

Sistematização do Cuidado em Saúde: análise temática da formação dos enfermeiros

Ana Carolina dos Santos da Silva¹ e Mara Quaglio Chirelli¹

¹ Faculdade de Medicina de Marília, Brasil. ana.carolina_sud@hotmail.com; marachirelli@gmail.com;

Resumo. A necessidade de mudanças na sistematização da prática em enfermagem tem sido foco de discussão considerando a proposta de reorganização do cuidado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Objetivou-se analisar a formação dos enfermeiros da Atenção Primária a Saúde para realizar a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) na Estratégia Saúde da Família. Adotou-se a abordagem qualitativa, com coleta dos dados por meio de entrevista semiestruturada com 19 enfermeiras. A análise dos dados foi realizada pela análise de conteúdo, modalidade temática. Captou-se que a SAE é realizada por meio de diversos referenciais, apresentando falhas na aprendizagem durante a graduação, bem como nos serviços de saúde. Tem-se como perspectiva que as instituições formadoras possam abordar essa prática de forma mais contextualizada, considerando as necessidades do mundo do trabalho e das mudanças frente ao cuidado integral e em equipe.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Pesquisa qualitativa; Processo de enfermagem.

Systematization of Health Care: thematic analysis of nurses' training

Abstract. The need for changes in the systematization of nursing practice has been a focus of discussion considering the proposal of reorganization of care through the Family Health Strategy (FHS). The objective of this study was to analyze the training of Primary Health Care nurses to perform the Systematization of Nursing Care (SNC) in the Family Health Strategy. The qualitative approach was adopted, with data collection through a semi-structured interview with 19 nurses. The analysis of the data was performed by content analysis, thematic modality. It was observed that the SNC is performed through several references, presenting learning failures during graduation, as well as in health services. There is a perspective that the training institutions can approach this practice in a more contextualized way, taking into account the needs of the world of work and the changes towards integral and team care.

Keywords: Information Systems; Family Health Strategy; Nursing; Nursing Care; Nursing Process; Qualitative Research.

1 Introdução

Em decorrência do contexto de necessidade de mudanças da saúde pública no Brasil nas décadas de 1970 e 80, cria-se um sistema único de atenção à saúde da população. Finalmente, é aprovado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Freitas & Santos, 2014). Com a implementação do SUS foi criado, por meio do Ministério da Saúde (MS), em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, a fim de reestruturar as ações e instituir novas práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) (Varela, Fernandes, Queiroz, Vieira, & Azevedo, 2012).

Posteriormente, tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como enfoque a promoção da saúde e prevenção de doenças, buscando a racionalidade da utilização dos serviços de saúde da rede de cuidados, diminuição das internações, sendo o paradigma de APS no Brasil, considerada a principal estratégia para a mudança do modelo de atenção frente à crise no setor saúde do País (Maciel, Caldeira, & Diniz, 2014).

Inicialmente, as equipes da ESF eram compostas por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A partir de sua expansão foram incorporadas outras profissões da saúde no processo de trabalho, sendo esses o cirurgião dentista, técnico

de saúde bucal (TSB), auxiliar de saúde bucal (ASB), além de mais auxiliares de enfermagem e ACS (Paula, et al., 2014).

No contexto das mudanças da organização do trabalho na APS, especificamente na ESF, o profissional enfermeiro estrutura seu processo de trabalho em cinco dimensões, sendo essas complementares e interdependentes: assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política. Dentre as atribuições do enfermeiro que atua na ESF pode-se citar a realização da assistência integral atuando na promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação da saúde dos indivíduos e famílias, bem como realização da consulta de enfermagem e solicitação de exames complementares (Freitas & Santos, 2014).

Nesse cenário de mudanças e reorganização do processo de trabalho, está incluída a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) no cuidado realizado, prevista pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), na Resolução COFEn nº 358/2009 (Conselho Federal de Enfermagem, 2009). Essa resolução reforça a importância de planejar o cuidado em enfermagem e dispõe que sua implementação deve ocorrer em todas as áreas da assistência à saúde e em todas as instituições de saúde, públicas ou privadas, afim de nortear o trabalho do enfermeiro e atender os princípios do SUS.

Segundo Varela & Fernandes (2013), as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros para executar a sistematização do cuidado/assistência em enfermagem são a falta de entendimento do método, a grande demanda de trabalho, bem como o acúmulo de funções dentro da ESF. A falta de apoio por parte dos gestores municipais também sinaliza um dos principais obstáculos para sua execução, o que reflete diretamente no cuidado prestado, que acaba sendo fragmentado e não tem efetividade nas ações.

Porém, para que se possa implementar a SAE nos serviços, há que se ter um projeto para o alcance das metas estabelecidas, vontade política, apoio institucional e melhoria das condições de trabalho. Grande parte dos profissionais considera importante sua realização, mas falta conhecimento sobre a sistematização, não utilizam um referencial para direcionar sua prática (Silva, Oliveira, Neves, & Guimarães, 2011).

A sistematização do cuidado deve ser realizada no contexto do cuidado em saúde, pela equipe da ESF, devendo se pautar nas necessidades de saúde a partir do território, na integralidade do cuidado, na autonomia das pessoas para tomarem decisão sobre “o modo de andar na vida”, no planejamento e tomada de decisão em equipe.

Nesse contexto, questiona-se como tem ocorrido a formação do enfermeiro para realizar a SAE, existem dificuldades ou facilidades nesse processo? Considera-se como pressuposto que os profissionais não têm formação específica e nem referencial teórico delimitado para a realização da sistematização do cuidado. Há desafios tanto na realização da própria sistematização como também na organização e execução do processo de trabalho na ESF.

2 Referencial Teórico

A SAE é um método que facilita, organiza e agiliza o trabalho dos enfermeiros na ESF. Constitui-se em um instrumento metodológico dinâmico e inovador essencial para orientar a prática da enfermagem. Permite ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, o que favorece um cuidado individualizado, contínuo e com qualidade. Mostra-se uma ferramenta essencial para atender aos princípios do SUS e nortear a prática e os objetivos da ESF, ela constitui instrumento metodológico que propicia e orienta a assistência de enfermagem, assim como oferece condições necessárias para a organização do trabalho do enfermeiro. Ao considerar os princípios do SUS, uma das formas de realizá-la pode ser de modo compartilhado com o usuário, estimulando o diálogo, o espaço de fala e escuta, fortalecendo o vínculo entre profissional/usuário, bem como uma assistência acolhedora e humanizada (Varela, Fernandes, Queiroz, Vieira, & Azevedo, 2012).

A SAE, é considerada pela enfermagem como um saber-fazer específico do enfermeiro, tornando-se requisito legal e obrigatório a partir da publicação, pelo COFEn, da Resolução nº 272 de 2002, revogada pela

Resolução nº 358 de 2009. A resolução estabelece a sua realização e implementação por meio do Processo de Enfermagem (PE), em todos os ambientes os quais ocorra cuidado de enfermagem, seja ele público ou privado. Muitas vezes a SAE e o PE são vistos e citados como sinônimos, mas, a SAE é mais ampla, é uma ferramenta capaz de operacionalizar, por meio do saber, métodos e instrumentos capazes de operacionalizar as etapas do PE, no qual inclui elementos fundamentais da prática de cuidado, como, o diagnóstico e a prescrição de intervenções de enfermagem (Gutiérrez & Morais, 2017).

A SAE organiza o trabalho enquanto método, seus instrumentos e frente aos profissionais envolvidos, tornando possível a operacionalização do PE, que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Há várias denominações e conceitos, sendo um fator dificultador na sua implementação e compreensão. A SAE, Consulta de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem, Metodologia do Cuidado de Enfermagem, Planejamento da Assistência de Enfermagem, Processo de Assistência de Enfermagem, Processo de Atenção em Enfermagem, Processo de Cuidar em Enfermagem, Processo de Enfermagem e Processo do Cuidado de Enfermagem, entre outros, são nomenclaturas empregadas, por vezes com traços semânticos distintos, outras vezes semelhantes ou associados. Sinaliza-se, dessa forma, um restrito debate sobre a SAE na formação, com abordagem que não permitem alcançar a abrangência e possibilidades de abordagem teórica e conceitual sobre essa ferramenta de trabalho do enfermeiro (Krauser, et al., 2015).

Porém, na ESF o processo de trabalho deve se organizar de maneira interdisciplinar e com a participação da população desde o início da criação do programa, com intuito de gerar a valorização dos diversos saberes e práticas, para uma abordagem integral e resolutiva dos problemas e necessidades do sujeito (Pavoni & Medeiros, 2009). Essa proposta de organização de trabalho rompe com o modelo centrado no profissional e busca a aproximação com a vida da comunidade. Assim, seu processo de trabalho possibilita o compromisso e a corresponsabilidade da equipe e usuário, e na articulação entre os diversos saberes das corporações profissionais (Oliveira, Moretti-Pires, & Parente, 2011).

Ao organizar o cuidado de forma interdisciplinar e em rede, pressupõe-se a necessidade de articulação entre os fazeres e saberes profissionais para que se constitua a integralidade no cuidado. A integralidade, no contexto da ESF e por meio da clínica ampliada, operacionaliza-se no processo de trabalho em equipe, com comunicação horizontal entre as diferentes áreas no cotidiano do trabalho, pois trata-se da articulação dos diferentes processos de trabalho, que deverá considerar as ligações e as interfaces que existem entre as intervenções de cada área profissional, preservando as respectivas especificidades e apoiando-se na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Universidade Federal de Santa Catarina, 2016).

Para que se constitua o cuidado integral, sinaliza-se o trabalho a partir das necessidades de saúde da comunidade, visando atender a todas as necessidades dos pacientes, nas esferas biológicas, psíquicas e sociais. É necessária articulação entre as necessidades de saúde com as necessidades sociais. As necessidades são social e historicamente construídas, ou seja, se modificam na medida em que ocorrem mudanças na forma de viver, adoecer e morrer. Cada época e cada sociedade produz suas necessidades, podendo nomeá-las como necessidades. Ela se materializa no encontro do usuário e os profissionais de saúde, podendo ser viabilizada por meio da escuta, compreensão e acolhimento delas. Na sua operacionalização foram classificadas em quatro grupos, sendo eles: boas condições de vida; acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos afetivos entre usuários e equipes de saúde e graus crescentes de autonomia (Cecílio & Lacaz, 2012).

No entanto, também temos diferentes formas de compreender e realizar a prática em saúde e em enfermagem, com visões diferentes do processo saúde e doença, da concepção de prática profissional e, conseqüentemente, do cuidado em saúde e de organização do processo de trabalho. A constituição da integralidade no cuidado e o trabalho em equipe interprofissional têm apresentado desafios frequentes para que novas práticas possam ser construídas nos serviços de saúde, possibilitando o trabalho em redes, integrado e proporcionando ações a partir das necessidades dos usuários, sendo a sistematização do cuidado/assistência em saúde uma das formas de comunicação e integração das práticas.

Nesse contexto de diferenças, a formação dos profissionais na graduação e nos serviços tem influenciado na constituição da prática em saúde e na organização e sistematização do cuidado em enfermagem. Krauzer, et al (2015) destacam que há discordância entre o que se vive nos serviços de saúde e o que se ensina na graduação. Há pouca contribuição para uma metodologia que promova o cuidado integral, tendo abordagem insuficiente e/ou incoerente, provocando insegurança nos discentes na sua aplicação.

A formação de profissionais da enfermagem em nível de graduação e pós-graduação, ainda tem se apresentado fragmentada, reducionista e organizada por disciplinas (Santos, Montezeli, & Peres, 2012). Segundo Costa, Koerich, Ribeiro, Meirelles & Melo (2015), a enfermagem e demais profissões de saúde necessitam repensar sua formação, direcionando constantemente o pensamento para a complexidade, para a religação dos saberes disciplinares, de forma que não exista o domínio de alguma disciplina sobre as outras, facilitando um cuidado ampliado sensível e complexo.

Objetivou-se analisar a formação dos enfermeiros da Atenção Primária a Saúde para realizar a sistematização do cuidado na Estratégia Saúde da Família.

3 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, que tem como intenção compreender os significados, as crenças, os valores, as percepções, as opiniões e a forma de pensar em sociedade (Minayo, 2013).

O cenário de pesquisa se dá em um município do Estado de São Paulo, Brasil, o qual encontra-se na região Centro-Oeste Paulista. Sua população é de aproximadamente 217 mil habitantes (IBGE, 2009). A cidade é considerada referência Estadual em Saúde, pois possui 5 hospitais e 1 maternidade, 35 ESFs, 12 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 1 Policlínica e 2 Pronto Atendimento (PAs), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (Marília, 2010).

As unidades da ESF representam o cenário da pesquisa, levando-se em consideração que há um investimento do MS em realizar mudanças na APS e a ESF tem sido o modelo escolhido para que os serviços sejam realizados.

Há no município 50 enfermeiras atuando nas ESF e UBS, distribuídas nas regiões norte, sul, leste e oeste. Trabalhou-se com uma amostra intencional dos participantes da pesquisa. Por amostra intencional entende-se que um subgrupo participará do trabalho, resultando numa amostra representativa para toda população. Considerando-se as características das unidades e as regiões do município, utilizou-se, portanto, como critério de inclusão dos participantes: serem enfermeiras contratadas e atuando a pelo menos um ano nas unidades ESF da SMS; estar trabalhando nas ESF no período de coleta de dados; selecionar as profissionais considerando a distribuição nas unidades de saúde das regiões de saúde (norte, sul, leste e oeste, inclusive as unidades da região rural).

Como critérios de exclusão: estar atuando a menos de um ano nas unidades da ESF; estar ausente por motivos de férias, licenças ou outros motivos no período de coleta de dados.

Do total de 38 enfermeiras atuantes, selecionou-se 19 participantes, de acordo com a distribuição proporcional por região de saúde, demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Número de enfermeiras por região de saúde, número de enfermeiras selecionadas de acordo com a proporção de unidades de saúde nas regiões, Marília, 2017

Região do município	Nº de enfermeiras	%	Nº Enfermeiras entrevistadas/região
Norte	11	29,0	6
Sul	8	21,0	4
Leste	6	15,9	3
Oeste	8	21,0	5
Substitutas	05	13,1	1
TOTAL	38	100,0	19

Fonte: SMS – Marília, 2018

Entrevistou-se na pesquisa 19 enfermeiras da ESF, dentre essas 18 são inseridas nas equipes nas unidades e uma faz a substituição dos profissionais inseridos nas equipes da ESF. Todas as enfermeiras são do sexo feminino, com idade entre 30 e 51 anos, com média de 38,2 anos.

Dentre as entrevistadas apenas uma não possui pós-graduação, as outras possuem nas áreas de saúde da família, saúde pública, saúde coletiva, educação e saúde, saúde mental, urgência e emergência, administração de serviços de saúde, enfermagem do trabalho, envelhecimento, saúde e envelhecimento, preceptoria, gestão em saúde, unidade de terapia intensiva (UTI), formação didático pedagógica.

Estão contratadas na ESF entre três e 20 anos, com média de 12 anos, aproximadamente. Já o tempo de atuação na APS varia entre três e 20 anos, com média de 11,8 anos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. A entrevista é um método mais utilizado nas pesquisas qualitativas, na qual pode-se obter tanto dados quantitativos quanto qualitativos, realizada a partir de um diálogo entre duas pessoas, o entrevistado e o entrevistador. Utilizou-se um roteiro para auxiliar a condução da entrevista, sendo composto de perguntas abertas, relacionadas à formação para a realização do cuidado em saúde/assistência de enfermagem; qual a formação para realizar a sistematização do cuidado na graduação e no trabalho, quais as dificuldades na formação para realizar a sistematização.

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2018, por uma única pesquisadora, tendo as entrevistas duração de 05:08 a 29:13 minutos, em média 13:11 minutos. Iniciou-se a coleta solicitando aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando procedimentos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

O trabalho de campo realizou-se após a aprovação do projeto no Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SMS) e no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), sendo aprovada pelo Parecer 2.517.766.

O tipo de análise que utiliza-se no presente trabalho é a análise de conteúdo, na modalidade temática, segundo Minayo (2013). A análise se constitui de três etapas. A primeira é chamada de pré-análise que se compõe abordagem do material analisado, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais do trabalho. Ainda na pré-análise realizou-se uma leitura flutuante para tomar como posse todo material resultante da coleta, para então ter a constituição do *corpus*. Trabalhou-se a partir alguns pontos: exaustividade, considerando que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro; a representatividade seria conter características essenciais do universo compreendido; homogeneidade que siga os critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, as técnicas empregadas e os atributos dos interlocutores e por último a pertinência que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos desse presente trabalho.

A segunda etapa consistiu-se na exploração do material, que se resume basicamente ao investigador buscar encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala se organiza. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas (Minayo, 2013).

Em seguida, realizou-se síntese de cada categoria expressa e, posteriormente, identificou-se no processamento dos dados os núcleos de sentido e temas. Nessa fase do processamento, dois pesquisadores fizeram a validação da categorização dos dados até o estabelecimento do tema.

Quadro 1 – Apresentação dos temas e seus respectivos núcleos de sentido, Marília, 2018

Temas	Núcleos de sentido
A formação para a realização do cuidado em saúde/assistência de enfermagem.	- Formação para realizar a sistematização na graduação e no trabalho; - Dificuldade na formação para realizar a sistematização;

Fonte: dados da pesquisa

E na terceira etapa realizou-se a discussão e interpretação dos dados a partir do referencial de educação, cuidado e integralidade (Minayo, 2013).

Para que a identificação dos participantes se mantivesse preservadas, os fragmentos das falas são representados pela letra “E” e o número da entrevista. Ex: E1, E2, E3, ... E19.

4 Apresentação e Discussão dos Dados

4.1 Formação para realizar a sistematização na graduação e no trabalho

Referem que houve aproximação com a SAE durante a graduação e pós-graduação (residência e mestrado), porém, percebem que não houve profundidade para que tivessem apropriação de como se faz.

“na academia, mas de uma maneira muito breve, muito sucinta. Houve uns dois momentos pelo COREn, quando começou a questão da sistematização de seguir o COREn, ele começou a ter esse olhar diferenciado [...]” (E7)

Outro referencial mencionado foi da *North American Nursing Diagnosis Association-International (NANDA)*, necessidades de saúde e da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPEsc), mas destacam que NANDA é mais adequado ao ambiente hospitalar. Outras enfermeiras aprenderam no dia a dia, após iniciar suas atividades na APS. Sinalizam que puderam aprender também por meio da parceria com a instituição de ensino, há pelo menos 15 anos atrás.

“tive, na faculdade [...] tinha uma matéria que era específica da sistematização da assistência de enfermagem, só que era bem voltado para o campo hospitalar, tanto que eles focam no NANDA. Aqui na atenção básica a gente não usa. [...]” (E9)

“[...] na faculdade, a gente aprendeu na quarta série, no terceiro acho que já começa aprender [...] eu fui para Curitiba e também aprendi a parte do CIPEsc, que ainda não era tão conhecido [...]” (E12)

“Tive. Há muito tempo, quando a gente entrou no PSF a uns 17, 15 anos atrás, a gente tinha capacitações para isso frequente, principalmente, era a FAMEMA, tinha uma boa parceria com a secretaria [...]” (E16)

“[...] na faculdade eu tive aproximação com dois referenciais, tanto a SAE quanto às necessidades de saúde. Durante residência, trabalhei mais com a SAE e no mestrado eu trabalhei mais com necessidade de saúde. Mas acredito que fiquei satisfeita com o que eu tive na minha graduação com relação aos referenciais [...]” (E3)

De acordo com Mata, Souza, Chianca & Carvalho (2012), o referencial de NANDA, um dos referenciais de diagnóstico mais conhecidos e utilizados na prática de enfermagem no Brasil, é definido como “julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, da família ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais, que propiciam a base para escolha das intervenções” fundamentado na teoria dos Padrões de Respostas Humanas, que são elas: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e senti.

Foram traçados em 1982, onze categorias, a serem abordadas na coleta de dados, e posterior ao exame físico, sustentar a construção do diagnóstico de NANDA durante os cuidados de enfermagem, as categorias são: percepção e controle de saúde, nutricional metabólico, eliminações, cognitivo-perceptivo, auto percepção e autoconceito, desempenho de papel e relacionamento, sexual- reprodutivo, resposta e tolerância ao estresse, crença e valor, atividade, exercício e de sono e repouso (Pereira, Tourinho, Ribeiro, Medeiros, & Santos, 2013).

Esse referencial baseia-se no cuidado a partir do julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais (Santos, et al., 2008).

De acordo com Apostolico, Cubas, Altino, Pereira & Egry (2007), o CIPESC, outro referencial bastante utilizado, baseia-se na Teoria das Necessidade Humanas Básicas e a partir da proposta de sistematização do cuidado segundo Wanda Horta. Essa teoria sustenta-se no referencial humanista, admitindo que as experiências vividas pelo indivíduo são diferentes segundo o contexto social e familiar em que aparecem, essa é a ferramenta para articular o cuidado. O sistema também serve como instrumento no processo de trabalho da saúde coletiva e gestão.

No entanto, muitos desses referenciais trabalham com uma concepção de saúde fragmentada, privilegiando a dimensão biológica no cuidado.

Para Morin (2007 citado em Costa, Koerich, Ribeiro, Meirelles, & Melo, 2015), o domínio do conhecimento fragmentado em função das disciplinas, impede de se operar vínculo entre as partes e suas totalidades, deve ser substituída por uma maneira de conhecimento capaz de aprender os objetos em seu contexto, sua complexidade e seu conjunto. Para ele os métodos de ensino, ensinam a isolar os objetos do universo a sua volta, separando as disciplinas, levando a redução da complexidade. Com isso, temos a prevalência, do modelo assistencial fragmentado, sem olhar o todo, que vem desde a formação.

Na APS existe uma variedade de referenciais usados na sistematização do cuidado, cada um com seu olhar sob a pessoa e o cuidado, porém, percebeu-se que, segundo as participantes, não existe uma proposição de referencial construída de forma pactuada no serviço de saúde. Também sinalizam que os referenciais teóricos têm aplicações específicas para os cenários de intervenção, sendo NANDA ligado à atenção hospitalar, porém, destacam também que se pode trabalhar com diversos referenciais na APS. A instituição de ensino também tem influenciado, em algum momento, com relação aos referenciais teóricos utilizados. Além desses aspectos, as proposições de referenciais como NANDA e CIPESC, que se baseiam nas necessidades humanas básicas, nem sempre vão ao encontro da integralidade no cuidado preconizada na ESF. De acordo com as participantes, se faz necessário articular as necessidades não só biológicas como as sociais.

3.2 Dificuldade na formação para realizar a sistematização

As participantes consideram que o COREn faz visitas e exige que o enfermeiro realize a sistematização do cuidado, porém, não tiveram formação específica para essa prática por órgãos como SMS, COREn ou MS. A SMS ofereceu capacitação para manejar o Prontuário Eletrônico do Cidadão/Classificação Internacional de Atenção Primária (PEC/CIAP), mas nem toda a equipe foi contemplada. Os membros da equipe que participaram puderam multiplicar para os demais integrantes. Sinalizam também que puderam aprender a trabalhar com essa sistematização por meio da parceria ensino-serviço.

“com a SAE a gente se aproximou na faculdade. O CIAP teve algumas capacitações, pequenas capacitações dentro da rede de atenção, foram bastante frágeis, porque o sistema ele está em total mudança, em construção ainda, a gente está se capacitando todo dia [...]” (E8)

“eu na minha faculdade não [...] tive pela FAMEMA, porque eu sou preceptora, eu tenho curso que eu fiz no ano passado e me ajuda muito enfatizar ainda mais o que eu achava que era correto, mas eu não tive essa formação não [...]” (E6)

“entrei na residência, foi um aprendizado mais baseado na prática. [...] eles puxavam muito, se você tiver dificuldade, você tem que fazer buscas para discussões, eu tive uma visita do COREN e foi onde eles me cobraram pela primeira vez a sistematização [...].” (E9)

“A secretaria até ofereceu, nem toda a equipe foi contemplada, e tem outros membros da equipe que participaram e multiplicaram [...].” (E5)

A formação para a realização do cuidado em enfermagem e sua sistematização carece ser tratada de forma intencional, organizada, reconhecendo os diversos referenciais, além de ter a experiência na APS, assim como na área hospitalar, para que possam saber operar esses referenciais. Nesse contexto, a parceria ensino-serviço e com o COREN poderia ser uma estratégia para desenvolver novos projetos que possam mudar a prática profissional a partir de referenciais como as necessidades de saúde e/ou a CIPESC.

De acordo com Silva et al. (2015) a formação de profissionais, para o SUS, deve se ancorar em concepções de saúde, educação e trabalho que apontem para mudanças orgânicas nos trabalhadores. Assim verifica-se a relevância de se reorientar as relações entre profissionais da saúde, instituições de ensino e comunidade, e se redefinir processos formativos para atuação no setor saúde, de forma a garantir o atendimento integral e humanizado à população. Nota-se a necessidade de integração ensino-serviço-comunidade, de forma a transformar os cenários de aprendizagem e desenvolvimento, e superar as concepções tradicionais e bancárias de educação.

3.3 Diálogo com o Método de Análise dos Dados

Ao utilizar-se a análise de conteúdo, na modalidade temática, fez-se um caminho de processamento adotado por Minayo (2013). A forma adotada na pesquisa tem momentos próximos do que Enyon, O'Donnell & Williams (2018) percorreram para identificar os temas e abordar os dados por meio de discussão. Identificou-se que realizam o processamento em seis etapas: leitura e releitura do material pelo pesquisador; identificação inicial de um conjunto de códigos, sendo realizada manualmente no próprio material transcrito; classificação dos códigos preliminares, com os extratos relevantes de dados, em temas iniciais, sendo essa fase revisada por dois outros pesquisadores para garantir a qualidade e fidedignidade dos dados reagrupados; construção de mapa temático com discussão e alinhamento entre os pesquisadores; definições claras e distintas para cada tema para refinamento dos dados e selecionar os fragmentos das falas, que pudessem representar a articulação com a questão de pesquisa.

No processamento da análise temática utilizou-se para a organização dos dados a planilha do *excel*, tendo como intenção a sua categorização e classificação. O trabalho com esse programa gera matrizes que auxilia na visualização dos dados de forma sistematizada, agrupados pelo conjunto das falas por categoria, proporcionando a elaboração de síntese de cada categoria.

Posteriormente, essa síntese auxilia na elaboração dos núcleos de sentido. Por ser operacionalizada em formato de matriz, essa também ajuda na visualização do conjunto de sínteses.

Bree e Gallagher (2016) também aplicaram o *excel* para processar os dados, facilitando a visualização por meio de uma cor diferente para cada tema, sendo que a aplicação de cores diferentes pode ajudar na visualização de repetições, mas também o que poderia ser agrupado. Utilizaram também várias planilhas na medida em que havia o refinamento dos dados com seleção, classificação e codificação das falas do grupo focal e comparação dos dados entre os dois realizados. Eles consideraram que, dessa forma, há facilidade para que outro pesquisador acompanhe todo o processo para validação dos dados. Por outra perspectiva, considerando que o programa não é operacionalizado *online*, houve a necessidade de que cada pesquisador fizesse as correções no material produzido e utilizasse meios de troca como o e-mail ou outros aplicativos de compartilhamento de informações.

5 Conclusões

A pesquisa propôs analisar a formação dos enfermeiros, que atuam na ESF, que sustentasse a realização da sistematização do cuidado.

As participantes destacam que a formação apresenta falhas tanto na graduação como ao se inserirem nos serviços de saúde.

A indefinição institucional sobre o referencial de sistematização do cuidado a ser adotado na APS também apresenta desdobramentos no cotidiano da prática durante o cuidado, pois cada profissional acaba por fazer da forma que considera compreensível, gerando diversidade de referenciais, concepção de abordagem do processo saúde e doença que pode corroborar ou afastar-se da concepção de integralidade no cuidado.

Por outro lado, ao não sinalizarem uma formação contínua, tanto no âmbito municipal quanto no âmbito estadual e federal, por parte da SMS, do Ministério da Saúde, quanto pelo sistema COREn/COFEn, e isso também proporciona desatualização e perda de oportunidade de mudança e fortalecimento da prática na perspectiva da superação do cuidado fragmentado.

A partir desse contexto, percebe-se a necessidade das instituições formadoras e os serviços de saúde reverem os processos de planejamento e operacionalização do ensino e aprendizagem sobre a sistematização do cuidado da equipe e da enfermagem, considerando as suas bases de sustentação e os métodos, estando em conformidade com as necessidades de saúde e dos modelos de atenção orientados pela integralidade.

Percebe-se a necessidade de se ampliar a investigação com as instituições formadoras, analisando os métodos utilizados no ensino para captar as formas de organização, os referenciais teóricos adotados e os limites para que se possam constituir projetos mais articulados com os serviços de saúde. Além disso, se faz necessário novas investigações, na formação, aperfeiçoamento para os profissionais já inseridos no serviço, buscando integrar formação, serviço e comunidade.

Referências

- Apostolico, M. R., Cubas, M. R., Altino, D. M., Pereira, K. C., & Egry, E. Y. (2007). Contribuição da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba, Paraná. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16, 453-462.
- Brasil. (2012 de Dezembro de 2012). *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Fonte: Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Bree, R. T., & Gallagher, G. (2016). Using Microsoft Excel to code and thematically analyse qualitative data: a simple, cost-effective approach. *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 8(2), 2811-2819.
- Cecílio, L. C., & Lacaz, F. A. (2012). *Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES. Acesso em 25 de Fevereiro de 2019, disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/70-Trabalho-em-Sa%C3%BAde.pdf>
- Conselho Federal de Enfermagem. (2009). *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução COFEN-358/2009*. Fonte: COFEN: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Costa, M. C., Koerich, C., Ribeiro, J. C., Meirelles, B. H., & Melo, A. L. (2015). Cuidado de enfermagem na perspectiva do pensamento complexo: revisão integrativa de literatura. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 19, 180-194. doi: 10.5935/1415-2762.20150015

- Eynon, M. J., O'Donnell, C., & Williams, L. (2018). Gaining qualitative insight into the subjective experiences of adherers to an exercise referral scheme: A thematic analysis. *Journal of Health Psychology, 23*(11), 1476–1487.
- Franco, F. A., Hino, P., Nichiata, L. Y., & Bertolozzi, M. R. (2012). A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Escola Anna Nery, 16*, 157-162.
- Freitas, G. M., & Santos, N. S. (2014). Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 4*, 1194-1203. doi:10.19175
- Gutiérrez, M. G., & Moraes, S. C. (2017). Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem, 70*(2), 436-441.
- Krauzer, I. M., Adamy, E. K., Ascari, R. A., Ferraz, L., Trindade, L. d., & Neiss, M. (2015). Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciencia y Enfermería, 21*(2), 31-38.
- Ma. (s.d.).
- Maciel, A. G., Caldeira, A. P., & Diniz, F. J. (2014). Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde em Debate, 38*(Edição Especial), 319-330.
- Marília. (20 de Fevereiro de 2010). *Dados de Marília*. Fonte: Prefeitura Municipal de Marília: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/marilia/dados-de-marilia/>
- Mata, L. R., Souza, C. C., Chianca, T. C., & Carvalho, E. C. (2012). Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46*(6), 1512-1518.
- Minayo, M. C. (2013). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (13ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, H. M., Moretti-Pires, R. O., & Parente, R. C. (2011). As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 15*, 539-550.
- Paula, M. d., Peres, A. M., Bernadino, E., Eduardo, E. A., Sade, P. M., & Larocca, L. M. (2014). Características do Processo de Trabalho do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. *REME - Revista Mineira de Enfermagem, 18*, 454-462. doi: 10.5935/1415-2762.20140034
- Pereira, C. D., Tourinho, F. S., Ribeiro, J. L., Medeiros, S. B., & Santos, V. E. (2013). Padrões funcionais de saúde: diagnósticos de enfermagem em escolares da rede pública. *Texto & Contexto - Enfermagem, 46*, 1056-1063.
- Santos, A. d., Souza, P. A., Valle, A. M., Cavalcanti, A. C., Sá, S. P., & Santana, R. F. (2008). Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto & Contexto - Enfermagem, 17*, 141-149.
- Santos, F. d., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2012). Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. *REME - Revista Mineira de Enfermagem, 16*, 251-257.
- Silva, E. G., Oliveira, V. C., Neves, G. B., & Guimarães, T. M. (2011). O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 45*(6), 1380-1386.
- Universidade Federal de Santa Catarina. (2016). *Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica - Modalidade a Distância*. Fonte: Processo de trabalho na atenção saúde básica: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Processo-de-Trabalho-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>
- Varela, G. C., & Fernandes, S. C. (2013). Conhecimentos e práticas sobre a sistematização da assistência de enfermagem na estratégia saúde da família. *Cogitare Enfermagem, 18*(1), 124-130.
- Varela, G. d., Fernandes, S. C., Queiroz, J. C., Vieira, A. N., & Azevedo, V. R. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem na estratégia saúde da família: limites e possibilidades. *Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 14*, 816-824.