.ORG/INDEX.PHP/CIAIQ2019/ARTICLE/VIEW/2174](https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2019/article/view/2174).
- CARVALHO CMG, CUBAS MR, NÓBREGA MML. BRAZILIAN METHOD FOR THE DEVELOPMENT TERMINOLOGICAL SUBSETS OF ICNP®: LIMITS AND POTENTIALITIES. REV BRAS ENFERM. 2019 [CITED 2019 AGO. 19];70(2):430-5. AVAILABLE FROM: [HTTPS://PDFS.SEMANTICSCHOLAR.ORG/9600/D97329F704277395A9F6F8E7218B507978B3.PDF](https://pdfs.semanticscholar.org/9600/d97329f704277395a9f6f8e7218b507978b3.pdf).
- EGRY EY. COMPREENDENDO A DIALÉTICA NA APROXIMAÇÃO COM O FENÔMENO SAÚDE-DOENÇA. IN: EGRY, EY, CUBAS MR, ORGANIZADORAS. O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA NO CENÁRIO CIPESC: GUIA PARA PESQUISADORES. CURITIBA: ABEN-PR; 2006. P.63-84.
- FONSECA RMGS, EGRY EY, BERTOLOZZI, MR. O MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO COMO TEORIA DA COGNIÇÃO E MÉTODO PARA A COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. IN: EGRY EY, CUBAS MR, ORGANIZADORAS. O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA NO CENÁRIO CIPESC: GUIA PARA PESQUISADORES. CURITIBA: ABEN-PR; 2006. P.19-61.
- BREILH J. LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y LA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA. IN: 3º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA (SINPESC); SÃO PAULO; 6-7 MAR 2017.
- EGRY EY. SAÚDE COLETIVA: CONSTRUINDO UM NOVO MÉTODO EM ENFERMAGEM. SÃO PAULO: ÍCONE; 1996.
- PEREIRA EG, SOARES CB, CAMPOS CMS. PROPOSAL TO CONSTRUCT THE OPERATIONAL BASE OF THE EDUCATIVE WORK PROCESS IN COLLECTIVE HEALTH. REV LATINO AM ENFERM. 2007;15(6):1072-9.
- VIANA N, SOARES CC, CAMPOS CMS. REPRODUÇÃO SOCIAL E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: PARA COMPREENDER O OBJETO DA SAÚDE COLETIVA. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS, ORGANIZADORAS. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. BARUERI: MANOLE; 2013. P.107-42.
- CAMPOS CMS, SOARES CB. NECESSIDADES DE SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS, ORGANIZADORAS. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. BARUERI: MANOLE; 2013. P.265-92.
- BREILH J. EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA: CIENCIA EMANCIPADORA E INTERCULTURALIDAD. BUENOS AIRES: LUGAR; 2007. P.27-92.



CAPÍTULO 12

EVIPNET COMO FERRAMENTA PARA APOIO A IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

PALAVRAS-CHAVE:
POLÍTICA INFORMADA POR
EVIDÊNCIAS; EVIPNET;
TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO

CÉZAR DONIZETTI LUQUINE JÚNIOR

NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS DO INSTITUTO DE SAÚDE –
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP)

CINTIA DE FREITAS OLIVEIRA

NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS DO INSTITUTO DE SAÚDE –
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP)

MARITSA CARLA DE BORTOLI

NUTRICIONISTA. PESQUISADORA DO NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS
DO INSTITUTO DE SAÚDE, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DE SÃO PAULO

TEREZA SETSUKO TOMA

MÉDICA. PESQUISADORA DO NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS DO
INSTITUTO DE SAÚDE, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE
SÃO PAULO

EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO

ENFERMEIRA. DOUTORANDA DO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGE) DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA USP. ENFERMEIRA DE FAMÍLIA SPDM/PAIS,
HOSPITAL SÃO PAULO

“Conhecimento não é suficiente, precisamos aplicá-lo,
Vontade não é suficiente, devemos agir”
(Johann Wolfgang von Goethe)

INTRODUÇÃO

O uso do conhecimento científico na área da saúde, no decorrer da história, possibilitou o desenvolvimento de novos métodos e tecnologias para identificação e análise de situações potencialmente prejudiciais aos indivíduos e populações. Igualmente, permitiu a elaboração de intervenções para evitá-las ou corrigi-las¹.

Essa produção de conhecimento, materializada, por exemplo, na forma de novos insumos, técnicas e equipamentos de saúde, é inspirada pelos contextos e ações da vida humana. A partir dessa perspectiva, dentro do método científico, os problemas identificados passam a constituir perguntas de pesquisa, as quais são sistematicamente investigadas a fim de compreender o fenômeno abordado e propor vias alternativas para dirimir as dificuldades.

Essa relação entre pesquisa e sociedade, todavia, por vezes se vê atravancada por barreiras que impedem o estabelecimento do diálogo. Nem sempre o resultado de um extenso processo de busca é capaz de alocar suas conclusões considerando elementos da realidade dos indivíduos sobre os quais se fala. Da mesma forma, muitos produtos – livros, artigos científicos, relatórios, patentes – jamais chegam aos espaços em que seriam mais úteis.

As explicações para os entraves desse diálogo variam de acordo com o contexto de aplicação do conhecimento científico, podendo estar relacionadas à linguagem utilizada, ao acesso, à confiança nos materiais produzidos e aos atores sociais envolvidos². Assim, conhecer esses fatores e pensar mecanismos para superá-los é de extrema relevância, uma vez que os resultados das pesquisas científicas podem ter uma maior aplicabilidade social quando traduzidos em ação³, o que é particularmente importante quando se pensa o uso dessas informações no processo de formulação ou aprimoramento de políticas públicas.

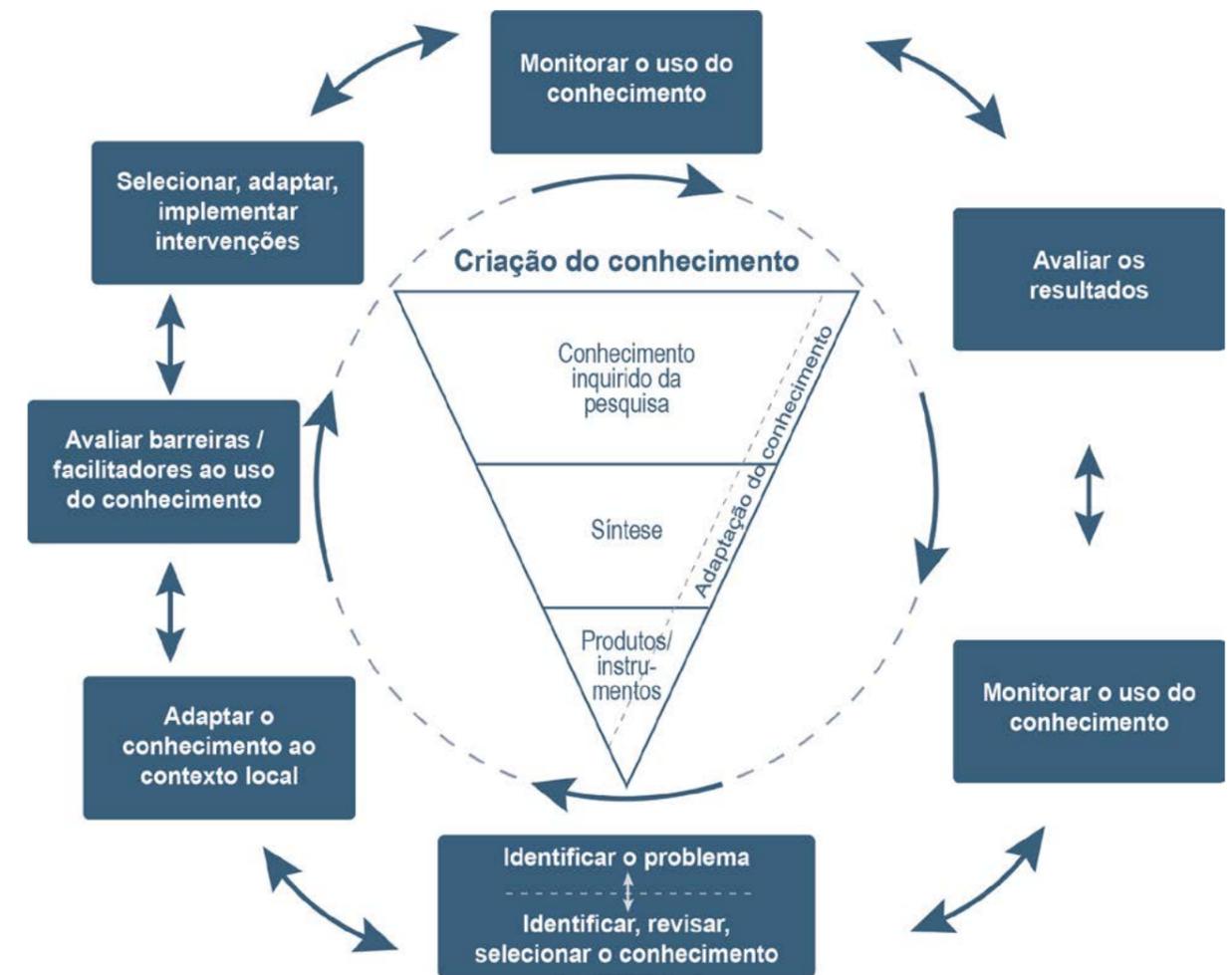
A TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Uma vez percebido e entendido que há uma barreira na transferência do conhecimento produzido a partir da pesquisa para outros setores da sociedade, incluindo as políticas públicas, como responder a esse problema?

Hoje, um campo que tem ganhado grande repercussão é o de ferramentas para tradução do conhecimento (em inglês, knowledge translation).

A tradução do conhecimento pode ser definida como um processo dinâmico e interativo, envolvendo as etapas de síntese, disseminação, troca e aplicação ética do conhecimento científico para o fortalecimento dos serviços e do sistema de saúde, melhorando assim a saúde das populações. É um processo que considera a complexidade envolvida na interação entre produtores de conhecimento (pesquisadores) e usuários (atores sociais), a qual pode variar de intensidade dependendo da natureza da pesquisa, dos achados, bem como das necessidades particulares dos grupos envolvidos⁴.

FIGURA 1. PROCESSO CONHECIMENTO-PARA-AÇÃO



Fonte: Oelke, Lima, Acosta⁵.

A figura anterior retrata um dos modelos propostos para a aplicação da tradução do conhecimento. Nesse modelo, Graham e colaboradores⁶ demonstram o processo de produção de conhecimento para ação, no qual o triângulo invertido (funil) ilustra o dinamismo da criação do conhecimento e como ele se torna algo mais refinado e palpável aos usuários ao passarpelos processos de adaptação.

Os autores usam ainda outra analogia na qual se pode imaginar o funil como um filtro onde a pesquisa científica, ao passar por suas porosidades, deixa o que não é útil para trás, restando ao final apenas o conhecimento com maior validade e aplicabilidade.

As etapas destacadas em azul na parte mais externa da figura compreendem o chamado “ciclo de ação”, cujo objetivo é estabelecer um plano de tradução do conhecimento, em que o saber identificado na fase de produção será então implementado ou aplicado.

É interessante observar nessa figura que, apesar de cíclicas, as etapas não são necessariamente sequenciais, sendo possível voltar a qualquer uma delas caso necessário. Assim, é com base nas necessidades de tradução do conhecimento aplicadas à formulação de políticas de saúde que as experiências relatadas no presente capítulo estão baseadas.

POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS

Considerando os problemas identificados na lacuna entre produzir conhecimento e utilizá-lo para o benefício coletivo, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu posições importantes orientando o uso do conhecimento para melhorar a saúde da população. Primeiro, publicou um relatório incitando a comunidade científica e os tomadores de decisão (principalmente gestores públicos) a se engajarem no uso de evidências científicas para informar políticas de saúde. Em seguida, na Reunião Ministerial sobre Pesquisa em Saúde, em novembro daquele ano, autoridades de 52 países se reuniram no México para debater o tema⁷. A declaração emitida pela reunião foi confirmada na 58ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 2005, que reconheceu não só a necessidade do uso de evidências na formulação das políticas de saúde como também instigou os países-membros a estabelecer um novo diálogo com os pesquisadores para alcançar os objetivos de desenvolvimento determinados⁸.

Evidências são, geralmente, entendidas como fatos empregados para apoiar uma conclusão. Fatos, por sua vez, são conhecimentos adquiridos por meio da experiência ou observação⁹. Considerando essas definições, é necessário ter clareza das distinções entre evidência e conclusão. Isoladamente, evidências não significam nada, mas podem servir de base para conclusões específicas. Diversos tipos de evidência coexistem e nem todas são igualmente convincentes durante a tomada de decisão. Aquelas produzidas com base em pesquisa costumam ter maior valor agregado por utilizarem métodos sistemáticos para cole-

ta e análise das informações. Geralmente, o conhecimento compete com fatores como crenças, intuição, hábitos, superstições, tradições, experiências passadas, cultura, interesses pessoais e considerações sobre o cenário político¹⁰.

O julgamento das evidências também pode ser realizado de vários modos, sendo que geralmente o mais adequado é que estejam explícitos e sistematizados quais os critérios utilizados para qualificação das evidências analisadas. No mesmo sentido, esses julgamentos são realizados a partir de contextos de interesse específicos, ou seja, as evidências têm seu valor sempre em referência aos elementos do entorno (problema, interessados, fontes etc.)⁹.

As evidências podem ser entendidas em dois níveis distintos: global e local. O primeiro refere-se à melhor evidência disponível no mundo hoje, enquanto o segundo leva em consideração o contexto no qual determinada intervenção ocorrerá, permitindo a adequação às necessidades locais específicas, como a disponibilidade de recursos⁹.

Logo após o posicionamento oficial em 2005, a OMS lança sua iniciativa pioneira para o enfrentamento do problema: a EVIPNet – *Evidence-informed Policy Network** (Rede para Políticas Informadas por Evidências)⁷. Após o envolvimento de países da Ásia e África nas primeiras oficinas para a concepção de iniciativas nacionais, em 2007 a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) deu início à construção da EVIPNet nas Américas, cujos primeiros participantes foram Bolívia, Chile, Costa Rica, Colômbia, México, Porto Rico, Trindade e Tobago e Brasil. Desde o início, foram identificados os principais desafios para a consolidação da iniciativa, como a falta de financiamento dedicado a este propósito e o comprometimento dos Ministérios da Saúde para constituir resultados duradouros¹¹.

* Acesse em: <<https://www.who.int/evidence/en/>>

EVIPNET COMO PLATAFORMA PARA TRANSFORMAÇÃO

A proposta fomentada pela EVIPNet, do uso de evidências para informar políticas de saúde, tem o objetivo de apoiar a tomada de decisão com base em processos sistemáticos e transparentes no acesso e na avaliação de evidências de pesquisa. Espera-se, portanto, tornar mais aparente quais evidências são consideradas na formulação de políticas e quais juízos são realizados frente a isso. A partir da sistematização e da transparência no julgamento de quais evidências são relevantes, confiáveis e utilizáveis a formulação de políticas baseadas em evidências pretende identificar quais delas são realmente importantes para o contexto local. Assim, almeja-se eliminar os conflitos de interesse no uso de evidências para formular políticas. Para assegurar esses objetivos, é fundamental que os formuladores compreendam o processo realizado e os argumentos em torno da transparência do processo⁹.

No Brasil, a EVIPNet* foi criada em 2007 e oficializada após publicação da Portaria GM/MS n. 2.636, de 7 de outubro de 2009. A coordenação nacional da rede é realizada por sua Secretaria Executiva, submetida à Coordenação Geral de Gestão do Conhecimento do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (CGGC/Decit/SCTIE/MS). Em parceria com a coordenação nacional, Núcleos de Evidências estão se constituindo em instituições localizadas em alguns estados brasileiros e buscam ampliar o alcance da rede e produzir materiais para informar novas decisões.

No escopo de atividades realizadas pela rede no país estão incluídas ações de capacitação, de suporte ao desenvolvimento da rede, de difusão e disseminação e também a elaboração de pro-

* Acesse em: <<http://brasil.evipnet.org/>>

duto de tradução do conhecimento¹². Na orientação de seu trabalho, a EVIPNet busca manter padrões de eficiência, rigor metodológico, transparência, inovação e colaboração entre diversos atores para trabalhar de modo responsável perante o SUS. Para organizar suas ações, a EVIPNet propõe variados recursos para utilizar no processo de informar políticas, sendo seu principal referencial metodológico as Ferramentas SUPPORT (em inglês, *Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*)¹³.

Apresentadas numa série de 18 artigos publicados em 2009 no periódico *Health Research Policy and Systems*, as Ferramentas SUPPORT** buscam informar, principalmente aos formuladores de políticas, como utilizar de modo transparente e sistemático evidências de pesquisa. Demais interessados na pauta, como grupos da sociedade civil e organizações não governamentais, também devem utilizá-las.

Na totalidade, essas ferramentas abordam quatro áreas: o apoio à formulação de políticas com base em evidências; a identificação das necessidades de evidências de pesquisa; como encontrar e avaliar evidências; e a passagem da fase de evidências de pesquisa para a fase de decisões¹⁴. Essa estratégia sugere a organização do uso de evidências em três momentos: (1) esclarecer qual é o problema prioritário; (2) conceber opções para enfrentar o problema, descrevendo seus benefícios, custos e consequências; e (3) implementar uma ou mais opções para políticas. Além disso, as Ferramentas SUPPORT propõem uma série de questões que formuladores de políticas devem se colocar para orientar o uso de evidências¹⁵.

O esforço de reunir num documento conciso e informativo o exercício sistemático de avaliar as evidências mais relevantes para responder a um problema de alta prioridade levou à concep-

** Disponíveis em português em: <<http://sintese.evipnet.net/livro/>>

ção da síntese de evidências para políticas (em inglês, *policy brief*, *evidence-based policy briefs*, *evidence briefs for policy*). Os capítulos 3.2 e 3.3 deste livro são exemplos desse tipo de síntese de evidências. Trata-se de um documento estruturado, com metodologia determinada, produzido a partir da composição de resultados de revisões sistemáticas da literatura pertinentes ao problema, permitindo a reunião de um conjunto mais amplo de evidências.

Essas sínteses devem ter linguagem acessível aos formuladores de políticas e, seguindo a metodologia SUPPORT, fazer considerações sobre a qualidade das evidências incluídas, a aplicabilidade local e aspectos de equidade que possam emergir da implementação das opções para políticas. As vantagens de utilizar sínteses de evidências estão relacionadas à rapidez e ao alinhamento que possuem com os valores, crenças, interesses e estratégias políticas dos formuladores – uma vez que só são produzidas a partir da priorização do problema a ser investigado realizada com as partes interessadas¹⁶.

Considerando a síntese documental, as Ferramentas SUPPORT também sugerem outro instrumento que tem se mostrado fundamental na qualificação do uso de evidência para formulação de políticas: o diálogo deliberativo¹⁷. Com o objetivo de contextualizar a decisão por meio da escuta dos grupos de interesse, pois vários atores sociais podem agir visando resolver um problema prioritário, o diálogo também auxilia: 1) na tradução da melhor e mais relevante evidência; 2) no desenvolvimento de um entendimento compartilhado; 3) no desenvolvimento e implementação de políticas efetivas; 4) na boa governança e democracia.

Observa-se que sínteses de evidências para políticas começam a ser publicadas também em periódicos. No entanto, como os termos de busca variam, pode haver dificuldade de acesso à informação. Por exemplo, na base *Health Systems*

Evidence, que tem sido recomendada para os que buscam revisões sistemáticas e sínteses para políticas, o termo de busca mais apropriado parece ser “*evidence brief for policy*” (recuperando 169 publicações em mar. 2020). Na base PubMed, esse mesmo termo identifica apenas uma publicação, enquanto é possível recuperar 243 publicações quando se utiliza o termo “*policy brief*”. Nesse sentido, repositórios como o da OMS, que disponibiliza os produtos da colaboração SURE – *Supporting the Use of Research Evidence*^{*}, assim como o da EVIPNet Brasil^{**}, são muito importantes para facilitar o acesso rápido à informação para políticas.

OS EFEITOS DA COLABORAÇÃO EM REDE

No Brasil, a atuação da EVIPNet, apoiada pela metodologia introduzida com as Ferramentas SUPPORT, tem permitido a elaboração de sínteses de evidências, particularmente induzidas por chamadas públicas. Em 2016, uma publicação da OMS divulgou dez experiências bem-sucedidas de uso de evidências na implementação de políticas de saúde, incluindo o caso de Piri-piri, Piauí¹⁸. Essa experiência tem sido uma inspiração para o desenvolvimento dos trabalhos de equipes de Núcleos de Evidências no país.

No estado de São Paulo, três Núcleos de Evidências estão em funcionamento, no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (NEv-IS^{***}), na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e na Universidade de Sorocaba. O NEv-IS foi criado em 2015, após capacitação de uma equipe de pesquisadores para o uso das Ferramentas SUPPORT.

* Acesse em: <https://www.who.int/evidence/sure/policybriefs/en/>

** Acesse em: <http://pesquisa.bvsalud.org/evipnetbr/>

*** Acesse em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/homepage/acesso-rapido/nucleo-de-evidencias-nev-is>

Desde sua aproximação com a EVIPNet, o Instituto de Saúde vem produzindo sínteses de evidência. Inicialmente, em parceria com o município de Franco da Rocha, elaborou três sínteses para problemas priorizados pelos formuladores locais^[19-21]. Além disso, o NEv-IS teve cinco projetos para desenvolvimento de sínteses de evidências para políticas apoiadas por chamadas públicas do Ministério da Saúde, abordando problemas nacionais relevantes – cuidado de adolescentes com doença falciforme, redução de complicações da doença falciforme, promoção do desenvolvimento infantil, redução das taxas de parto cesariana e prevenção da resistência aos antimicrobianos. Outras duas sínteses foram elaboradas por alunas de mestrado e aprimoramento do Instituto de Saúde, respectivamente sobre o problema da mortalidade perinatal e erros de prescrição de medicamentos. Além disso, o IS atua na formação de novas equipes de trabalho que poderão utilizar evidências para formulação de políticas, por meio de disciplinas ministradas nos seus programas de mestrado profissional e de aprimoramento/especialização em saúde coletiva, promovendo oficinas vinculadas aos projetos apoiados pelo Ministério da Saúde, e também no Programa CurSUS, que oferece cursos de curta duração para profissionais de instâncias da Secretaria Estadual e de Secretarias Municipais de Saúde do estado de São Paulo.

Além da experiência da EVIPNet Brasil, abordada em profundidade por outros autores^{12,22-24}, análises recentes sobre o processo de implementação dessa iniciativa merecem destaque. Gutierrez e colaboradores²⁵ ressaltam a importância de parcerias internacionais para o fomento ao uso de evidências para informar suas políticas de saúde no Peru. Apesar das dificuldades que o país ainda enfrenta principalmente para avaliar o momento seguinte à implementação, a capacidade técnica que a rede mundial da EVIPNet oferece tornou possível a diversifi-

cação e a consolidação da estrutura peruana de tradução do conhecimento.

No Chile, a partir de 2014, o Ministério da Saúde intensificou os esforços para consolidação da EVIPNet local. Por meio de uma parceria do governo nacional com instituições de pesquisa chilenas, a plataforma se estabeleceu no país tendo alguns produtos específicos para alcançar seus objetivos, a saber: oficinas de formação, sínteses de evidências para políticas, *website* e diálogos deliberativos. Além desses, destacou-se na estratégia chilena o estabelecimento de um Serviço de Resposta Rápida, cuja delimitação é produzir revisões breves em até 20 dias, particularmente respondendo ao Ministério da Saúde. Apenas em 2015, ano de sua implementação, a EVIPNet Chile respondeu a mais de 23 perguntas. Para o grupo condutor das ações, apesar do desafio de implementar esse tipo de serviço, isso foi fundamental para fortalecer a relação com os tomadores de decisão e a consequente institucionalização da plataforma na estrutura governamental²⁶.

No continente africano, onde a EVIPNet se instalou antes de chegar ao Brasil a partir de parceria da OMS com a *Regional East African Community Health Policy Initiative* (REACH-PI), as experiências de Uganda e Camarões foram avaliadas após quase uma década de EVIPNet África. Por meio de investigação documental e entrevistas com atores envolvidos na implementação das plataformas de tradução do conhecimento em ambos os países, concluiu-se que as estruturas agiram como agentes de transformação na cultura de formulação de políticas. A realização de diálogos envolvendo todos os interessados, por exemplo, foi percebida como um momento de inflexão que tornou mais democrático o processo de formulação por meio da redistribuição de recursos de poder e de mudanças na interação entre os grupos de interesse^{27,28}.

Antes mesmo do movimento da OMS para fortalecer o uso de evidências para informar políticas de saúde por meio da EVIPNet, iniciativas com essa orientação já existiam em outros países. No Canadá, a iniciativa pioneira da *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) foi criada em 1989 inicialmente com o objetivo de avaliar tecnologias de saúde, mas com a ampliação das necessidades do campo rapidamente se tornou a responsável pela produção de evidências para apoiar as decisões de profissionais de saúde, gestores e pacientes. Outra organização canadense é a *McMaster Health Forum*, que alimenta a plataforma de busca *Health System Evidence* (HSE), agregadora de publicações sobre evidências para apoiar políticas de saúde. No Reino Unido, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) trabalha desde 1999 para produzir recomendações baseadas em evidências para a prática clínica e saúde pública, além de estabelecer parâmetros de qualidade e desempenho para profissionais de saúde. Organizações com propósitos muito semelhantes, mas com menor capacidade e poder, também atuam na Austrália (*National Health and Medical Research Council* – NHMRC) e nos EUA (*Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRQ).

DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DE UM PROPÓSITO

As barreiras para o uso adequado de evidências para formulação de políticas já são conhecidas. Podem estar relacionadas com entraves institucionais, culturais, dificuldade de acesso à produção de pesquisa, incapacidade de avaliar resultados, etc. Uma forma de facilitar o processo de tradução do conhecimento é o envolvimento

das partes interessadas desde a concepção do projeto de pesquisa, unindo esforços e experiências de formuladores e pesquisadores em torno de um problema de política^{29,30}.

A atuação da EVIPNet e de outras plataformas para a tradução do conhecimento tem qualificado o uso de evidências de pesquisa aplicadas às políticas de saúde, particularmente agregando características de sistematização e transparência ao processo. Entretanto, apesar das mudanças ocorridas desde o início da EVIPNet, diversos países ainda enfrentam dificuldades para consolidar sistemas de pesquisa em saúde, por exemplo para criar equipes capacitadas a identificar, avaliar e sintetizar as evidências científicas disponíveis. Da mesma forma, são necessários estudos mais extensos sobre o clima político para o uso de evidências para informar políticas de saúde, especialmente nas Américas²⁴.

Os avanços em direção à elaboração de políticas informadas por evidências têm sido observados^{12,25,26,28}, mas o exercício de fortalecer pesquisadores para produzir evidências de qualidade que efetivamente se comuniquem com os interessados na formulação de políticas é movimento contínuo. No mesmo sentido, a motivação inicial para criação de plataformas de tradução do conhecimento permanece como seu principal desafio: qualificar formuladores de políticas e grupos interessados para o uso sistemático e transparente das evidências de pesquisa.

As universidades e outras instituições de pesquisa e ensino constituem-se importante loco para desenvolvimento de estudos que gerem sínteses para políticas^{25,26} e podem realizar parcerias com municípios e regiões para isso, sobretudo aqueles com menor disponibilidade de recursos. Os produtos da parceria entre o NEv-IS e o município de Franco da Rocha¹⁹⁻²¹ são um exemplo fértil dessa interação. Nesse sentido, torna-se particularmente interessante a formação de alunos de mestrado profissional com vistas a aten-

der demandas relevantes de saúde a partir de interesses de seus locais de trabalho, conforme apresentado em capítulos anteriores.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WORLD REPORT ON KNOWLEDGE FOR BETTER HEALTH: STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS [INTERNET]. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); 2004 [CITADO 23 MAR. 2020]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://APPS.WHO.INT/IRIS/HANDLE/10665/43058](https://apps.who.int/iris/handle/10665/43058).
2. CHOI BCK, PANG T, LIN V, PUSKA P, SHERMAN G, GODDARD M, ET AL. CAN SCIENTISTS AND POLICY MAKERS WORK TOGETHER? J EPIDEMIOL COMMUNITY HEALTH. 2005 [CITADO 23 MAR. 2020];59(8):632-7. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/16020638](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020638).
3. CHAPMAN E. LOS MECANISMOS DE TRADUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS INFORMADAS [MECANISMOS DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS]. BOL DO INST SAÚDE. 2016 [CITADO 23 MAR. 2020];17(1):7-17. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/RESOURCES/INSTITUTO-DE-SAUDE/HOME PAGE/PDFS/BIS17N1JULHO2016.PDF](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf).
4. STRAUS SE, TETROE J, GRAHAM ID, EDITORS. KNOWLEDGE TRANSLATION IN HEALTH CARE: MOVING FROM EVIDENCE TO PRACTICE. 2ND ED. WEST SUSSEX, UK: JOHN WILEY & SONS; 2013.
5. OELKE ND, LIMA MAD DA S, ACOSTA AM. TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO: TRADUZINDO PESQUISA PARA USO NA PRÁTICA E NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS. REV GAÚCHA ENFERM. 2015 [CITADO 23 MAR. 2020];36(3):113-7. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1983-14472015000300113&LNG=ENG&TLNG=EN](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300113&lng=eng&tlng=en).
6. GRAHAM ID, LOGAN J, HARRISON MB, STRAUS SE, TETROE J, CASWELL W, ET AL. LOST IN KNOWLEDGE TRANSLATION: TIME FOR A MAP? J CONTINUEDUC HEALTH PROF. 2006 [CITADO 23 MAR. 2020];26(1):13-24. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/CHP.47](https://doi.org/10.1002/CHP.47).
7. HAMID M, BUSTAMANTE-MANAOG T, DUNG TV, AKKHAVONG K, FU H, MA Y, ET AL. EVIPNET: TRANSLATING THE SPIRIT OF MEXICO. LANCET. 2005 [CITADO 23 MAR. 2020];366(9499):1758-60. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0140673605677094](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673605677094).
8. WORLD HEALTH ASSEMBLY 58. MINISTERIAL SUMMIT ON HEALTH RESEARCH [INTERNET]. 2005. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://APPS.WHO.INT/IRIS/HANDLE/10665/20384](https://apps.who.int/iris/handle/10665/20384).
9. OXMAN AD, LAVIS JN, LEWIN S, FRETHEIM A. SUPPORT TOOLS FOR EVIDENCE-INFORMED HEALTH POLICYMAKING (STP) 1: WHAT IS EVIDENCE-INFORMED POLICYMAKING? HEALTH RES POLICY SYST. 2009 [CITADO 23 MAR. 2020];7(S1):S1. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://HEALTH-POLICY-SYSTEMS.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1478-4505-7-S1-S1](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S1).
10. TOMA TS, TESSER TR, SETTI C, BORTOLI MC. SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE [INTERNET]. IN: TOMA TS, PEREIRA TV, VANNI T, BARRETO JOM, EDITORES. AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE & POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. SÃO PAULO: INSTITUTO DE SAÚDE; 2017 [CITADO 23 MAR. 2020]. P. 183-208. DISPONÍVEL EM: [WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/RESOURCES/INSTITUTO-DE-SAUDE/HOME PAGE/TEMAS-SAUDE-COLETIVA/PDFS/TSC_22_FINAL.PDF](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/tsc_22_final.pdf).
11. EVIPNET AMERICAS SECRETARIAT. EVIPNET AMERICAS: INFORMING POLICIES WITH EVIDENCE. LANCET. 2008;372.
12. WICHMANN R, CARLAN E, BARRETO JOM. CONSOLIDAÇÃO DA REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS – EVIPNET BRASIL: RELATO DA EXPERIÊNCIA NACIONAL DE CONSTRUÇÃO DE UMA PLATAFORMA DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO PARA O SUS. BOL DO INST SAÚDE. 2016 [CITADO 23 MAR. 2020];17(1):18-31. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/RESOURCES/INSTITUTO-DE-SAUDE/HOME PAGE/PDFS/BIS17N1JULHO2016.PDF](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf).
13. BARRETO JOM, TOMA TS. MÉTODOS NA EVIPNET BRASIL: FERRAMENTAS SUPPORT PARA POLÍTICAS DE SAÚDE INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. BOL DO INST SAÚDE. 2016 [CITADO 23 MAR. 2020];17(1):43-9. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/RESOURCES/INSTITUTO-DE-SAUDE/HOME PAGE/PDFS/BIS17N1JULHO2016.PDF](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf).
14. LAVIS JN, OXMAN AD, LEWIN S, FRETHEIM A. SUPPORT TOOLS FOR EVIDENCE-INFORMED HEALTH POLICYMAKING (STP). HEALTH RES POLICY SYST. 2009 [CITADO 23 MAR. 2020];7(S1):11. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://HEALTH-POLICY-SYSTEMS.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1478-4505-7-S1-11](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-11).
15. FRETHEIM A, MUNABI-BABIGUMIRA S, OXMAN AD, LAVIS JN, LEWIN S. SUPPORT TOOLS FOR EVIDENCE-INFORMED POLICYMAKING IN HEALTH 6: USING RESEARCH EVIDENCE TO ADDRESS HOW AN OPTION WILL BE IMPLEMENTED. HEALTH RES. POLICY SYST. 2009 [CITADO 23 MAR. 2020];7(S1):S6. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://HEALTH-POLICY-SYSTEMS.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1478-4505-7-S1-S6](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S6).
16. LAVIS JN, PERMANAND G, OXMAN AD, LEWIN S, FRETHEIM A. SUPPORT TOOLS FOR EVIDENCE-INFORMED HEALTH POLICYMAKING (STP) 13: PREPARING AND USING POLICY BRIEFS TO SUPPORT EVIDENCE-INFORMED POLICYMAKING. HEALTH RES. POLICY SYST. 2009 [CITADO 23 MAR. 2020];7(S1):S13. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://HEALTH-POLICY-SYSTEMS.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1478-4505-7-S1-S13](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S13).
17. LAVIS JN, BOYKO JA, OXMAN AD, LEWIN S, FRETHEIM A. SUPPORT TOOLS FOR EVIDENCE-INFORMED HEALTH POLICYMAKING (STP) 14: ORGANISING AND USING POLICY DIALOGUES TO SUPPORT EVIDENCE-INFORMED POLICYMAKING. HEALTH RES. POLICY SYST. 2009 [CITADO 23 MAR. 2020];7(S1):S14. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://HEALTH-POLICY-SYSTEMS.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1478-4505-7-S1-S14](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S14).
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). EVIPNET IN ACTION: 10 YEARS, 10 STORIES [INTERNET]. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); 2016 [CITADO 23 MAR. 2020]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.WHO.INT/EVIDENCE/RESOURCES/PUBLICATION/EN/](http://www.who.int/evidence/resources/publication/en/).
19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: REDUZINDO A MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA [INTERNET]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2019 [CITADO 23 MAR. 2020]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/SINTESE_EVIDENCIAS_POLITICAS_MORTALIDADE_MATERNA.PDF](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_materna.pdf).
20. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DE PRESCRIÇÕES INADEQUADAS DE ANTIDEPRESSIVOS NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA [INTERNET]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2019 [CITADO 23 MAR. 2020]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/SINTESE_EVIDENCIAS_POLITICAS_SAUDE_ANTIDEPRESSIVOS.PDF](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_antidepressivos.pdf).
21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: CONTROLE DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA [INTERNET]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2016 [CITADO 23 MAR. 2020]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BRASIL.EVIPNET.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/12/DIABETESMELLITUSWEB.PDF](http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/12/diabetesmellitusweb.pdf).
22. BORTOLI MC, FREIRE LM, TESSER TR. POLÍTICAS DE SAÚDE INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS: PROPÓSITOS E DESENVOLVIMENTO NO MUNDO E NO PAÍS [INTERNET]. IN: TOMA TS, PEREIRA T V, VANNI T, BARRETO JOM, EDITORES. AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE & POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. SÃO PAULO: INSTITUTO DE SAÚDE; 2017 [CITADO 23 MAR. 2020]. P. 29-49. DISPONÍVEL EM: [WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/RESOURCES/INSTITUTO-DE-SAUDE/HOME PAGE/TEMAS-SAUDE-COLETIVA/PDFS/TSC_22_FINAL.PDF](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/tsc_22_final.pdf).
23. DIAS RI, BARRETO JOM, SOUZA NM. DESENVOLVIMENTO ATUAL DA REDE DE POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS (EVIPNET BRASIL): RELATO DE CASO. REV PANAM SALUD PUBLICA. 2014 [CITADO 23 MAR. 2020];36(1):50-6. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/25211678](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25211678).
24. PANTOJA T, BARRETO J, PANISSET U. IMPROVING PUBLIC HEALTH AND HEALTH SYSTEMS THROUGH EVIDENCE INFORMED POLICY IN THE AMERICAS. BMJ. 2018 [CITADO 23 MAR. 2020];362:k2469. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.BMJ.COM/CONTENT/362/BMJ.K2469](https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2469).
25. GUTIERREZ EL, PIAZZA M, GUTIERREZ-AGUADO A, HIJAR G, CARMONA G, CABALLERO P, ET AL. USO DE LA EVIDENCIA EN POLITICAS Y PROGRAMAS DE SALUD APORTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. REV PERÚ MED EXP SALUD PUBLICA. 2016 [CITADO 23 MAR. 2020];33(3):580. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://RPMESP.INS.GOB.PE/INDEX.PHP/RPMESP/ARTICLE/VIEW/2308](https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2308).
26. MANSILLA C, HERRERA CA, BASAGOITIA A, PANTOJA T. THE EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK (EVIPNET) IN CHILE: LESSONS LEARNED FROM A YEAR OF COORDINATED EFFORTS. REV PANAM SALUD PUBLICA. 2017 [CITADO 23 MAR. 2020];41:E36. DISPONÍVEL EM: [HTTP://IRIS.PAHO.ORG/XMLUI/HANDLE/123456789/33967](http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33967).
27. ONGOLO-ZOGO P, LAVIS JN, TOMSON G, SEWANKAMBO NK. INITIATIVES SUPPORTING EVIDENCE INFORMED HEALTH SYSTEM POLICYMAKING IN CAMEROON AND UGANDA: A COMPARATIVE HISTORICAL CASE STUDY. BMC HEALTH SERV. RES. 2014 [CITADO 23

MAR. 2020];14(1):612. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://BMCHEALTHSERVRES.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/S12913-014-0612-3](https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0612-3).

28. ONGOLO-ZOGO P, LAVIS JN, TOMSON G, SEWANKAMBO NK. ASSESSING THE INFLUENCE OF KNOWLEDGE TRANSLATION PLATFORMS ON HEALTH SYSTEM POLICY PROCESSES TO ACHIEVE THE HEALTH MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS IN CAMEROON AND UGANDA: A COMPARATIVE CASE STUDY. HEALTH POLICY PLAN. 2018 [CITADO 23 MAR. 2020];33(4):539-54. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://ACADEMIC.OUP.COM/HEAPOL/ARTICLE/33/4/539/4913682](https://academic.oup.com/heapol/article/33/4/539/4913682).
29. MIHALICZA P, LEYS M, BORBÁS I, SZIGETI S, BIERMANN O, KUCHENMÜLLER T. QUALITATIVE ASSESSMENT OF OPPORTUNITIES AND CHALLENGES TO IMPROVE EVIDENCE-INFORMED HEALTH POLICY-MAKING IN HUNGARY – AN EVIPNET SITUATION ANALYSIS PILOT. HEALTH RES POLICY SYST. 2018 [CITADO 23 MAR. 2020];16(1):50. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://HEALTH-POLICY-SYSTEMS.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/S12961-018-0331-Z](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0331-z).
30. SOUSA MSA DE, BARRETO JOM. PERSPECTIVAS DAS POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS [INTERNET]. IN: TOMA TS, PEREIRA TV, VANNI T, BARRETO JOM, EDITORES. AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE & POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. SÃO PAULO: INSTITUTO DE SAÚDE; 2017 [CITADO 23 MAR. 2020]. P. 411-43. DISPONÍVEL EM: [WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/RESOURCES/INSTITUTO-DE-SAUDE/HOMEPAGE/TEMAS-SAUDE-COLETIVA/PDFS/TSC_22_FINAL.PDF](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/tsc_22_final.pdf).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta da prática de enfermagem que tem a potencialidade de monitorar a situação de saúde das famílias e a identificação de grupos em situação de maior vulnerabilidade. Ainda que a consulta de enfermagem na ESF seja instrumento potente para a SAE, em geral o seu foco é o indivíduo e não a família. Além disso, há carência de tecnologias para a operacionalização da SAE orientada ao reconhecimento de necessidades e intervenção em famílias. Há portanto, uma crescente demanda por instrumentos que permitam a SAE à família no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS). Esta publicação tem como objetivo apoiar a qualificação e o trabalho desenvolvido por enfermeiras para a aplicação da SAE às famílias no âmbito da APS.