



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

NATHÁLIA RABELO OLIVEIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Atitudes dos enfermeiros no cuidado
com famílias**

São Luís
2018

NATHÁLIA RABELO OLIVEIRA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca de Defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Cristina Oliveira Silva

São Luís
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Oliveira, Nathália Rabelo.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias / Nathália Rabelo Oliveira. - 2018. 64 f.

Orientador(a): Andréa Cristina Oliveira Silva.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Atenção Primária de Enfermagem. 3. Enfermagem. 4. Enfermagem de Família. I. Silva, Andréa Cristina Oliveira. II. Título.

NATHÁLIA RABELO OLIVEIRA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à Banca de Defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: ____ de _____ de ____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Andréa Cristina Oliveira Silva
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dr^ª. Francisca Georgina Macedo de Sousa
1^º Membro
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Me. Marinese Hermínia Santos
2^º Membro
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir que eu pudesse chegar até aqui, concedendo-me paciência, sabedoria e discernimento durante essa trajetória. Pela sua amizade, por seu imenso amor e infinita misericórdia para comigo. Por ser meu sustento diário, minha fortaleza e refúgio, onde encontro descanso nos dias difíceis;

À Universidade Federal do Maranhão, por proporcionar uma graduação rica e de qualidade. E pela oportunidade de vivenciar os seus três pilares: ensino, pesquisa e extensão;

Aos professores do Curso de Enfermagem, por contribuírem para minha formação acadêmica e por todo conhecimento compartilhado. Em especial, às professoras Francisca Georgina Macedo de Sousa, Marinese Hermínia Santos, Eremita Val Rafael e Jeanine Porto Brondani, por serem profissionais inspiradoras, comprometidas e dedicadas ao trabalho com a saúde da criança;

À minha orientadora, professora Andréa Cristina Oliveira Silva, por todo o aprendizado durante essa etapa da graduação. Pela paciência, carinho e amizade construída, que foram fundamentais para que a orientação ficasse mais leve e divertida;

Aos membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Família, da Criança e do Adolescente (GEPSEFCA), pela acolhida, apoio e contribuição. Por fazerem parte do mundo da pesquisa, pela qual eu me encantei;

Aos meus amigos do curso, pelos momentos vividos e compartilhados durante esses cinco anos. Em especial, às meninas do meu grupo de estágio, Adya Botelho, Ana Carolina Oliveira, Anne Caroline Matias e Daniela de Sousa, pelo companheirismo, paciência e conselhos;

Aos meus pais, Ana Lourdes de Matos Rabelo e Edson César Silva Oliveira, por toda educação e ensinamentos que foram dados a mim e minha irmã. Por serem meu alicerce e por sempre me apoiarem em todos os meus sonhos. Por todo amor e dedicação dispensados a mim;

À minha irmã gêmea, Anália Rabelo Oliveira, por ser minha companheira inseparável. Por estar junto de mim até mesmo na graduação, fazendo o mesmo curso e estudando na mesma sala. Pela amizade, apoio e conselhos. Por ouvir meus desabafos quando tudo parecia não dar certo. Pelas risadas e brincadeiras que só a gente entende;

À minha madrinha, Maria do Rosário de Fátima Rabelo Falcão, por ser uma segunda mãe e por contribuir para o meu crescimento pessoal, sempre me apoiando e ensinando;

Ao Pedro Falcão Bezerra, filho da minha prima Carolina Rabelo Falcão Bezerra e do Bruno Barros Bezerra, por ser a nossa alegria. Por me ensinar que a paciência é uma virtude essencial para àqueles que buscam o progresso e por me ensinar a valorizar as pequenas conquistas e cada passo dado;

Aos demais familiares, por acompanharem essa trajetória, torcendo e me incentivando;

Aos meus amigos do grupo de jovens da Paróquia São Paulo Apóstolo, Grupo Um Novo Caminho, pela acolhida, amor, carinho e oração que me fortalecem;

Às minhas amigas Jessyca Mary Silva, Mariana Uchoa e Camilla Correia, por estarem comigo desde a época da escola, por acreditarem no meu potencial e torcerem por mim. Em especial, à Carol do Nascimento, pela amizade, cumplicidade, incentivo e apoio em situações difíceis, e por estar sempre ao meu lado, dividindo conquistas e sonhos;

Ao amigo, Antonio Júnior, pela disponibilidade, ajuda e momentos de descontração durante essa última etapa da graduação.

RESUMO

A família como parceira no cuidar tem um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão. Como receptora de cuidados, requer informação e acompanhamento pelos profissionais da saúde, viabilizando melhores condições para lidar com a situação de doença. Para isso, a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada deve fornecer atenção à família e não à sua enfermidade. Assim, questiona-se: quais atitudes são assumidas pelo enfermeiro para valorizar o cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde? Objetivou-se compreender as atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde. Realizado estudo exploratório, transversal com abordagem qualitativa apoiado no recurso metodológico da análise temática proposta por Minayo. Os dados foram coletados no período de março a outubro de 2018, por meio de entrevista individual do tipo não estruturada com perguntas abertas gravadas em meio digital, transcritas e validadas pelos participantes, após parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 1.249.885. O estudo constituiu-se de um *corpus* definido por dez entrevistas das quais extraiu-se 447 unidades de registro e que originaram quatro temas: Fatores que limitam as relações de cuidado do enfermeiro com famílias; Atitudes que fortalecem o cuidado do enfermeiro com famílias; Estratégias para o cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária; e Perspectivas para o cuidado com famílias. Do processo analítico identificou-se que o enfermeiro encontra e vivencia em seu processo de trabalho dificuldades e fatores limitantes como a escassez de recursos humanos e materiais, violência, falta de planejamento das ações, descumprimento da carga horária de trabalho e a rotatividade dos enfermeiros. São necessárias atitudes de acolhimento, escuta qualificada, vínculo, liderança, planejamento, conhecer a realidade de cada família e identificar suas necessidades, bem como sentimentos e expressões positivas para fortalecer o cuidado com famílias. Para que as atitudes de cuidado dos enfermeiros sejam mais efetivas e permitam abordagem ampliada há necessidade de dispor de estratégias como a visita domiciliar, na qual se pode utilizar instrumentos de avaliação e intervenção familiar, além do fortalecimento do trabalho em equipe e participação em cursos de educação permanente. A integralidade e a longitudinalidade se configuram como perspectivas para o cuidado e revelam que o enfermeiro deve adotar atitudes que lhe permitam atuar como corresponsáveis por meio de atitudes fortalecedoras para o cuidado, visando o cuidado integral onde a família é participante ativa no processo de cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermagem de Família. Atenção Primária de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Family as a caring partner plays an active role providing care and making decisions, and, as a care receipt, requires information and continuity of care by health professionals, which ensure better conditions to help the family to deal with a disease situation. This study aim to understand nurses' attitudes towards care of families in Primary Health Care. It is an exploratory cross-sectional study with a qualitative approach, supported by methodological resource of the thematic analysis proposed by Minayo. Data were collected between March and October of 2018, through a non structured individual interview with open-ended questions recorded in digital media, transcribed and then validated by the participants. This study was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital – UFMA through the document number 1,249,885. This research was composed by a corpus defined through ten interviews, from which 447 recording units were extracted and originated four themes: limiting factors of the care relationship between nurses' and families; attitudes that fortify nursing care with families; strategies for family care in Primary Health Care; and perspectives for family care. From the analytical process, it was identified that nurses face and experience in their working process difficulties and limiting factors, such as scarcity of human and material resources, violence, lack of planning, non-compliance of working hours and nurse staff turnover. Embracement, qualified listening, bonding, leadership, planning, knowledge of family's reality and their needs identification, as well as positive feelings and expressions to fortify care for families are necessary. In order to nurses' caring attitudes to be more effective and allow an expanded approach, there is need for strategies such as home visits, in which family assessment and intervention instruments can be used, as well as strengthening of teamwork and permanent education. Integrality and longitudinality are configured as perspectives for care and reveal that the nurses have to adopt actions that allow them to perform as co-responsible through fortifying care attitudes, aiming for an integral care in which the family actively participates in the caring process.

Keywords: Nursing. Family Nursing. Primary Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Categorização dos dados brutos em Unidades de Registro	25
Quadro 2 – Construção dos temas a partir das Unidades de Registro agrupadas...	26
Figura 1 – Número de Unidades de Registro por cada entrevista	27
Quadro 3 – Quantidade de Unidades de Registro em cada tema	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CCF – Cuidado Centrado na Família

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GEPSFCA – Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	15
3 CONTEXTUALIZANDO O TEMA	16
3.1 Atenção Primária à Saúde	16
3.2 A Família na Atenção Primária à Saúde	17
3.3 O Cuidado de Enfermagem com Famílias na Atenção Primária à Saúde ..	19
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo e natureza do estudo	23
4.2 Participantes	23
4.3 Período e local do estudo	24
4.4 Coleta dos dados	24
4.5 Análise dos dados	25
4.6 Aspectos administrativos e éticos do estudo	28
5 DISCUTINDO OS RESULTADOS	29
6 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE	56
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57
ANEXOS	59
ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM	60
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – HUUFMA	61

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem não mais devem privilegiar apenas o indivíduo, mas considerar e incluir a família desde também. Sendo assim, o enfermeiro tem que ser capaz de identificar e reconhecer as necessidades específicas de cada família (ALVES, 2011).

A partir dessa perspectiva, as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias constituem um fator importante e condicionante para a relação que será criada entre enfermeiro/indivíduo/família, pois são aliados privilegiados no apoio às famílias com necessidade de cuidados e na adaptação ao processo saúde-doença (ALVES, 2011; RODRIGUES, 2013). O enfermeiro precisa estar atento às várias configurações familiares que têm dado origem a novas concepções de família e da organização da vida dos seus membros (DIAS, 2011).

Em virtude da configuração familiar ser uma realidade complexa e dinâmica a família se assemelha a um organismo vivo e deve ser analisada em sua totalidade (DIAS, 2011). Se constitui na unidade base e é considerada local de treinamento social, onde se vivencia o primeiro senso de pertencimento, identidade e conexão (DIAS; LOPES, 2015).

Francisco (2017) afirma que não se pode conhecer uma pessoa, sem conhecer sua família, uma vez que o ser humano não existe de forma isolada e que está inserido em um contexto. Da mesma forma, também não é possível que o enfermeiro cuide do indivíduo, sem conhecer a sua família e permitir que a mesma faça parte do cuidado.

Devido à compreensão de que a família é considerada uma unidade de fundamental importância no cuidado de seus membros e que o isolamento social é um fator de risco, surgiu o termo cuidado centrado no indivíduo e família. E devido a influência que a família exerce sobre a saúde dos seus membros, a mesma deve ser incluída como parceira nas práticas e no sistema de cuidado. No entanto, embora o cuidado seja centrado na família, não elimina a competência individual de cada membro em relação à tomada de decisão de sua própria saúde (PINTO *et al*, 2010).

Por ser a enfermagem uma das profissões da área da saúde que mais convive com a família, faz parte do ser enfermeiro envolvê-la no cuidado com um de seus membros, valorizando suas contribuições e fortalecendo o vínculo. Para Nunes (2016), o enfermeiro ao colocar a família como protagonista na prestação de

cuidados assume responsabilidade determinante para garantir qualidade à assistência.

De acordo com Monteiro (2010), o trabalho da enfermagem deve ser direcionado às famílias como foco de atenção dos seus cuidados e não de forma fragmentada. Incluir a família no cuidar implica em estar aberto, conhecer e entender suas interações e identificar os impactos das vivências de seus membros.

Para abordar a família, o enfermeiro deve avaliar sua dinâmica de vida, considerando e respeitando suas características peculiares e entender os padrões e tipos familiares (BRASIL, 2013; DIAS, LOPES, 2015). Cabe ao enfermeiro desenvolver práticas de cuidado que estimulem o diálogo, valorizem a história de vida, a crença e a cultura de cada indivíduo.

O mesmo observa-se na prática do enfermeiro que desenvolve suas atividades na Atenção Primária à Saúde (APS), pois precisa implementar o cuidado de enfermagem por meio da construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito (ACIOLI *et al*, 2014).

A Atenção Primária é o nível de uma estrutura de serviços de saúde que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, oferecendo entrada para todas as necessidades e problemas e fornecendo atenção à pessoa e não à sua enfermidade (STARFIELD, 2002).

A diferenciação entre os termos Atenção Básica e Atenção Primária está presente em várias discussões. Enquanto alguns autores entendem a palavra “básica” como vinda de base, fundamental; outros entendem como algo básico, simples. Da mesma forma, a palavra “primária” como principal, primeiro; outros autores interpretam como algo elementar, rudimentar (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). No entanto, a Política Nacional de Atenção Básica considera os dois termos como equivalentes (BRASIL, 2017) e Giovanella (2018, p.5) ratifica que “ambos os termos podem alinhar-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade”. Sendo assim, optou-se por adotar o termo Atenção Primária nesta pesquisa.

Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, o cuidado deve ser fortalecido por ações que não se limitam apenas a instrumentos médicos. Assim, o cuidado de enfermagem é compreendido como sendo “um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e

amor” (VALE; PUGLIUCA, 2011, p. 112). As atitudes, segundo Rodrigues (2013), ajudam a explicar as decisões e as ações das pessoas, podendo ser favoráveis ou desfavoráveis a partir das experiências de cada indivíduo e da informação que possui.

Assim, questiona-se: quais atitudes são assumidas pelo enfermeiro para valorizar o cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde?

A partir dos vários aspectos relacionados à interação entre enfermeiros e membros da família, faz-se necessário compreender os significados que os enfermeiros atribuem ao cuidado com famílias na APS.

Incluir a família requer do enfermeiro atitudes que proporcionam melhor interação e qualidade na assistência, bem como conhecimento sobre a enfermagem de família.

Dessa forma, torna-se relevante trabalhar com essa temática, uma vez que, o enfermeiro atua em muitas situações como intermediário entre indivíduo/família e a instituição de saúde.

Essa pesquisa pode proporcionar à enfermagem uma visão mais ampla sobre a relação do enfermeiro com as famílias e seus cuidados, além de compreender suas atitudes como decisórias para a qualidade das relações estabelecidas com a família, enfatizando as relações de cuidado centrado nesse grupo social no contexto da Atenção Primária.

2 OBJETIVO

Compreender as atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde.

3 CONTEXTUALIZANDO O TEMA

3.1 Atenção Primária à Saúde

Usualmente, o termo “Atenção Primária à Saúde” é utilizado para expressar o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, ofertada por meio de unidades de saúde que fazem parte de um sistema caracterizado pelo desenvolvimento de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica e que são responsáveis pela resolução de grande parte dos problemas de saúde apresentados pelos clientes (LAVRAS, 2011).

É caracterizada como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, sendo realizada por uma equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido (BRASIL, 2017).

Dessa forma, a APS se configura como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Deve oferecer serviços de forma integral e gratuita a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, além de serviços que sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2011), a Atenção Primária diferencia-se da secundária e da terciária por dedicar-se aos problemas mais frequentes, podendo ser simples ou complexos e que se apresentam principalmente em suas fases iniciais. Nas unidades de saúde, consultórios, escolas ou asilos e nos espaços comunitários, observam-se grande variedade de necessidades em saúde, componente dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas quanto com seus agravos. A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas que a caracterizam e a diferenciam dos demais níveis de atenção.

Para otimização da saúde, a APS deve orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011). Sendo assim, a APS deve levar em consideração a saúde das pessoas no meio social e físico no qual elas vivem e trabalham, ao invés de considerar apenas sua enfermidade, mostrando-se uma prática baseada na pessoa, na família e na comunidade, e não na doença em si. Para isso, a utilização dos serviços pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento e da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas (STARFIELD, 2002; CONASS, 2011).

Nesse sentido, uma vez que o modelo hospitalocêntrico não atende às modificações do mundo moderno e às necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias, a APS visa implementar outros modelos de assistência (BARATIERI; MARCON, 2011). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das propostas do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária, propondo que a atenção à saúde centre-se na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. A ESF é um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica ou uniprofissional, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, identificadas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais, em contato permanente com o território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Assim, trabalhar na ESF possibilita aos enfermeiros entrar em contato com o processo saúde-doença e as condições de vida da comunidade, permitindo que tenham entendimento da necessidade de intervenções que ultrapassam as práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

3.2 A Família na Atenção Primária à Saúde

A família é o habitat natural para o desenvolvimento e autonomização dos seus membros, e se caracteriza por ser uma referência fundamental para o indivíduo, pois se configura como seu primeiro grupo social, onde suas competências individuais são desenvolvidas (ARAÚJO, 2014). Independente do seu modelo, Alves (2011) e Dias (2011) complementam que a família é um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior. Representa a primeira forma de socialização dos

indivíduos, sendo protegida como um bem e interesse comum pela sociedade. Para Rodrigues (2013) a função mais importante da família é proporcionar apoio emocional e segurança aos seus membros, mediante o amor, a aceitação, o interesse e a compreensão.

Ao longo do tempo novos conceitos de família, novas configurações e funções alteraram a dinâmica da família na sua organização interna como, por exemplo, a diminuição da fecundidade, do número médio de filhos e, conseqüentemente, a diminuição das famílias numerosas, bem como o elevado número de famílias recompostas devido o aumento do número de divórcios. Entretanto, apesar de tais mudanças, a família continua sendo um sistema social único, de alta relevância nas relações estruturantes do indivíduo e que não deve ser considerada como imutável. Sendo assim, o conceito de família é relativo e qualquer definição é considerada incompleta e condicionada (ALVES, 2011; DIAS, 2011).

Araújo (2010, p. 55) afirma que “enquanto o ser humano existir, a família será uma realidade na diversidade dos modelos culturais existentes” e que é capaz de originar hábitos de vida saudáveis, mas também é capaz de disseminar hábitos não saudáveis, tornando-a agente ativo no processo de cuidar, responsável pelo seu próprio processo de viver.

Segundo Lopes e Marcon (2012), para entender a família é preciso ser sensível o suficiente para enxergar nas entrelinhas e apreender o que está implícito, além de saber ouvir.

De acordo com Rodrigues (2013), a família poderá desempenhar papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão sendo parceira no cuidar, bem como será necessário acompanhamento por parte dos profissionais de saúde para garantir melhores condições ao lidar com a situação de doença quando a família for receptora desses cuidados. Sendo assim, Chaves (2017) afirma que a família vista como parceira é colocada no centro da atenção e como elemento essencial de suas ações. A garantia de uma assistência holística com foco na pessoa e na família virá à medida que o enfermeiro elaborar e planejar suas ações.

A forma como o enfermeiro orienta e implementa seus cuidados é condicionada pela compreensão sobre os conceitos de família, saúde, doença e até mesmo cuidados de saúde à família. Considerados como prestadores de cuidados de primeira linha, os enfermeiros devem valorizar o contexto familiar a fim de que

seja desenvolvido pela família e seus membros, formas de lidar com os processos de transição que sofrerão (NUNES, 2016).

Em situações de doença, qualquer mudança afeta o sistema familiar em sua totalidade e dá origem a adaptações para um novo estado de equilíbrio, onde a função de cuidar deve ser garantida pelo envolvimento de todos os membros da família (ARAÚJO, 2010). Nesse sentido, uma vez que existem diferentes configurações familiares que tornam as suas dinâmicas variadas, exige-se do enfermeiro atitudes distintas em relação à individualidade de cada família (ALVES, 2011). Cabe ao enfermeiro aprofundar-se ou adquirir conhecimentos e habilidades de intervenções dispensadas à família, seja para promoção da saúde, por meio da adoção de estilos de vida saudáveis, seja para promoção do autocuidado (BARBIERI-FIGUEIREDO *et al*, 2012).

É na família que são produzidos cuidados essenciais à saúde que vão desde as interações afetivas, passam pela aprendizagem e chegam ao nível da adesão aos tratamentos recomendados pelos serviços. Isso se dá por meio de ações concretas no cotidiano das famílias, porque o conhecimento destas não só oferece o contexto para avaliação dos problemas e contribui para isolar a probabilidade de vários diagnósticos possíveis, mas também é essencial na decisão perante uma intervenção adequada, uma vez que as famílias podem diferir em sua capacidade de elaborar estratégias e realizar diferentes tratamentos (GUTIERREZ, MINAYO, 2010; STARFIELD, 2002).

3.3 O Cuidado de Enfermagem com Famílias na Atenção Primária à Saúde

O conceito da palavra cuidar é atribuído por Queirós *et al* (2016) como algo que faz parte da condição humana, que está intimamente ligado. Afirmam também que os enfermeiros têm utilizado o conceito de cuidar para caracterizar a profissão.

Para Acioli *et al* (2014), o cuidado em saúde vai além das práticas técnicas, valorizando atitudes como o toque, o olhar e a escuta. Cabe ao profissional de saúde desenvolver práticas de cuidado que estimulem o diálogo, valorizem a história de vida, a crença e a cultura de cada indivíduo.

Ao afirmar que atualmente os cuidados de enfermagem não se centram apenas no indivíduo, mas considera e inclui a família deste também, Alves (2011)

quer dizer que o alvo dos cuidados mudou de direção e passa agora a envolver a família na assistência. Sendo assim, o enfermeiro tem que ser capaz de identificar e reconhecer as necessidades específicas de cada família.

Segundo registros de Araújo (2014), Florence Nightingale defendia o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Isso era perceptível, uma vez que Nightingale estimulou a ida de familiares dos doentes da Guerra da Crimeia aos hospitais para cuidarem dos seus entes, bem como proporcionou a organização de serviços de saúde nos domicílios.

No Brasil, segundo Pires, Rodrigues e Nascimento (2010), para que a atenção à saúde se volte para a família, é necessário que haja uma desconstrução do modelo biomédico de atenção à saúde, centrado na queixa do indivíduo e desconsiderando o contexto social no qual ele está inserido. O desafio é reconstruir um modelo que valorize a realidade em que vive o usuário/família e dê autonomia para que possam ser sujeitos do ato de cuidar e intervir no seu modo de vida.

Para Corrêa *et al* (2015), os enfermeiros ainda não conseguiram compreender a importância e o significado do cuidado à família, uma vez que suas práticas são centradas em procedimentos, caracterizando o cuidado como fragmentado. Barbosa, Balieiro e Pettengill (2012), corroboram ao afirmarem que o foco do cuidado ainda é a doença e a família não passa de uma fonte de informações, deixada em segundo plano.

Para que haja avanços, a família precisa ser incluída como agente participante do cuidado e ser capaz de tomar decisões. Entretanto, a abordagem do Cuidado Centrado na Família (CCF) é contrária ao modelo assistencial tecnicista ainda vigente, exigindo uma mudança de orientação dos serviços de saúde e de comportamento dos enfermeiros (CRUZ; ANGELO, 2011). Sampaio e Angelo (2015) afirmam que os princípios do CCF ainda não se consolidaram no Brasil, apesar de já serem aplicados em muitos países.

A prática profissional centrada na família implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeiam e na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, sendo a qualidade destes cuidados influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (ARAÚJO, 2010).

Por meio do Cuidado Centrado na Família, o enfermeiro, no seu processo de cuidar, considera “o conhecimento e a convicção de que as famílias representam uma constante na vida dos seus membros, independente do ciclo vital em que se encontram, e que as necessidades se diferenciam para cada um deles” (RIBEIRO *et al*, 2018, p. 785).

Na APS, a disposição dos serviços de saúde se dá por meio da Estratégia de Saúde da Família, que foi criada pelo Ministério da Saúde para reorientar o modelo assistencial vigente.

Na ESF, a família passa a ser o objeto de atenção, sendo compreendida a partir do seu ambiente físico e social, levando o enfermeiro a entrar em contato com as condições de vida das famílias. Sendo assim, há um maior entendimento do processo saúde-doença e das necessidades de cada uma, intervindo com práticas que não são apenas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A ESF propõe a criação de vínculo entre família e equipe de saúde, por meio da escuta e participação do usuário/família na hora de planejar e propor intervenções de saúde, utilizando tecnologias que forneçam autonomia (NERY *et al*, 2011).

No atendimento às famílias, o enfermeiro deve saber o que fazer e como fazer para cuidar dessas famílias, sendo necessário, portanto, o conhecimento teórico, o desenvolvimento de competências e habilidades específicas. Isso deve configurar-se na prática de enfermagem para o cuidado à família, de modo que o enfermeiro seja capaz de identificar e intervir no atendimento, de acordo com a realidade e experiências de cada uma (CRUZ, 2015). O cuidado à família se apresenta como uma abordagem em que o enfermeiro atua em posição de complementaridade em relação à saúde da família e de seus membros. Essa atuação do enfermeiro leva-nos a identificar que o resultado da intervenção de enfermagem será uma resposta da família (SANTOS, 2012). Assim, ratifica Sousa (2011) que a assistência da enfermagem deve desenvolver-se em uma atitude de parceria, de saberes e ações, caracterizada pela interdependência, negociação e trabalho mútuo.

Para que haja mudança no modelo de saúde e para fazer com que as famílias se tornem participantes ativas no processo de cuidado, o enfermeiro deve valorizar os saberes, as crenças e a autonomia da família. A importância da família como agente e participante do cuidado se faz reconhecida quando ela é ouvida e

respeitada em suas potencialidades e individualidades (BARBOSA, BALIEIRO, PETTENGILL, 2012; RIBEIRO, 2016).

Segundo Hanson (2005 apud ARAÚJO, 2010), existem diferentes abordagens de cuidados à família, podendo esta ser compreendida como contexto, cliente, sistema ou como componente da sociedade.

Na abordagem à família como contexto, o cuidado é centrado a nível individual, no qual a família aparece em segundo plano, onde a pessoa está inserida, servindo como fator de estresse na saúde/doença.

Na segunda abordagem, a família é vista como cliente e os cuidados de enfermagem centram-se em seus membros, sendo considerada agora como primeiro plano. A família é o alvo dos cuidados, os quais são oferecidos a todos os membros em função da identificação das necessidades de cada um.

O cuidado à família vista como sistema se dá de forma interativa, em que o alvo continua a ser a família como cliente, entretanto, a ênfase é dada às interações entre os seus membros, e os cuidados são dispensados simultaneamente entre a pessoa e a família.

E a quarta abordagem é a família como componente da sociedade, sendo vista como uma instituição, uma unidade primária da sociedade, interagindo com outras instituições para receber ou trocar serviços.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

Para alcançar o objetivo proposto nesta pesquisa foi realizado estudo exploratório, transversal com abordagem qualitativa apoiado no recurso metodológico da análise temática proposta por Minayo.

A pesquisa qualitativa trabalha um universo que não pode ser quantificado, uma vez que, para Minayo (2015, p. 24), esse tipo de pesquisa busca “compreender relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações e a partir desse conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente, compreender e interpretar a realidade”. Sousa, Erdmann e Magalhaes (2015) complementam essa perspectiva quando afirmam que a pesquisa qualitativa é uma forma de captar o ponto de vista do indivíduo, de localizar o observador no mundo e dar visibilidade aos mesmos.

4.2 Participantes

Participaram da pesquisa enfermeiros gestores que planejam e gerenciam as atividades profissionais na APS e os enfermeiros que realizam o cuidado de enfermagem de forma direta ao indivíduo e à família, inseridos nas Equipes Saúde da Família, no município de São Luís - MA.

Os participantes foram identificados em seus locais de trabalho e em seleção intencional em virtude da literatura afirmar que estudos qualitativos não objetivam generalizar resultados e sim concentrar sua atenção naquilo que é específico, peculiar e individual, buscando-se a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados.

Considerando que o interessante para a pesquisa são as atitudes dos enfermeiros e não os mesmos como sujeitos, a quantidade de participantes, segundo Minayo (2015, p. 48) é definida por “inclusão progressiva, sendo interrompida quando as falas dos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação”.

Foram definidos como critérios de inclusão ser enfermeiro com atuação na gestão e na assistência da Atenção Primária à Saúde há pelo menos seis (06)

meses. Foram excluídos da pesquisa, os enfermeiros em gozo de licença para tratamento de saúde ou férias no período da coleta de dados.

4.3 Período e local do estudo

As entrevistas ocorreram no período de março a outubro de 2018 e realizadas em local privativo no setor em que o enfermeiro desenvolve suas atividades profissionais.

4.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada após o primeiro contato com os participantes e em data e horário previamente acordados, por meio de entrevista individual do tipo não estruturada, utilizando-se da pergunta norteadora: quais atitudes são necessárias para o enfermeiro cuidar de famílias na Atenção Primária? A esta foram acrescentadas perguntas que elucidaram os significados do entrevistado e possibilitaram uma melhor exploração do tema.

A entrevista, segundo Marconi e Lakatos (2008, p. 80-81)

é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. [...] Trata-se, pois, de uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica; proporciona ao entrevistado, verbalmente, a informação necessária.

Conceitua-se ainda como forma de interação social, em que uma das partes é detentora das informações e a outra busca coletar dados, extraindo tais informações. E como característica, a entrevista é uma “técnica eficiente para a obtenção de dados em profundidade a respeito do comportamento humano” (GIL, 2006, p. 117-118).

As entrevistas foram gravadas em meio digital de forma que o local escolhido não comprometeu a qualidade da gravação com ruídos e/ou interrupções, e logo após a sua realização foram transcritas.

4.5 Análise dos dados

Após a realização das entrevistas, procedeu-se a transcrição do material e a devolução aos participantes, para que pudessem ser feitas correções ou alterações que os mesmos julgassem necessárias. Para a análise dos dados foi utilizada a Análise Temática, em que, segundo Minayo (2015, p. 86) “o conceito central é o tema. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo”.

A Análise Temática se dá em três etapas. Na primeira, chamada de Pré-análise é feita a escolha dos documentos a serem analisados e consiste em fazer leitura flutuante, a qual requer “contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo” (MINAYO, 2014, p. 316), seguida da Constituição do *Corpus*, onde se dá a organização do material. Na segunda etapa (Codificação) é realizada a exploração do material em que os dados brutos - obtidos na primeira etapa - são codificados e transformados em unidades de registro e posteriormente agregados formando temas. Na última etapa, realiza-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretados.

Depois de validadas, as entrevistas foram analisadas a partir de leitura exaustiva, originando a constituição do *Corpus*, definido por 10 entrevistas. Em seguida os dados brutos foram constituídos em partes menores denominadas Unidades de Registro direcionadas a responderem à pergunta de pesquisa (Quadro 1). Após o processo de análise foram construídas 447 Unidades de Registro.

Quadro 1 – Categorização dos dados brutos em Unidades de Registro

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE REGISTRO
Entrevista 1	
Isso que eu digo justamente é o elo, é o vínculo que o enfermeiro deve ter com aquele paciente. Se você não adquirir, você não vai para lugar nenhum. Muitas das vezes ele chega e fica calado lá na dele e se você não procurar, não conversar, não mostrar ser simpático e aberto para ele, ele não vai falar nada. A gente peca muito em achar que todo mundo tem conhecimento e não tem.	31. Habilidade para estabelecer o vínculo com os usuários 32. Estabelecer o vínculo para permitir o diálogo 33. O vínculo e o diálogo para identificar necessidades 34. Olhar ampliado e linguagem menos técnica promovem o elo e o vínculo com o cliente
Entrevista 6	
Temos dificuldade com relação à nossa área de abrangência, pois o nosso Posto fica longe da nossa área adscrita. Essa distância prejudica o	279. A disposição da área de abrangência é uma dificuldade enfrentada pelo enfermeiro 280. A distância entre o posto e a área

<p>acesso e o planejamento das nossas ações. Pelo cronograma a visita domiciliar acontece uma vez por semana para acessarmos essa população e não perdermos os vínculos e a confiança.</p>	<p>adscrita dificulta o cuidado com famílias 281. A distância entre o posto e a área adscrita prejudica o acesso e o planejamento das ações 282. O cronograma facilita a visita domiciliar 283. A visita domiciliar aproxima o enfermeiro da família e fortalece vínculos e confiança</p>
--	--

Fonte: elaborado pela autora

Em seguida, as Unidades de Registros foram organizadas e agrupadas por diferenças e similaridades entre si, dando origem a construção dos temas como mostra o Quadro 2:

Quadro 2 – Construção dos temas a partir das Unidades de Registro agrupadas

UNIDADES DE REGISTRO AGRUPADAS	TEMA
<p>229. O vínculo estabelecido com a comunidade e com as famílias facilita a prática do cuidado 230. Estabelecer vínculo com a família é necessário 231. O vínculo surge a partir da preocupação do enfermeiro com a comunidade 232. O vínculo deve ser baseado no respeito entre profissional e comunidade 233. O vínculo facilita o acesso do enfermeiro até a comunidade 235. Entender a linguagem do paciente é uma atitude de cuidado 236. Para entender a linguagem do paciente é necessário saber ouvir 237. A assistência exige olhar, escutar e saber identificar a necessidade da família 240. O enfermeiro deve mostrar interesse e boa vontade 241. A comunicação e a cooperação entre os profissionais contribuem para o cuidado 242. O bom profissional tem boa vontade e amor ao próximo</p>	<p>ATITUDES QUE FORTALECEM O CUIDADO DO ENFERMEIRO COM FAMÍLIAS</p>

Fonte: elaborado pela autora

As Unidades de Registro foram numeradas de forma crescente a partir da primeira entrevista. Isso permitiu que fosse feito a localização, de forma mais fácil e ágil, das Unidades de Registro em cada entrevista, bem como a localização dos fragmentos das falas correspondentes a cada tema. A Figura 1 mostra como se deu essa numeração:

Figura 1 – Número de Unidades de Registro por cada entrevista

Fonte: elaborada pela autora

Foram construídos 4 temas ao final do agrupamento de todas as Unidades de Registro: Fatores que limitam as relações de cuidado do enfermeiro com famílias; Atitudes que fortalecem o cuidado do enfermeiro com famílias; Estratégias para o cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária; e Perspectivas para o cuidado com famílias. Cada tema foi composto por uma quantidade de Unidades de Registro (Quadro 3):

Quadro 3 – Quantidade de Unidades de Registro em cada tema

TEMAS	Nº DE UNIDADES DE REGISTRO
1. Atitudes que limitam as relações de cuidado do enfermeiro com famílias	85
2. Atitudes que fortalecem o cuidado do enfermeiro com famílias	227
3. Estratégias para o cuidado com famílias no contexto da Atenção Básica	116
4. Perspectivas para o cuidado com famílias	19

Fonte: elaborado pela autora

4.6 Aspectos administrativos e éticos do estudo

Esse estudo é parte integrante do projeto “Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos contextos hospitalar e da Atenção Básica”, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente – GEPSFCA. O projeto foi submetido à avaliação do Departamento de Educação da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Luís e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com aprovação sob o parecer de número 1.249.885 (Anexo B). E por fim, o projeto foi avaliado pelo Colegiado do Curso de Enfermagem, tendo o parecer favorável em reunião no dia 04 de abril de 2018 (Anexo A).

A pesquisa foi conduzida obedecendo as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a fim de que as recomendações éticas de pesquisa com seres humanos sejam atendidas. Sendo assim, todos os participantes foram informados sobre o estudo, bem como foi feito todo esclarecimento a respeito da metodologia e do problema a ser investigado, garantindo sigilo e confidencialidade quanto à identificação dos participantes e ao conteúdo da entrevista. Após aceitação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), que foi assinado em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra via com a pesquisadora.

5 DISCUTINDO OS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os temas construídos: Fatores que limitam as relações de cuidado do enfermeiro com famílias; Atitudes que fortalecem o cuidado do enfermeiro com famílias; Estratégias para o cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária; e Perspectivas para o cuidado com famílias, e exemplificados por meio das falas dos enfermeiros entrevistados.

Tema 1. Fatores que limitam as relações de cuidado do enfermeiro com famílias

Este tema foi composto por 85 unidades de registro e representa, para os enfermeiros, fatores que não favorecem o cuidado com as famílias e que se mostraram bastante significativos durante as falas dos entrevistados. Apesar da importância, mencionada pelos enfermeiros, do cuidado com famílias, alguns desses profissionais enfrentam dificuldades na assistência.

Dentre essas dificuldades, destaca-se na fala de um dos participantes o descumprimento da carga horária de trabalho que na prática se reduz a menos do que é exigido. É atribuído ao enfermeiro da ESF, pelo Ministério da Saúde, uma carga horária obrigatória de 40 horas semanais (BRASIL, 2017).

O descumprimento da carga horária implica diretamente no processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que as atividades serão desenvolvidas apenas para as demandas do dia, sem que haja preocupação com o planejamento das mesmas. Além disso, com a redução do tempo de trabalho, o enfermeiro se prende ao atendimento centrado na queixa:

E o que também dificulta o processo de trabalho é o descumprimento da carga horária que de acordo com a PNAB é de 40 (quarenta) horas. Os enfermeiros hoje em dia estão trabalhando dois dias na semana, a gente muitas das vezes resume em duas manhãs porque à tarde ninguém está no Posto e isso dificulta porque como que ele vai atender o público todinho de uma área [...] em somente dois dias? Ele não vai nunca ter consultas agendadas, ele não vai ter cronograma onde, por exemplo, na segunda-feira ele realiza pré-natal pela manhã, à tarde ele faça coleta de preventivo, ele não vai conseguir fazer esse agendamento, ele vai atender só por demanda espontânea, só aquelas pessoas que estão indo, abarrotando o Posto de Saúde (Enfermeiro 1).

Outro ponto mencionado foi a questão da rotatividade dos profissionais. A rotatividade, especialmente do enfermeiro, gera impactos negativos importantes na assistência e na continuidade do cuidado como a quebra do vínculo com a família e a comunidade. O relacionamento mais estreito e estável é desfeito entre o profissional e a população, ocasionando em perda da confiança dos usuários. Aliado a isso, os projetos e atividades já iniciados com determinada família podem ser interrompidos, implicando em déficit na qualidade da assistência (FERREIRA, SOUZA, ANDRADE, 2016; TEIXEIRA, 2012).

Outro gargalo da Atenção Primária em Saúde é a rotatividade de profissionais contratados nos municípios principalmente a cada quatro anos ou menos, o que fragiliza o processo de trabalho das equipes, onde quem sai perdendo é a população, onde inúmeras capacitações já foram ofertadas para potencializar as equipes de saúde da família se perdem devido na maioria das vezes esses profissionais irem trabalhar em outras áreas (Enfermeiro 1).

O enfermeiro que não permanece na sua área de atuação compromete a sua relação com a família e o processo de trabalho. A confiança estabelecida e firmada dá lugar ao medo e à desconfiança, pois o novo profissional terá que conquistar e criar vínculo com essa família, de forma que todo o processo seja restabelecido.

O planejamento torna-se parte essencial no processo de trabalho do enfermeiro e condiz com a maneira de estabelecer o cuidado. Ele antecede a ação para que esta seja realizada com qualidade. Segundo Oliveira e Marcon (2007, p. 71) “o planejamento das ações diz respeito à capacidade para diagnosticar a realidade local, elaborar e avaliar planos de trabalho que possam produzir o impacto apropriado”. A falta de planejamento compromete a assistência e interfere no cuidado:

No cuidado com famílias o planejamento é importante porque se a gente não consegue trabalhar com planejamento, se o enfermeiro não tiver essas questões na sua rotina de trabalho, vai ficar atendendo só demandas espontâneas porque ele não se programa, então, ele trabalha sempre em campanha apagando fogo, esperando. Ao participar da equipe o enfermeiro precisa ter atitude de planejar, porque a gente vê que um grande problema da Atenção Primária é a falta do planejamento. Nós da área da saúde, muitas vezes não trabalhamos com o planejamento, principalmente na Atenção Primária (Enfermeiro 3).

Não ter um planejamento acarreta em dificuldade para estabelecer um tempo para cada família, bem como a maneira de lidar com situações imprevisíveis, gerando estresse para o profissional. Para Silva *et al* (2013), as atividades gerenciais que estão ligadas ao planejamento implicam em aumento do estresse. Isso foi apontado no fragmento abaixo:

[...] às vezes alguns fatores externos já estressam ou causam algumas coisas que quando o enfermeiro chega naquela casa já tenha pouco tempo para dar uma atenção devida (Enfermeiro 4).

Aderir a um tratamento ou aceitar uma orientação e colocá-la em prática perpassa pelo nível de entendimento do usuário. Esse aspecto foi evidenciado por alguns enfermeiros:

Vemos famílias muito carentes, a gente tenta ajudar, mas tem a questão do nível de entendimento [...] eles não entendem. Tu orienta e vai no outro mês e está do mesmo jeitinho (Enfermeiro 8).

Assim, tem coisas que a gente não resolve. Eu digo que a coisa mais difícil de trabalhar na Saúde da Família é você mudar a concepção de pensamento do outro (Enfermeiro 5).

Roecker, Budó e Marcon (2012, p. 643) em seu estudo, encontraram que a principal barreira na realização da educação em saúde foi a resistência à mudanças, bem como a “dificuldade relacionada ao grau de entendimento dos usuários referente ao que é difundido por meio de orientações”. A decisão de seguir ou não as orientações dos enfermeiros relaciona-se com a percepção da doença e do quanto uma intervenção é considerada eficaz ou não pelos usuários (LOPES; MARCON, 2012).

A dificuldade encontrada no trabalho em equipe com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) implica em um cuidado deficiente, uma vez que para realizar as visitas domiciliares, o enfermeiro precisa de um retorno do ACS em relação às demandas das famílias. Quando estes não se mostram comprometidos com o trabalho e com os usuários, então se encontra uma barreira limitante como destaca o participante:

Na minha equipe tem tempo que está bom da gente trabalhar e tempo que não está bom. [...] Trabalhar com pessoas não é fácil, em área diferente, pessoas diferentes, a gente sabe quem trabalha, quem não trabalha e quem não trabalha a gente não pode fazer nada, eu não posso tirar a pessoa do emprego, a gente pode até falar. Então se eu disser que a equipe é

maravilhosa, não é, porque a gente tem Agente de Saúde que sabe seu papel e Agente de Saúde que está ali só para receber o dinheirinho no final do mês. É uma dificuldade essa falta de compromisso de alguns ACS (Enfermeiro 8).

No estudo realizado por Roecker, Budó e Marcon (2012), uma das dificuldades manifestadas pelos enfermeiros foi a questão de que nem todos os profissionais da equipe têm perfil para trabalhar na ESF.

Além disso, o trabalho em equipe é afetado devido a quantidade reduzida de ACS na área. Somando essa questão à presença de uma grande demanda de usuários, os enfermeiros relataram em suas falas que o trabalho e o cuidado com as famílias fica prejudicado:

A dificuldade que a gente tem é porque atualmente eu só tenho seis ACS, muitos mudaram de emprego, morreram, mudaram de bairro ou de profissão e não vieram outros para substituí-los (Enfermeiro 5).

O acesso das pessoas da nossa área de abrangência também é prejudicado devido a grande demanda de pacientes extra (Enfermeiro 6).

O dificultador que posso ter aqui é, por exemplo, na minha situação é de ter dois ACS para uma área enorme [...] Somos três equipes, então até o momento a gente precisa que a nossa gestão faça uma nova territorialização, porque tem muitas áreas descobertas e isso dificulta minha ida para a área, para fazer o acompanhamento das famílias dessa área porque eu não tenho o agente comunitário (Enfermeiro 7).

Porque aqui em São Luís não temos cobertura de Atenção Básica cem por cento. E isso prejudica a minha área, porque não são só as pessoas assistidas pela minha equipe que vêm fazer consultas, vêm pessoas de outra área que não têm cobertura de PSF e fica uma demanda enorme (Enfermeiro 9).

A principal dificuldade nesse processo é por conta da grande demanda por consultas e outros atendimentos na unidade (Enfermeiro 10).

Estudos realizados com enfermeiros reforçam as dificuldades encontradas pelos participantes da presente pesquisa. Na execução do trabalho ressaltam-se as dificuldades em relação ao tamanho da população adscrita, a insuficiência de recursos humanos e a dificuldade da equipe em lidar com a demanda espontânea e a programada (CUNHA, SÁ, 2013; FIRMINO *et al*, 2016; ROECKER, BUDÓ, MARCON, 2012). Destaca-se o estudo de Roecker, Budó e Marcon (2012), que evidenciou que dentre as equipes da ESF estudadas, existiam áreas descobertas por ACS e áreas consideradas muito grandes para uma única equipe, o que sobrecarregava o trabalho dos demais.

A distância entre a Unidade e área adscrita também foi revelada pelos enfermeiros e se configura como empecilho para cuidar de famílias:

Temos dificuldade com relação à nossa área de abrangência, pois o nosso Posto fica longe da nossa área adscrita. Essa distância prejudica o acesso e o planejamento das nossas ações (Enfermeiro 6).

Dentre os fatores limitantes foi apontada em uma das falas dos participantes a violência durante as visitas domiciliares e conseqüentemente o medo gerado. Todas as Unidades de Saúde nas quais os enfermeiros desta pesquisa trabalham têm suas áreas adscritas localizadas em regiões de alto índice de violência urbana. Devido a essa situação as visitas domiciliares sofrem mudanças de horário, o que compromete o cuidado:

A gente fica receosa por causa da violência, da forma como vai ser recebida na área ou aqui mesmo por eles. [...] Então são essas questões que por medo terminam nos afastando da comunidade. [...] É muito forte da nossa área a questão da violência e das drogas. Então quantas vezes eles mesmos já foram assaltados?! Eu fico na área até quatro horas. Quatro horas eu estou voltando, não fico mais do que isso, por isso a gente vai cedo. E já teve ocasião de eu sair da área quatro horas e ter tiroteio na rua. Então essas coisas assustam um pouco a gente (Enfermeiro 5).

Devido a violência, o enfermeiro fica impossibilitado de sair da Unidade de Saúde para realizar as visitas domiciliares e faz com que ele trabalhe sempre na tensão, com medo do que pode acontecer (LAGO; TEBALDI; D'ALENCAR, 2016). Um estudo realizado por Kebian e Acioli (2014) mostrou que uma das dificuldades relatadas pelos enfermeiros ao realizarem a visita domiciliar foi a violência e a presença de conflitos entre bandidos e polícia, que interferem no processo de trabalho e afetam a rotina dos profissionais de saúde.

Outro ponto importante, abordado pelos enfermeiros, diz respeito a falta de materiais nas Unidades para prestar os cuidados necessários como destacado nas seguintes falas:

Temos ainda as questões que a gente sabe que são burocráticas, que é a questão de gestão, de não ter um carro para fazer uma visita domiciliar, de não ter certos equipamentos na Unidade, que dificulta também o processo, porque eu não posso dizer que eu sou um ótimo enfermeiro se eu não tenho também um aparelho de pressão, o aparelho de pressão não tá funcionando, se eu não tenho uma balança, se eu não tenho nada e nem medicação para ofertar (Enfermeiro 1).

A estrutura é mínima que nós temos nas unidades [...] (Enfermeiro 7).

A dificuldade que temos é em relação aos insumos. A gente não tem, às vezes, os insumos necessários, vai fazer um preventivo e não tem creme vaginal, [...] vai fazer um curativo no domicílio e às vezes não tem gazes, não tem luva, aí não se faz ou então pede pra família comprar para poder fazer (Enfermeiro 8).

Muitas vezes não conseguimos por várias dificuldades a Atenção Básica está tão sucateada, tão desprovida do básico: um aparelho de pressão, um aparelho de glicemia, uma fita pra medir uma barriga, uma mesa pra gestante deitar (Enfermeiro 9).

Isso corrobora com o estudo feito por Lago, Tebaldi e D'Alencar (2016) que relata a falta de materiais associada a outros fatores como principais dificuldades declaradas pelos enfermeiros. Em relação à falta de materiais destacam-se materiais para a realização de curativos como gazes, ataduras; e impressos para registro de evoluções.

O exposto coaduna com Firmino *et al* (2016) ao relatar que a falta de recursos materiais foi citada pelos enfermeiros como uma das dificuldades encontradas na assistência. E afirma que a falta de infraestrutura compromete as ações da ESF, o trabalho em equipe e a assistência prestada.

Diante das dificuldades e fatores limitantes enfrentados pelos enfermeiros na APS, o cuidado dispensado às famílias mostra-se deficiente e comprometido. E o enfermeiro se vê desestimulado e sem muitas possibilidades de mudar a realidade:

[...] porque existem muitas coisas que nos ameaçam e que nos desestimulam a ir em frente, a lidar, a lutar com essas famílias (Enfermeiro 5).

Disso tudo vem o desestímulo de trabalhar em Atenção Básica. [...] As dificuldades, às vezes, nos entristecem e desestimulam (Enfermeiro 9).

Diante das condições encontradas e vivenciadas pelos enfermeiros da APS, pode-se compreender que os fatores que limitam o cuidado com famílias prejudicam a atuação e a qualidade da assistência do enfermeiro.

Tema 2. Atitudes que fortalecem o cuidado do enfermeiro com famílias

Construído a partir de 227 unidades de registro, este tema é caracterizado pelas atitudes desenvolvidas pelos enfermeiros que fortalecem o cuidado com famílias. Pela quantidade significativa de unidades de registro compondo este tema,

os enfermeiros participantes referiram muitas atitudes que contribuem para o cuidado com famílias durante o processo de trabalho.

Nunes (2016) concluiu em sua pesquisa que as atitudes adotadas pelos enfermeiros condicionam todo o processo de cuidar e que sendo assim, concorrem para a promoção do cuidado humanizado e de qualidade. Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional indispensável para atuar perante a família e suas atitudes vão conduzir o cuidado com a mesma:

Se eu sei qual é o meu papel, eu vou desempenhar e ter atitudes coerentes com o meu papel (Enfermeiro 4).

Conhecer o seu local de atuação, assim como as famílias que ali residem se configura, para o enfermeiro, uma importante atitude para desempenhar o cuidado com famílias. Para Fialho (2014), o enfermeiro deve primeiramente conhecer o perfil epidemiológico da área adscrita a fim de que identifique alguns problemas:

Eu preciso primeiro fazer um diagnóstico situacional do meu território, para eu conhecer quais são essas famílias que lá vivem, de que sobrevivem, qual é o histórico, qual é a situação, como é a questão de prevenção de doenças, as que mais acontecem, então eu tenho que fazer um estudo territorial para eu conhecer primeiramente as minhas famílias, as famílias às quais eu vou estar dando assistência, e fazer um planejamento (Enfermeiro 7).

Primeiramente penso que na Estratégia Saúde da Família o enfermeiro basicamente, tem que conhecer toda a sua área e conseqüentemente as famílias, pois não tem como entender o seu território sem o entendimento da realidade da comunidade assistida, composta pelas famílias [...] ele tem que estar por dentro de toda situação familiar, de todas as pessoas para focar nas prioridades (Enfermeiro 10).

Para Backes *et al* (2009), o enfermeiro consegue perceber as necessidades e problemas de cada família a partir do contexto em que vivem, a partir da interação entre eles. Conhecer a realidade familiar, obtendo uma visão mais ampla do seu cotidiano, possibilita a compreensão da verdadeira origem da doença e maior facilidade para planejar a assistência e fazer com que essa família seja capaz de desenvolver o autocuidado (LOPES; MARCON, 2012). Isso corrobora com as falas dos participantes:

Você vai usar desse seu conhecimento para abordar na realidade de cada usuário [...] Eu tenho que conhecer toda a minha área, eu tenho que

conhecer todos os meus pacientes daquele território que eu dou cobertura na minha assistência (Enfermeiro 2).

[...] conhecer a realidade local, a realidade daquela comunidade porque não adianta trabalhar a questão do cuidado em si sem levar as questões que estão ao redor dessa família, dessa comunidade em consideração, como saneamento básico, infraestrutura, coleta de lixo e outras coisas que também envolvem esse cuidado (Enfermeiro 3).

este enfermeiro tem que fazer todo o estudo do território, quais são os condicionantes e determinantes de saúde deste território [...] Se eu olho o meu território, identifico as famílias, vejo os riscos e as vulnerabilidades e separo as famílias (Enfermeiro 4).

É na visita domiciliar que o enfermeiro pode conhecer o contexto social, identificar as necessidades e as situações de vulnerabilidades das famílias, permitindo maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença (GOMES, FRACOLLI, MACHADO, 2015; KEBIAN, ACIOLI, 2014).

Outra atitude mencionada pelos participantes foi o acolhimento, que se destaca como sendo uma habilidade primordial para o início da relação de cuidado com a família e estabelece confiança:

Para envolver a família no processo de cuidar é preciso desenvolver o princípio de um bom acolhimento, porque assim quando o enfermeiro faz um bom acolhimento para aquela família é o pontapé inicial para que aquela família se sinta confiante e procure aquele profissional para tudo (Enfermeiro 2).

Outra atitude do enfermeiro é o acolhimento. Saber acolher, escutar e dar uma resposta, também faz parte do Cuidar. É através de tudo isso que criamos a confiança entre os atores desse cuidado, ofertando e eles aceitando. Esse acolhimento é necessário tanto no posto, como nas visitas domiciliares (Enfermeiro 6).

O acolhimento é uma postura ética que possibilita o compartilhamento de saberes e angústias, e não necessita de espaço, hora ou profissional específico para exercê-lo, sendo essencial para o processo de trabalho do enfermeiro. Promover cuidado sem que haja acolhimento como atitude inicial estabelece um sentimento de insatisfação no usuário. E como parte do cuidado propicia a criação de vínculo entre os profissionais da ESF e a população, entre o enfermeiro e o usuário, e desencadeia o cuidado integral (BRASIL, 2010; CAMELO *et al*, 2016; NERY *et al*, 2011).

Aliado à atitude do acolhimento, a criação do vínculo é a atitude seguinte, pois ao sentir-se acolhida pelo enfermeiro, a família adquire confiança e se permite ser conhecida. Assim, as intervenções podem ser feitas de acordo com cada necessidade e o enfermeiro passa a ser visto como facilitador do cuidado, produzindo espaço relacional pautado na segurança e na confiança.

É a partir do acolhimento que a família passa a criar vínculo com o enfermeiro, uma vez que ela é ouvida, valorizada e acolhida (PIRES, RODRIGUES, NASCIMENTO, 2010). Rangel *et al* (2011) corrobora quando diz que é por meio da demonstração de interesse que o enfermeiro estabelece vínculo com o usuário, construindo comunicação efetiva, transmitindo confiança, respeito, atenção, segurança e ética. É o que demonstra o fragmento abaixo:

O vínculo é algo inerente ao trabalho do enfermeiro, não tem como ele fazer um trabalho na atenção básica sem criar vínculo. [...] O vínculo está relacionado a conhecer e também a questão da relação de confiança com aquele profissional, [...] quer dizer que é confiável, é familiar. O vínculo tem a ver também com isso, é de confiança, dessa relação de você identificar pessoalmente a pessoa, ter aquela confiança direcionada àquela pessoa e você sofrer junto, você sentir, ter a empatia com a população, eu acho que vínculo vai muito além de só você acompanhar é algo maior (Enfermeiro 10).

A este respeito, Oliveira e Marcon (2007) afirmam que o enfermeiro ao cuidar de famílias dispõe-se a desenvolver uma relação de confiança e amizade, tendo o acolhimento e a escuta como instrumentos que favorecem a criação do vínculo.

A escuta qualificada também foi citada pelos participantes e se refere à habilidade que permite ao enfermeiro saber ouvir e compreender a necessidade da família sendo, portanto, trabalhada em conjunto com o acolhimento:

O enfermeiro faz a anamnese, faz a escuta e nessa escuta ele vê a necessidade daquela família. Então essa atitude envolve também conhecer o problema para agir sobre ele, a escuta, a capacidade de ouvir, entender as necessidades do outro [...] então eu acho que nessa nossa atividade como enfermeiro a gente tem que escutar a família, não só um único membro da família (Enfermeiro 5).

Para Colimoide *et al* (2017) a escuta qualificada é uma ação que permite ao indivíduo ser assistido de forma integral, juntamente com a associação de outras atitudes. No estudo de Kebian e Acioli (2011), os participantes da pesquisa

destacaram que é essencial primeiro escutar a família para depois realizar uma intervenção.

A tríade acolhimento, escuta qualificada e vínculo se fazem presentes na maioria das falas dos enfermeiros e representam atitudes que formam a base para o cuidado com famílias.

No contexto da APS, faz-se necessário que o enfermeiro assuma uma atitude de liderança e que, segundo alguns participantes, é algo inerente para o desenvolvimento do trabalho na APS:

O enfermeiro da Atenção Primária, sempre é considerado o líder da equipe. [...] O enfermeiro precisa ter essa atitude de liderança para que ele consiga enquanto ponto chave da equipe estabelecer esse vínculo [...] Então o enfermeiro precisa ter essa questão da atitude de líder para trabalhar na Atenção Primária (Enfermeiro 3).

O enfermeiro é o cabeça da equipe. Sempre se espera as ações e as atitudes do enfermeiro (Enfermeiro 9).

Silva *et al* (2016, p. 24) afirmam que “o fato de ser um líder exige do profissional ser detentor de inúmeras competências, visto que se percebe a liderança e o gerenciamento como vinculados nos serviços”. Sendo assim, a liderança deve ser desenvolvida a partir do conhecimento, organização e gerenciamento. Em algumas falas foi citado que o enfermeiro deve ter conhecimento de gestão para cuidar de famílias:

O enfermeiro vai cuidar, fazer o procedimento técnico, mas antes disso é exigido que a pessoa, sobretudo o enfermeiro que tem na sua formação tudo isso de gestão, de gerenciamento, de governança [...] Então uma boa enfermeira tem uma atitude ativa, primeiro de gerenciamento e de gestão de tudo isso para depois ter conhecimento técnico e habilidades (Enfermeiro 4).

Corroborando com isso, a gerência é uma habilidade que faz parte do cuidado e que é capaz de garantir qualidade da assistência (SILVA *et al*, 2016). Dentre as práticas de gestão, encontra-se o planejamento como atitude fundamental para a elaboração das atividades. Toda e qualquer ação realizada pelo enfermeiro pressupõe planejamento e a falta deste impacta na qualidade da assistência como foi discutido no tema 1. Para fazer o planejamento de uma atividade ou de uma intervenção é necessário, primeiramente, que haja organização por parte do enfermeiro:

No cuidado com famílias o planejamento é importante [...] Eu acho que os profissionais, incluindo o enfermeiro, precisam ter esse discernimento e o planejamento. Eu acho que o planejamento é a base pra que o enfermeiro não entre nesse ciclo (Enfermeiro 3).

A partir desse planejamento eu posso me articular melhor, me organizar melhor no meu processo de trabalho, para que eu possa alcançar os resultados e os indicadores que realmente tem que ser alcançados (Enfermeiro 7).

Os enfermeiros mencionaram em suas falas outras atitudes que foram consideradas de grande relevância e dizem respeito à expressões positivas demonstradas para desenvolver o cuidado com famílias, dentre elas o afeto, amor, empatia, boa vontade, desejo de ajudar e gostar do que faz:

Eu acho que o querer fazer, o próprio conhecimento científico, esse afeto, esse desejo de ajudar o outro também são coisas que nos impulsiona. [...] É uma atitude de ousadia, de se colocar a serviço do outro [...] Então, eu acho que entra a atitude de boa vontade, de amor pelo próximo, que é inerente ao ser humano que quer ser um bom profissional, que se dedica à profissão (Enfermeiro 5).

Além disso, o enfermeiro tem que ter comprometimento, força de vontade, gostar realmente daquilo que faz [...] pelo menos a boa vontade, o atendimento com qualidade, o amor (Enfermeiro 7).

Em primeiro lugar, eu acho que é gostar do que faz, gostar de trabalhar com as famílias, gostar da Estratégia Saúde da Família [...] Tentar ajudar da melhor maneira possível [...] Por isso que a principal atitude é gostar de cuidar de família realmente, ter aquela empatia (Enfermeiro 8).

[...] acho que acima de tudo é a vontade de querer trabalhar com famílias [...] Para qualquer profissional que trabalha na Atenção Básica, ele tem que gostar do que faz. É realmente algo que você tem que querer (Enfermeiro 9).

No estudo de Bracarense *et al* (2015) e Forte (2013) os profissionais da ESF apontaram o “gostar do que faz” como principal motivo de satisfação no trabalho. Se identificar com o trabalho e com a possibilidade de interagir com os usuários contribuem para trabalhar na APS (FORTE, 2013).

Sentimentos de querer ajudar, gostar do que faz, ter empatia, amor e zelo são válidos e refletem a preocupação pelo bem-estar da família e a satisfação que o enfermeiro tem pelo seu trabalho. No entanto, é necessário mais que sentimentos e expressões positivas para cuidar de famílias na APS. São necessárias atitudes de acolhimento, escuta qualificada, vínculo, liderança, planejamento, além de conhecer

a realidade de cada família e identificar suas necessidades. Com essa complementariedade, o enfermeiro se faz apto para atuar com famílias.

Tema 3. Estratégias para o cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária

Este tema foi constituído por 116 unidades de registro e revela as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para cuidar de famílias no contexto da Atenção Primária.

A visita domiciliar foi destacada pelos participantes como ponto de atenção para trabalhar o cuidado com famílias e é uma estratégia que deve ser planejada com antecedência como revelado pela fala:

O segundo ponto, para ter uma boa atuação no domicílio, que é um ponto de atenção, este enfermeiro tem ações anteriores, ele tem que ter todo planejamento de território [...] A visita domiciliar deve ser compreendida como um processo com as seguintes etapas: planejamento, execução, registro de dados e a avaliação sistemática [...] O atendimento domiciliar é uma das atribuições dessa equipe e isso tem que ser planejado com muita antecedência (Enfermeiro 4).

A visita domiciliar se configura como estratégia no âmbito da Atenção Primária à Saúde para realizar o cuidado nos domicílios e é constituída por um conjunto de ações sistematizadas (DIAS; LOPES, 2015). Para isso, ao realizar a visita domiciliar, deve haver planejamento, determinando o objetivo da visita, o tempo de duração e os procedimentos que serão realizados (FIALHO, 2014).

Fazer uso dessa estratégia permite ao enfermeiro compreender as relações entre os indivíduos que compõe uma família, bem como as condições de vida, facilitando, assim, o planejamento e o direcionamento das intervenções (CUNHA, SÁ, 2013; GOMES, FRACOLLI, MACHADO, 2015). Kawata *et al* (2013) e Sossai e Pinto (2010) complementam quando dizem que a realização da visita domiciliar permite que o enfermeiro tenha um olhar ampliado a respeito do cotidiano das famílias, pois é possível identificar o seu contexto de organização. Desenvolvem-se habilidades para promover o cuidado de forma ampla, estabelecendo um vínculo maior entre a família e o serviço de saúde.

Pelo cronograma a visita domiciliar acontece uma vez por semana para acessarmos essa população e não perdermos os vínculos e a confiança (Enfermeiro 6).

As visitas domiciliares são feitas, principalmente, a pacientes idosos, que não podem se locomover até a Unidade, puérperas e pacientes acamados, [...] avaliamos as medicações que ele está usando, avaliamos o ambiente em que vive, observamos também maus tratos. Durante as visitas domiciliares a gente não cuida só da saúde deles, observamos muito mais além disso. Realmente é uma questão mesmo de um olhar bem holístico, aquele olhar onde eu vejo não só o paciente, eu vejo tudo que envolve ele (Enfermeiro 9).

Por meio da atenção no domicílio, o enfermeiro também pode desenvolver as atitudes que fortalecem o cuidado com as famílias citadas no tema 2 como, por exemplo, o acolhimento, vínculo e a escuta qualificada. Santos e Morais (2011) afirmam que enfermeiros veem a visita domiciliar como uma possibilidade de criar condições que levem à proximidade com as famílias.

Na visita domiciliar, o enfermeiro pode contar com instrumentos que contribuem para o cuidado com família. A utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e de instrumentos de avaliação familiar como o genograma e ecomapa foram exemplos citados pelos participantes:

Também trabalhamos com o PTS, que é o projeto terapêutico singular, em que discutimos essas questões, esses cuidados, essas linhas de cuidado, essas situações para que a gente possa resolver, atuar, e cada um ter a sua conduta (Enfermeiro 7).

Além disso, a gente tem trabalhado os projetos terapêuticos singulares (PTS) que é uma estratégia excelente [...] Diante de alguns casos, o Ministério orienta que no projeto terapêutico a gente lance mão de algumas ferramentas de avaliação familiar como, por exemplo, o genograma. Normalmente, o genograma só é feito com o projeto terapêutico e conforme a necessidade porque nem toda família, a gente vai usar essa estratégia. E nesse processo do plano terapêutico já fazemos uma avaliação, não só do aspecto clínico, físico de reabilitação, mas da questão social da família também [...] podemos lançar mão de instrumentos de avaliação familiar como genograma, ecomapa e a realização de PTS. Atualmente utilizamos essas estratégias para avaliação e acompanhamento dos indivíduos e famílias (Enfermeiro 10).

O Projeto Terapêutico Singular é realizado de acordo com as necessidades de saúde de cada usuário/família e deve atender aos critérios de vulnerabilidade e risco, identificando demandas complexas. O PTS faz uso de tecnologias leves em saúde como acolhimento, vínculo, autonomia e

corresponsabilização que contribuem para a aceitação do tratamento pelo usuário/família (PINTO *et al*, 2011; SILVA *et al*, 2016).

No processo de avaliação e intervenção familiar, o genograma se constitui como uma ferramenta que busca identificar a dinâmica familiar e funciona como um mapa visual das conexões entre os membros da família (BRASIL, 2013; DIAS, LOPES, 2015). Coutinho, Ferreira e Nascimento (2016) concluíram em seu estudo que a utilização do genograma como instrumento de avaliação familiar possui alta relevância. De forma complementar, o ecomapa é uma representação gráfica que mostra a relação da família com o meio em que vive e ajuda a avaliar os suportes disponíveis. Mas é dinâmico, já que representa um retrato de um determinado momento da vida da família (BRASIL, 2013; DIAS, LOPES, 2015). Ambos os instrumentos permitem a criação de vínculo e confiança entre o profissional e a família.

Nessa perspectiva, a educação em saúde tem papel fundamental no cuidado com famílias, a qual se mostra como uma estratégia facilitadora para a melhoria na qualidade do serviço, promovendo a saúde na dimensão coletiva (FERREIRA, SOUZA, ANDRADE, 2016). Para Araújo (2014), a educação em saúde prepara a família para que esta possa ter papel ativo no seu processo de saúde-doença, por meio do desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão.

Aliando a educação em saúde à visita domiciliar pode-se ter resultados mais satisfatórios na assistência, uma vez que pode haver contribuição para a mudança dos padrões de comportamento e promoção da qualidade de vida da família (SOSSAI; PINTO, 2010). Essa ligação entre a educação em saúde e a visita domiciliar se mostra eficiente e oportuna e foi revelada pelos enfermeiros nas falas abaixo:

O domicílio faz parte das redes de atenção. É um *locus* privilegiado, um local riquíssimo para o enfermeiro fazer educação em saúde e fazer seus procedimentos técnicos (Enfermeiro 4).

Fazemos visita ao domicílio, assistimos aquela família que precisa do acompanhamento da equipe, vê do que aquela família precisa, fazemos atividades de ações em saúde, em que a gente leva a educação em saúde como uma forma de prevenir os agravos das doenças (Enfermeiro 7).

Além disso, o trabalho em equipe foi citado como estratégia que o enfermeiro deve fazer uso para cuidar de famílias. A proximidade do enfermeiro com

a família, segundo Araújo (2014), atribui-lhe uma situação privilegiada para realizar a conexão entre os profissionais da equipe que também prestam cuidados. Sendo, portanto, os cuidados ofertados pelos demais profissionais articulados e complementados pelas intervenções do enfermeiro.

A atuação da equipe multiprofissional que desenvolve comunicação efetiva entre si possibilita uma visão mais completa sobre a situação da família, permitindo, assim, um aumento na resolutividade dos seus agravos e promoção da saúde (BARATIERI, MARCON, 2011; SILVA *et al*, 2016).

Outra atitude é a questão do trabalho em equipe, atitude de saber e de querer trabalhar em equipe (Enfermeiro 3).

E a gente já está com um grupo do NASF aqui, então a gente já tem como encaminhar e dar resposta a essas outras demandas, trabalhando de forma integral e multidisciplinar (Enfermeiro 6).

Não digo só o enfermeiro, mas como equipe, porque nós trabalhamos dentro da estratégia e o enfermeiro não atua só. Atua através de um agente comunitário, através do médico ou então a gente trabalha com o cuidado compartilhado, até com outros profissionais também. O trabalho em equipe na Estratégia, [...] cada um exerce suas atribuições de uma forma que essas contribuições e essas atribuições sejam em prol de melhorar aquela família (Enfermeiro 7).

Em oposição ao que os participantes relataram, Kebian e Acioli (2014) identificaram em sua pesquisa que havia em algumas equipes pouca interação entre os profissionais, comprometendo a comunicação entre eles.

O Agente Comunitário de Saúde como parte da equipe da ESF é responsável por identificar as demandas da comunidade e comunicar as informações para o enfermeiro. Além disso, por fazer parte da realidade da área adscrita, o ACS é visto como um elo entre o usuário e o enfermeiro, sendo esse fato destacado em algumas falas dos participantes:

O Agente Comunitário de Saúde é a ligação da comunidade e posto de saúde, ele que apresenta a equipe para a comunidade. Então ele que é o elo de ligação entre a Estratégia e a comunidade (Enfermeiro 8).

[...] porque o Agente de Saúde é o elo de ligação entre a família e a equipe, por ser aquela pessoa que está dentro da comunidade, que convive com eles e compartilha seu contexto social e sanitário (Enfermeiro 10).

Para uma atuação profissional adequada e qualificada, faz-se necessário a constante atualização do enfermeiro de modo que possa qualificar sua assistência. Sendo assim, a educação permanente se caracteriza para Fialho (2014, p. 23), como uma estratégia que visa “contribuir para que os profissionais da atenção básica em um processo permanente construam novos saberes por meio da troca de experiência entre todos os indivíduos envolvidos na saúde”. Tal assertiva é confirmada na fala abaixo:

Com relação ao conhecimento, o enfermeiro tem que ter sede em se reciclar, ele tem que ter sede de participar das educações permanentes para trazer atualizações de abordagem, para fazer o plano terapêutico individual [...] Então o enfermeiro não pode se limitar só em assistir, ele tem que se atualizar, participar de educações continuadas pra poder aprimorar sua assistência (Enfermeiro 2).

A especialização na área da Saúde da Família, bem como o interesse em buscar cursos, passar por capacitações e participar da educação permanente em seu local de trabalho oferece ao enfermeiro maior domínio e habilidade para lidar com famílias.

Seria ideal que todo profissional que almeja e tenha perfil para trabalhar na Atenção Primária em Saúde fizesse Especialização em Saúde da Família e cursos de capacitações voltados ao atendimento da criança, da mulher, do hipertenso e diabético, homem e outros (Enfermeiro 1).

Não é qualquer enfermeiro que está preparado para lidar com Saúde da Família, tanto que é pré-requisito para trabalhar com Saúde da Família ter a especialização em Saúde da Família. E nessa especialização, o enfermeiro é capacitado para lidar com essas famílias [...] Então eu acho que você como profissional de saúde também tem que buscar essa qualificação o tempo inteiro, não só a especialização (Enfermeiro 5).

Outra atitude para o enfermeiro de ESF é especializar-se no que faz também, manter uma educação permanente dentro do seu serviço. Se manter atualizado (Enfermeiro 9).

Francisco (2017) afirma que capacitar os profissionais colabora para que haja uma nova forma de atuar frente à família. Firmino *et al* (2016) concluíram em seu estudo que existe a necessidade dos enfermeiros buscarem qualificação constante para melhor desenvolvimento de sua competência. Já em estudo realizado por Roecker, Budó e Marcon (2012), os próprios enfermeiros

reconheceram que precisam estar se atualizando por meio de estudos e cursos, e que acreditam que a capacitação leva ao comprometimento.

Afirma-se, portanto, que para cuidar de famílias são indispensáveis estratégias que assegurem ao enfermeiro qualidade na assistência e que para isso ele pode lançar mão de instrumentos de avaliação e intervenção familiar na visita domiciliar. Pode ainda contar com uma equipe integrada e participar de educação permanente que permitam uma abordagem ampliada, garantindo ao enfermeiro maior habilidade durante a assistência.

Tema 4. Perspectivas para o cuidado com famílias

A partir de 19 unidades de registro foi construído este tema que revela as perspectivas dos enfermeiros para o cuidado com famílias na APS. Partindo-se do entendimento de que perspectiva significa o modo através do qual uma coisa é representada ou vista, os conceitos de integralidade e longitudinalidade aparecem nas falas dos participantes como termos que fazem parte da ação do enfermeiro:

É um atendimento que a gente compreende como centrado na queixa. Vai lá só por um atendimento pontual. E isso diverge do cuidado com a família. Porque o que eu teria que fazer como enfermeiro da Atenção Primária em Saúde era trabalhar a promoção e a prevenção (Enfermeiro 1).

Se o profissional se engessar nesses programas que são pontuais e por ciclos de vida, ele acaba deixando a família de lado ou fica centrado nessas caixinhas, por ciclos de vida, doenças ou programas, e aí não consegue fazer a integralidade do cuidado, cuidado de forma geral da família (Enfermeiro 3).

[...] porque se observa que trabalhando assim se consegue olhar além do aspecto curativo, através de um cuidado integral incluindo as práticas educativas, através de grupos específicos e outras atividades, as visitas domiciliares aos pacientes que demandam um acompanhamento mais de perto, criando vínculos e construindo uma perspectiva do autocuidado e de mudança de hábitos (Enfermeiro 6).

A integralidade e a longitudinalidade representam dois dos atributos essenciais que organizam a APS nas Redes de Atenção à Saúde e seus conceitos se relacionam entre si.

Integralidade significa um conjunto de serviços oferecidos à população que atendam e reconheçam suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais no contexto da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e

agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos (BRASIL, 2017). A atenção integral é oferecida quando se é capaz de ver e entender o indivíduo como um todo e não de forma fragmentada (COLIMOIDE *et al*, 2017). Assistir à família de forma integral significa ter um olhar além da doença, sendo necessário perceber e considerar suas necessidades. Além disso, realizar o cuidado integral é uma das atribuições do profissional da APS.

Por exemplo, uma família que tem problema social, físico, emocional, entre outros, pois isso significa a integralidade do cuidado, quando olhamos além da doença, ou seja, um olhar holístico sobre as famílias e indivíduos (Enfermeiro 10).

A longitudinalidade, por sua vez, é o termo que se refere a continuidade da relação de cuidado. Significa uma relação pessoal que é estabelecida entre o indivíduo e o profissional e que implica na construção de vínculo. Por meio da longitudinalidade, o enfermeiro pode acompanhar os diversos ciclos de vida da família (BRASIL, 2017; CONASS, 2011).

[...] porque trabalhar na Atenção Primária requer vínculo, longitudinalidade, requer cuidar de uma população em seus diversos ciclos [...] Vai prestar o atendimento aos usuários em todos os seus ciclos de vida, então precisa sim de um aporte de conhecimento (Enfermeiro 3).

Para Baratieri e Marcon (2011), o cuidado que é oferecido ao longo do tempo envolve assistência integral, visto que o enfermeiro deve considerar a família para além de sua queixa, compreendendo melhor o processo de saúde/doença. Para prestar um cuidado integral, a família deve ser levada em consideração, bem como suas necessidades e seu contexto de vida.

Além disso, foi mencionado por um dos entrevistados que a família deve ser estimulada a se empoderar mediante o cuidado. A relação formada com a família permite que haja empoderamento desta, de forma que possa ter autonomia durante o cuidado prestado. Mas isso só é possível através do compromisso e abertura para o diálogo:

Perfil de saber cuidar da família, saber abordar a família com todo o seu contexto de conhecimento técnico-científico e assim empoderar aquelas famílias que estão sendo cuidadas a se cuidar, ou seja, eu tenho que ser um profissional onde eu consiga trabalhar na realidade, principalmente a realidade cultural (Enfermeiro 2).

As perspectivas para o cuidado com famílias revelam uma visão daquilo que deve guiar a assistência do enfermeiro, assim como suas ações.

6 CONCLUSÃO

Cuidar de famílias, em linhas gerais, não é uma tarefa fácil. O enfermeiro como agente do cuidado assume a responsabilidade de envolver não só um único membro, mas a família em sua totalidade. Da mesma forma, a promoção do cuidado não deve seguir o modelo tecnicista, voltado apenas para a doença, e sim considerar aspectos biopsicossociais. O contexto social, bem como a comunidade na qual estão inseridas devem ser considerados durante o cuidado.

Diante das mais diversas situações apresentadas no cotidiano de trabalho, o enfermeiro deve adotar atitudes que lhe permitam atuar com responsabilidade e compromisso.

O estudo evidenciou que apesar da violência, do medo, da escassez de recursos humanos e materiais, do desânimo e da falta de planejamento se configurarem como dificuldades e fatores limitantes encontrados e vivenciados pelos enfermeiros na prática do cuidado, a APS apresenta um enorme potencial de fortalecer a tríade acolhimento, escuta qualificada e vínculo. Sendo assim, foi possível compreender as atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias a partir da valorização de atitudes positivas e que fortalecem as relações.

Ressalta-se também que a visita domiciliar se constitui como importante estratégia para o desempenho do cuidado com famílias, agregando a educação em saúde ao seu processo de trabalho, o enfermeiro tem mais sucesso na sua prática. Pensar em outras formas de abordagens e recursos enriquece o cuidado e possibilita ao enfermeiro focar não somente no aspecto técnico, mas também naquilo que é subjetivo, colocando a família como centro da atenção. Utilizar instrumentos de avaliação e intervenção familiar mostra-se como uma excelente estratégia de cuidado, mas que dificilmente é considerada, visto que poucos enfermeiros destacaram em suas falas.

O enfermeiro que atua na APS precisa buscar qualificação e participar da educação permanente como meio de estar apto para a promoção de um cuidado baseado em evidências científicas. A APS não é sinônimo de facilidade, ela também exige conhecimento científico e atualizações constantes.

Além disso, foi evidenciado pelo estudo que os enfermeiros apresentam perspectivas que norteiam suas ações para o cuidado integral, abordando o contexto familiar e suas implicações ao longo do tempo.

De forma complementar aliam-se atitudes fortalecedoras do cuidado, estratégias que o enfermeiro pode lançar mão e perspectivas de uma assistência integral onde a família é valorizada, e encontra-se como produto final uma família ativa e participante do processo de cuidado.

Este estudo se faz necessário para contribuir com o processo de formação de estudantes da graduação, bem como de profissionais. Assim como permitiu que os enfermeiros participantes pudessem refletir e repensar a respeito das atitudes que são apresentadas por eles no cuidado diário com as famílias de suas áreas adscritas.

Sugere-se a realização de mais estudos utilizando outras metodologias, permitindo uma mais visão ampliada do cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 5, p. 637- 642, 2014.

ALVES, C. M. P. M. **Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito**. 2011. 146 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2011.

ARAÚJO, C. F. G. **Enfermagem com famílias: percepção dos utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos cuidados do enfermeiro de família**. 2014. 177 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2014.

ARAÚJO, I. M. B. **Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem**. 2010. 334 f. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2010.

BACKES, D. S *et al.* Evidenciando o cuidado de Enfermagem como prática social. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, v. 17, n. 6, 2009.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos Enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011.

BARBIERI-FIGUEIREDO, M. C. *et al.* Atitudes, Concepções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. In: CARVALHO, J.C. *et al.* (Eds.). **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família** [Knowledge transferability in Family Nursing]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – UNIESEP, 2012.

BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 194-199, 2012.

BRACARENSE, C. F. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 542-548, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMELO, M. S. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paul Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016.

CHAVES, R. G. R. **Importância da família no processo de cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da unidade de terapia intensiva**. 2017. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

COLIMOIDE, F. P. *et al.* Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bioét.**, v. 25, n. 3, p. 611-617, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CORRÊA, A. R. *et al.* As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 629-634, 2015.

COUTINHO, D. H.; FERREIRA, P. M.; NASCIMENTO, A. A. P. O genograma como instrumento de avaliação familiar: uma revisão integrativa. **Cad. Edu Saúde e Fis.**, v. 3, n. 6, p. 20-28, 2016.

CRUZ, A. C. **Relacionamento com famílias na prática clínica de enfermagem no contexto neonatal e pediátrico**: impacto de uma intervenção educativa e proposição de uma escala de autoeficácia. 2015. 292 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria redefinindo os relacionamentos. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 10, n. 4, p. 861-865, 2011.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013.

DIAS, M. O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica - o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v. 19, p. 139-156, 2011.

DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. **Abordagem Familiar na Atenção Domiciliar – Módulo 4**. Curso de especialização em Atenção Domiciliar – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2015.

FERREIRA, T. L. S.; SOUZA, D. R. S.; ANDRADE, F. B. Avaliação da gestão do trabalho com enfoque na atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 2, p. 99-114, 2016.

FIALHO, V. J. **Competências gerenciais do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 37 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014.

FIRMINO, A. A.; *et al.* Atuação de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família em um município de Minas Gerais. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 1, p. 49-58, 2016.

FORTE, E. C. N. **A satisfação no trabalho de enfermeiros/as em dois modelos assistenciais na Atenção Básica no Brasil**. 2013. 141 f. Dissertação (Mestrado em Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FRANCISCO, S. S. **Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar**. 2017. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária) – Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O mundo da saúde**, v. 39, n. 4, p. 470-475, São Paulo, 2015.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, 2010.

KAWATA, L. S. *et al.* Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 961-970, 2013.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2014.

_____; _____. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 403-409, 2011.

LAGO, J. S.; TEBALDI, J. B.; D'ALENCAR, R. S. Dificuldades do enfermeiro na assistência domiciliar à pessoa idosa. **Memorialidades**, n. 25, p. 11-30, 2016.

- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
- LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
- _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- MONTEIRO, M. C. D. **Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar - o início da dependência**. 2010. 212 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2010.
- NERY, A. A. *et al.* Saúde da Família: visão dos usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397-402, 2011.
- NUNES, M. F. M. S. **Enfermeiro de família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: perspectiva do enfermeiro**. 2016. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar) – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Aveiro, 2016.
- OLIVEIRA, R.G; MARCON, S.S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.
- PINTO, D. M. *et al.* Projeto Terapêutico Singular na produção no cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011.
- PINTO, J. P.; *et al.* Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 132-135, 2010.

- PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-627, 2010.
- QUEIRÓS, P. J. P. *et al.* Significados atribuídos ao conceito de cuidar. **Revista de Enfermagem Referência**, série IV, n. 10, p. 85-94, 2016.
- RANGEL, R. F. *et al.* Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 498-504, 2011.
- RIBEIRO, J. S. T. **Atitudes de enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato**. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.
- RIBEIRO, J. S. S. T. *et al.* Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato. **Rev. Fund. Care Online**, v. 10, n. 3, p. 784-792, 2018.
- RODRIGUES, L. M. O. **A família parceira no cuidar: intervenção do enfermeiro**. 2013. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2013.
- ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.
- SAMPAIO, P. S. S.; ANGELO, M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 15, n. 2, p. 85-92, 2015.
- SANTOS, M. L. V. A. **Abordagem sistêmica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro**. 2010. 263 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.
- SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 492-497, 2011.
- SILVA, J. L. L.; *et al.* Estressores na atividade gerencial do enfermeiro: implicações para saúde. **Avances em Enfermería**, v. XXXI, n. 2, p. 144-152, 2013.
- SILVA, R. N. A. *et al.* Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 21-29, 2016.
- SILVA, T. R. G. *et al.* Cuidado centrado na família na perspectiva de enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Rene**, v. 17, n. 5, p. 643-650, 2016.
- SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidade x potencialidades. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 569-573, 2010.

SOUSA, E. S. A. S. **A família – atitudes do enfermeiro de reabilitação**. 2011. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2011.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. ; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos Conceituais e Estruturais da Pesquisa Qualitativa. In: LACERDA, M. R.; SANTINICOSTENARO, R. G. (Org.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**. 1ª edição. Porto Alegre - RS: Moriá, 2015, v. único, p. 99-122.

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

TEIXEIRA, D. A. V. **Efeitos da rotatividade do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 34 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2012.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Compreendendo as Atitudes de Cuidado do Enfermeiro com Famílias na Atenção Básica de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O planejamento do cuidado em torno da família deve reconhecer todos os seus membros como receptores de atenção com contribuições significativas para a qualidade e a segurança do cuidado. Para conduzir esta pesquisa, parte-se do pressuposto de que as atitudes dos enfermeiros são determinantes para a qualidade das relações que se estabelecem com a família. Desta forma, convidamos você a participar da pesquisa que tem como objetivo compreender as atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias na Atenção Básica em Saúde. A sua participação na pesquisa é importante, pois suas experiências e concepções irão contribuir na compreensão de atitudes do enfermeiro para o cuidado com famílias. O procedimento de coleta de dados será realizado por meio de entrevista aberta com perguntas norteadoras, para alcançar maior aprofundamento do que está sendo estudado. Nossa conversa poderá ser realizada no seu local de trabalho, podendo ser negociado outro local, em dia e horário que achar conveniente, priorizando as condições relativas à gestão de tempo e a qualidade das mesmas. A entrevista será gravada e poderá ser necessário mais de um encontro para sua conclusão. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone abaixo. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com as pesquisadoras. Informamos que os riscos e desconfortos relativos à sua participação na pesquisa são mínimos, e podem relacionar-se a dificuldades pessoais para expressar suas concepções além de comportamentos decorrentes de inseguranças e barreiras defensivas. Nesse sentido, as pesquisadoras farão o possível para minimizá-los. A sua participação não lhe trará nenhum custo ou quaisquer compensações pessoais ou financeiras. Asseguramos que todas suas informações serão mantidas confidencialmente, que seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no relatório da pesquisa e nas publicações de forma anônima. Os resultados serão divulgados somente em publicações científicas e acadêmicas. Você pode solicitar questionamentos sobre a pesquisa, sempre que achar necessário para isso basta entrar em contato com as pesquisadoras: Prof^ª. Dra. Andréa Cristina Oliveira Silva no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Centro Pedagógico Paulo Freire, sala 108- Sul, Campus Universitário, Bacanga, São Luís- MA, pelo telefone (98)32729700 ou (98) 988919782 ou pelo e-mail: andreacris09@hotmail.com; Nathália Rabelo Oliveira, na Rua 19, quadra 11, casa 26, Angelim, São Luís – MA (CEP 65062620), pelo telefone (98) 982400405 ou pelo email: nathaliarabelo23@gmail.com. Em caso de dúvidas éticas, contatar com a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, na Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho, Bloco C, sala 7, São Luís – MA, CEP 65080040, telefone (98) 32728708, email: cepufma@ufma.br. Este termo será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma delas com você e a outra arquivada com o pesquisador.

TERMO DE PÓS-CONSENTIMENTO

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa Compreendendo as Atitudes de Cuidado do Enfermeiro com Famílias na Atenção Básica de Saúde na condição de participante. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre os procedimentos envolvidos na pesquisa, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

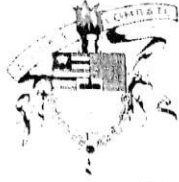
São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: COMPREENDENDO AS ATITUDES DE CUIDADO DO ENFERMEIRO COM FAMILIAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
2. ALUNO(A): NATHALIA RABELO OLIVEIRA
3. ORIENTADOR(A): PROF.ª Dra. ANDRÉA CRISTINA OLIVEIRA SILVA
4. INTRODUÇÃO: Capítulo redigido de forma clara e sucinta, utilizando referencias atuais.
5. JUSTIFICATIVA: Apresenta justificativa coerente com a proposta apresentada.
6. OBJETIVOS: Compreender as atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias na Atenção Básica em Saúde. Passível de alcance.
7. PROCESSO METODOLÓGICO: Estudo exploratório, transversal com abordagem qualitativa apoiado na análise temática de Minayo. Faz parte do projeto "Importância da Família para os processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos contextos hospitalar e na Atenção Básica". Participarão enfermeiros inseridos na APS no município de São Luis/MA. Coleta programada para março a maio de 2018 por meio de entrevista individual, não estruturada
8. CRONOGRAMA: Contempla todas as etapas de um projeto de pesquisa. Atentar para o período destinado à coleta de dados, uma vez que o Parecer Consubstanciado do CEP ressalta período de coleta entre junho de 2015 e junho de 2017
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: Adequado
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: Adequada
11. CONCLUSÃO DO PARECER: Em face a análise realizada no novo projeto apresentado ao Colegiado do Curso de Enfermagem, este parecerista sustenta a APROVAÇÃO.

São Luís, 21 de março de 2018.

Nathalia Rabelo Costa Rabelo
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 21/03/2018
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 04/04/2018
- Referendado pelo Colegiado do Curso em reunião do dia

Lenia Maria Barros Fonseca
Prof.ª Dr.ª Lenia M. Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem
UFMA

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – HUUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA OS PROCESSOS DE CUIDADOS: ATITUDES DE ENFERMEIROS NOS CONTEXTOS HOSPITALAR E DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Andréa Cristina Oliveira Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46389315.6.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.249.885

Apresentação do Projeto:

No Cuidado Centrado na Família os familiares colaboram com os processos de tomada de decisão, mas necessitam estarem envolvidos em uma comunicação aberta e honesta com os prestadores de cuidados e o cuidado precisa apoiar-se nas crenças, cultura, tradições e estrutura familiar. Dessa forma, a proximidade, a reciprocidade e o compromisso são atributos essenciais dos profissionais para o Cuidado Centrado na Família. A enfermagem assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde ao mesmo tempo em que reconhece que da relação enfermeiro/família surgem estratégias e recursos que capacitam a família a adquirir competências para responder aos seus problemas de saúde. Para isso alguns comportamentos como vínculo, parceria, escuta e comunicação qualificada assim como relações horizontais são atitudes positivas dos enfermeiros que contribuem para o envolvimento e o engajamento das famílias nos cuidados em saúde. Questiona-se, portanto: Quais atitudes são adotadas pelo enfermeiro para valorização da família no cuidado saúde-doença? Para responder a esta pergunta elaborou-se os seguintes objetivos: Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE); Estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, tempo de exercício

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.249.885

profissional e titulação dos enfermeiros; Descrever as atitudes que contribuem para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros. A pesquisa será guiada pela abordagem quantitativa, transversal, descritiva e correlacional, com enfermeiros do contexto hospitalar e da atenção básica por meio de dois instrumentos: o primeiro sociodemográfico para identificar o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa e o segundo que para mensurar as atitudes dos enfermeiros frente ao cuidado com famílias. A pesquisa foi planejada para ser executada no período de junho de 2015 a junho de 2017 e espera-se que os resultados permitam oportunidades para formação de enfermeiros na área dos cuidados à família e disponibilização de informação credível na referida área de conhecimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE); - Estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, tempo de exercício profissional e titulação dos enfermeiros; - Descrever as atitudes que contribuem para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos e desconfortos relativos aos participantes da pesquisa, são mínimos, e podem relacionarem-se a dificuldades pessoais para expressar suas concepções além de comportamentos decorrentes de inseguranças e barreiras defensivas. Nesse sentido, a pesquisadora fará o possível para minimizá-los.

Benefícios:

Prover a aproximação do enfermeiro aos conhecimentos e estratégias de Enfermagem da Família para ampliar a sua maneira de trabalhar com famílias, modificando seu padrão de prática habitual para uma abordagem mais centrada na família. Ainda nessa direção, o enfermeiro sensibilizado é capaz de considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e a importância do cuidado da família e suas experiências de saúde e doença (BENZEIN, ARESTEDT, JONHANSSON, SAVERMAN, 2008).

Com esta pesquisa pretende-se promover uma melhoria nos cuidados de enfermagem com as famílias, proporcionando momentos de reflexão sobre a prática profissional e considerando que a

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.249.885

mudança de comportamento pode ser alcançada por meio do conhecimento e disponibilização de informação credível na área da enfermagem de família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum comentário ou comentário sobre a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória são apresentados.

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo pesquisador e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_490739.pdf	24/08/2015 18:15:58		Aceito
Outros	Autorizacao_Tarquino_Lopes.docx	24/08/2015 18:11:24	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	AUtorizacao_Nina_Rodrigues.docx	24/08/2015 18:10:48	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Marly_Sarney.docx	24/08/2015 18:09:53	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	AUtorizacao_Juvencio_Mattos.docx	24/08/2015 18:09:16	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_COMIC.docx	24/08/2015 18:08:44	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	24/08/2015 17:49:10	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer_pendente.docx	24/08/2015 17:39:41	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FAMILIAS_CEP_UFMA.pdf	24/08/2015 17:38:26	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FAMILIAS_CEP_UFMA.doc	24/08/2015 17:38:02	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.249.885

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.docx	24/08/2015 17:30:18	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
---	---	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Setembro de 2015

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br