

PATRÍCIA ALMEIDA NARCISO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PATOS DE MINAS / MINAS GERAIS
2011

PATRÍCIA ALMEIDA NARCISO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Letícia Soares de Azevedo

PATOS DE MINAS / MINAS GERAIS
2011

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SYSTEMATIZATION NURSING CARE IN FAMILY HEALTH STRATEGY

Patrícia Almeida Narciso¹

Letícia Soares de Azevedo²

RESUMO

O Programa de Saúde da Família surge com uma proposta do Ministério da Saúde onde o trabalho de equipe está proposto como uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do atual modelo de assistência em saúde no sentido de imprimir uma nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância à saúde, na perspectiva da intersetorialidade. Este trabalho teve o propósito de analisar a produção do conhecimento nacional sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária / Programa Saúde da Família. É um estudo descritivo-qualitativo que se optou pela realização de uma revisão narrativa científica retrospectiva, do período de 2004-2010. Os artigos foram consultados nas bases de dados disponíveis no portal Biblioteca Virtual de Saúde utilizando os unitermos: "atenção primária em saúde", "processos de enfermagem", "planejamento de assistência ao paciente" e "enfermagem em saúde pública". Os artigos foram analisados conforme os seguintes critérios: ano de produção, propriedade dos autores que mais tem escrito sobre SAE, qual o método mais utilizado e o assunto abordado por cada autor. Foram avaliados 24 artigos após a leitura e o fichamento de cada produção. O contexto da práxis da assistência da enfermagem na atenção primária abordadas nas publicações discutidas foram consistentes em relação às descrições apresentadas nesta revisão bibliográfica. Diante disso, evidenciou-se a sistematização da prática assistencialista como um potente instrumento para as estratégias de saúde pública. Através da sistematização da coleta de dados é possível traçar um diagnóstico, a intervenção e orientação, o acompanhamento e a avaliação dos resultados finais dentro dos programas de saúde coletiva. Ressalta-se, sobretudo, que as fontes para pesquisa e aprimoramento do profissional durante a formação acadêmica ou no exercício da profissão são inúmeras e contribuem de forma contundente para a construção do conhecimento sobre esta temática. Portanto, salienta-se que grande parte das publicações consultadas são pesquisas descritivas qualitativas que buscam por meio de indagações e definições de termos e conceitos obter dados concretos para a constituição da literatura inerente a sistematização da assistência da enfermagem e da coleta de dados em saúde coletiva.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde pública. Processos de enfermagem. Atenção primária de saúde. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

¹ Acadêmica do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais, Enfermeira pela Universidade do Estado de Minas Gerais – Faculdade de Enfermagem de Passos. E-mail: paty.narciso@hotmail.com.

² Professora Orientadora, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG.

ABSTRACT

The Family Health Program comes up with a proposal of the Ministry of Health where teamwork is proposed as a strategic prerogative to change the current model of health care in order to inject new momentum in health services and establish a relationship bond with the community, this practice aimed at humanizing health surveillance in the perspective of intersectionality. This work aimed to analyze the production of knowledge about the national Systematization of Nursing Care in Primary Care / Family Health Program. It is a qualitative, descriptive study that chose to conduct a narrative review of scientific hindsight, the period of 2004-2010. The articles were found in the databases available on the Virtual Health Library portal using the keywords: "Primary Care", "nursing process", "planning of patient care" and "public health nursing." The articles were analyzed according to the following criteria: year of production, ownership of the authors who have written about SAE, which the method used and the subject matter covered by each author. We evaluated 24 articles and after reading book report of each production. The context of the practice of nursing care in primary care addressed in the publications were discussed in relation to consistent descriptions presented in this literature review. Given this, there was a systematic practice of welfare as a powerful tool for public health strategies. Through systematic data collection is possible to draw a diagnosis, intervention and guidance, monitoring and evaluation of outcomes within the public health programs. It should be noted particularly that the sources for research and improvement of professional training during the academic or in the profession are numerous and contribute forcefully to the knowledge on this subject. Therefore, it is noted that most of the publications consulted are descriptive qualitative research looking through questions and definitions of terms and concepts more concrete evidence for the formation of the inherent literature systematization of nursing care and data collection in public health .

Keywords: Public health nursing. Nursing process. Primary health care. Systematization of Nursing Care.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

LISTA DE SIGLAS

ABEn	–	Associação Brasileira de Enfermagem
AIS	–	Ações Integradas de Saúde
CAPS	–	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CIE	–	Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE	–	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC	–	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem para a Saúde Coletiva
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
COREN	–	Conselho Regional de Saúde
ESF	–	Equipes de Saúde da Família
IAPS	–	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INC	–	International Council of Nurses
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	–	Instituto Nacional de Seguro Social
NASF	–	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	–	Normas Operacionais Básicas
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	–	Programa de Enfermagem
PMAQ	–	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	–	Política Nacional de Humanização
SAE	–	Serviço de Assistência de Enfermagem
SUDS	–	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidade Básico de Saúde
USP	–	Universidade de São Paulo

Lista de Tabelas

TABELA 01 – Artigos selecionados para análise (ano de publicação, título, periódico, autor (es), titulação).....22

TABELA 02 – Descrição metodológica dos artigos analisados e unitermos26

Sumário

01 Introdução.....	08
02 Metodologia.....	10
03 Desenvolvimento.....	11
3.1 Evolução histórica dos cuidados da Enfermagem Moderna: de Florence Nitghingale aos dias atuais.....	11
3.2 Panorama geral da instalação da Saúde Pública no Brasil: uma reorientação do modelo assistencial.....	14
3.3 O Programa Saúde da Família: uma estratégia do SUS.....	16
3.4 Desenvolvimento da Sistematização da Assistência da Enfermagem e da Classificação Internacional para o exercício da profissão.....	19
3.5 Discussão e análise dos artigos selecionados	21
4. Conclusão	34
5. Referências Bibliográficas	35

1. Introdução

A Constituição Federal Brasileira de 1988 materializou o ideário reformador de construção do Sistema Único de Saúde – SUS, quando propôs um papel estratégico à conformação do Sistema de Saúde para garantir acesso universal ao sistema, superando propostas existentes e estabelecendo um novo conceito de saúde definido como direito, além de contemplar os níveis de atenção em saúde, o que permitiu que uma nova configuração nos serviços de saúde fosse possível para priorizar ações de caráter coletivo e preventivo sem detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes (NASCIMENTO, A.; NASCIMENTO, S., 2005).

Para Rosa e Labate (2005), a partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei n. 8.080/90 – “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, etc. Outra lei, a n. 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que são instrumentos jurídico-institucional editados periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS.

Mais recentemente, criou-se o Pacto pela Saúde, composto pelos pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão. Um acordo entre as três esferas da gestão que possibilita a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam a alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, priorizando a equidade social.

Estas conquistas representam as fases de aprimoramento dos princípios e diretrizes do SUS e requerem mudanças institucionais para incorporar, na prática, as novas formas de gestão para a construção de um modelo assistencial fundamentado na Vigilância à Saúde, a partir da reorientação da atenção básica para reorganizar a saúde em um contexto de maior complexidade até a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde

através da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de organizar a prática assistencial, tendo ênfase nas necessidades de saúde da população (NASCIMENTO, A.; NASCIMENTO, S., 2005).

Em 1994, ao lançar o Programa de Saúde da Família como uma estratégia de implantação e consolidação do SUS, o Ministério da Saúde colocou em marcha modificações profundas na forma de atuar e de trabalhar a saúde, a partir de seus princípios que se baseiam na universalidade de acesso, na equidade e na integralidade das ações (SANTOS; CUTOLO, 2003).

A organização deste processo de trabalho das equipes de saúde da família possibilita que estas identifiquem em seus territórios as necessidades de atenção à saúde das famílias e, ao mesmo tempo, a implementação de ações promocionais, de prevenção e de tratamento dos agravos a que estão submetidos alguns integrantes das famílias cadastradas (BRASIL, 1997).

Ainda, verifica-se que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é um programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

O enfermeiro como um dos profissionais que integra a equipe de saúde da família, além das atribuições comuns à equipe tem atribuições específicas como, por exemplo: a consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicações, com base em protocolos e critérios estabelecidos em programas ministeriais e observando as disposições legais da profissão (SANTOS *et al.*, 2008).

A preocupação em orientar as atividades de enfermagem com respaldo no método científico teve como marco o desenvolvimento e divulgação do Processo de Enfermagem, que foi inicialmente expresso na literatura norte americana, nas décadas de 1950 e 1960. No Brasil foi divulgado principalmente por Wanda Horta que publicou em 1979 um livro intitulado *O Processo de Enfermagem*. E este pode ser definido como um método através do qual a estrutura teórica da enfermagem é aplicada à prática. E atualmente é apresentado em cinco fases: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

A legislação brasileira, através da Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7498/86, em seu artigo 8º, dispõe que O enfermeiro incumbe “(...) a participação na

elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (...). Sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe são metas e desejos que os enfermeiros têm demonstrado em encontros da categoria (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

Desta forma, o objeto de estudo desta pesquisa, centrado numa perspectiva crítica/analítica, é a caracterização da Sistematização da Assistência de Enfermagem realizada na estratégia governamental Saúde da Família, haja vista que essa prática poderá facilitar a construção de novos saberes no sentido de elaborar proposições para a efetivação desse modelo de atenção.

Este trabalho teve o propósito de analisar a produção do conhecimento nacional sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária / Programa Saúde da Família.

2. Metodologia

Para a elaboração deste estudo, optou-se pela realização de uma revisão narrativa científica retrospectiva, do período de 2004 a 2010. Foi utilizado o Portal da Biblioteca Virtual de Saúde com as bases em publicações virtuais em artigos publicados em periódicos brasileiros através dos unitermos: “atenção primária em saúde”, “programa saúde da família”, “processos de enfermagem”, “cuidados de enfermagem”, “legislação de enfermagem”, “planejamento de assistência ao paciente”, “enfermagem em saúde pública”, “diagnóstico de enfermagem” e “serviço de assistência de enfermagem”. Para a análise dos artigos produzidos no período supracitado considerou os seguintes critérios: ano de produção (qual ano mais produziu SAE), propriedade dos autores que mais tem escrito sobre SAE (graduados, especialistas, mestres, doutores), qual o método mais utilizado (pesquisa qualitativa ou quantitativa), assunto abordado.

O acesso aos artigos foi por meio de Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando as bases de dados da LILACS, Bireme, MEDline, PUBMed com textos de artigos disponibilizados na íntegra. Foram selecionados 43 artigos sobre o referido tema, mas quando lidos, fichados e avaliados, 8 (oito) foram descartados por falta de compatibilidade ao tema proposto, assim como, 7 (sete) foram excluídos por não se adequarem ao período de análise escolhido. Desse modo restaram 24 artigos que foram impressos, lidos e analisados para esse estudo.

3. Desenvolvimento

3.1 Evolução histórica dos cuidados da Enfermagem Moderna: de Florence Nitghingale aos dias atuais

No século XIX surgiram as práticas que buscavam apropriar-se da ciência para racionalizar o surgimento das doenças, bem como suas terapêuticas, pondo por fim as concepções mágico-religiosas. É neste contexto que surge Florence Nightingale, nascida em Florença na Itália em 1820. O trabalho de Florence constituiu um marco para a construção das teorias modernas de enfermagem. Ela atuou como enfermeira civil e voluntária na Guerra da Crimeia (1854-1856) prestando cuidado aos que se feriam no combate, propôs, inicialmente, que se tivesse um local adequado, arejado, ventilado, iniciou com práticas de antissepsia para assistir aos soldados em batalha (ALCÂNTARA *et al.*, 2005).

De acordo com Oliveira, Paula e Freitas (2007) os conceitos teórico-filosóficos instituídos por Florence tiveram como fomento suas práticas diárias ao atendimento dos soldados. Assim, foi construída uma relação entre os quatro conceitos fundamentais propostos por ela como o ser humano, meio ambiente, saúde e a enfermagem. Estes conceitos surgiram por meio das observações sistematizadas das práticas diárias dos cuidados aos doentes.

Segundo Alcântara *et al.* (2005), com Nightingale são descritas as necessidades dos pacientes em relação às condições do ambiente que recebe o mesmo como a necessidade de luz, ar fresco, silêncio e, sobretudo, higiene.

As teorias da enfermagem são predominantes nas décadas de 1960-1970 que se propunham as inter-relações entre a saúde, o meio ambiente, os seres humanos e a atuação profissional inerente aos cuidados de enfermagem. Assim, destacam-se algumas teorias. 1) Teoria do relacionamento interpessoal: por meio da confiança permitem a criação de vínculos, o que facilita a adesão às condutas instituídas e a educação para a saúde; 2) Teoria do déficit de autocuidado: apresenta a assistência da enfermagem frente ao paciente que se encontra debilitado biológico, psicológica e socialmente e não apresenta condições de promover o autocuidado; 3) Teoria humanística e humanitária, neste processo o profissional de enfermagem interage com o paciente, cria vínculos para manter o bem-estar e a qualidade de vida do doente; 4) Teoria da Enfermagem Transcultural: as pessoas em seu culturalismo têm visões distintas de compreender a assistência da enfermagem e

mantém comparações entre os cuidados da enfermagem e suas crenças e práticas gerais de saúde; 5) Teoria do cuidado transpessoal: enfatiza o cuidado primário, que se concentra na promoção da saúde ao invés do tratamento da doença; 6) Teoria das Necessidades Humanas Básicas: fundamenta-se nas necessidades humanas básicas e na realização dos desejos e vontades, o que causa certo desconforto quando não executadas (OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

A Enfermagem é entendida como um trabalho, ou seja, uma atividade humana, que possibilita a reprodução da existência e a satisfação de necessidades, materiais e não materiais. Como toda atividade humana pressupõe determinações históricas e sociais (ALVES, 2010).

No Brasil foi criada em 1890 no Rio de Janeiro, a primeira escola de enfermagem: Escola Profissional de Enfermeiros, no Hospício Nacional de Alienados. A primeira tentativa de sistematização do ensino da enfermagem brasileira foi na área psiquiátrica. O “*locus*” do trabalho era o hospício e os instrumentos da assistência de enfermagem eram controle e disciplina do doente mental. No que diz respeito à atuação do enfermeiro neste modelo hospitalocêntrico, a função é caracterizada como um elo entre os dois extremos da estrutura hospitalar - o médico e o paciente - cumprindo as ordens que o primeiro prescreve para o segundo (BARBOSA *et al.*, 2010).

A função administrativa do enfermeiro está prevista, com ênfase, na Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o seu exercício profissional. Em seu Art. 11, define o que cabe privativamente ao enfermeiro e com relação à função de gerenciamento podemos citar, por exemplo, "planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem." (COREN, 1997).

Sílvia, Fontes e Nobrega (2007, p.12) ressaltam que:

[...] O enfermeiro é um agente ativo que se une ao paciente com o objetivo de ajudá-lo a reconhecer e examinar situações que ambos estão experimentando, tentando levá-lo a observar perspectivas adequadas no encontro de soluções diante de problemas existentes. Embora enfermeiro e paciente desempenhem papéis diferentes (um procura ajuda e o outro a oferece), os objetivos são comuns, uma vez que buscam compreender e solucionar problemas através da comunicação, cooperação, respeito e amizade. À medida que as atividades e interações prosseguem, irão influenciar nas novas interações e nas próprias atividades. Logo, esta relação "atividades – interações – sentimentos" não estão relacionadas diretamente com a competência técnica de cada pessoa e, sim, com a influência do grupo e da situação de trabalho (SILVA; FONTES; NÓBREGA, 2007, p. 17).

O enfermeiro utiliza os conhecimentos gerais da enfermagem e os específicos da realidade e da situação com a qual está lidando, além dos procedimentos técnicos próprios da profissão. Usa de sua própria pessoa como instrumento terapêutico, agindo de maneira sistematizada e empática diante de cada paciente. A comunicação se dá de forma dinâmica, tendo como unidade básica a palavra, embora nem sempre seja possível exprimir por esse meio os sentimentos, pensamentos e ações por causa dos seus vínculos emocionais. (BRASIL, 2006).

Figueira *et al.* (2006) ressalta que, com pacientes violentos, O enfermeiro deve estimular o paciente a se expressar verbalmente, ajudar a esclarecer o sentido e a natureza de suas mensagens, a concentrar-se e a perceber sua participação na experiência que está vivendo.

Barros e Rolim (1996) enfatizam que o trabalho em saúde e o trabalho do enfermeiro, é coletivo, ele se relaciona, interfere e recebe interferência do trabalho das demais profissionais da saúde. Na saúde mental, o trabalho em equipe multiprofissional é um ponto forte das orientações para a área. O enfermeiro, além de compor essa equipe, também tem relações estreitas com outros trabalhadores da enfermagem, coordenando o trabalho em equipe. Definindo O enfermeiro como o profissional que realiza e coordena um conjunto de técnicas e procedimentos voltados para o bem-estar do doente, para a promoção da saúde e prevenção das doenças.

Atualmente, esclarece Cubas *et al.* (2006), os enfermeiros e enfermeiras são, potencialmente, importantes agentes de mudança. Quanto mais consciente de sua condição pessoal e social e de seu papel de trabalhador inserido num contexto social e de cidadão num sistema político, mais apto estará para eleger instrumentos de trabalho que visem o resgate dessa mesma condição de sujeito-cidadão às pessoas doentes. Quanto menos consciente de sua condição de sujeito social e de cidadão, mais aderido estará ao antigo modelo médico-disciplinar e mais subordinada e coadjuvante será a sua atuação nas intervenções deste modelo.

Portanto, certifica-se a necessidade de um programa de enfermagem que seja efetivo e eficiente no cuidado ao paciente da atenção primária. O enfermeiro desenvolve suas atividades a partir de um processo sistematizado, o qual cria protocolos que devem ser seguidos durante o atendimento do mesmo.

Segundo Horta (1979), quem usou a expressão “processo de enfermagem”, para explicar os cuidados de enfermagem foi a estudiosa Ida Orlando. Cita ainda que a

“Associação Americana de Enfermagem definiu o processo de enfermagem em sete etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento do objetivo, plano de cuidados, ação de enfermagem, renovação da coleta de dados e revisão do plano”. Peplau (1952) *apud* Silva *et al.*; (2010) ressaltam que “a enfermagem é um processo significativo, terapêutico e interpessoal”.

3.2 Panorama geral da instalação da Saúde Pública no Brasil: uma reorientação do modelo assistencial

As práticas de saúde fragmentadas já não respondem mais pelo processo social de produção da saúde e da doença nas comunidades, uma vez que releva a diversidade das dimensões que envolvem este processo. Estas práticas exigem dos profissionais de saúde uma atuação multiprofissional para o melhor acompanhamento dos casos, avançando em direção a uma análise integral dos fatores que determinam socialmente os agravos à saúde dos indivíduos (VASCONCELOS, 2002).

Vale salientar que o início da saúde pública no país se deu por meio de uma luta armada instituída como Revolta da Vacina, encabeçada pelo governo do então presidente Rodrigues Alves em 1904. O objetivo era para que se reduzisse a epidemiologia de doenças comuns na época. Assim, o programa de vacinação procedeu-se por incentivo e pioneirismo de Osvaldo Cruz, pertencente ao Instituto Manguinhos.

A trajetória que a saúde pública no Brasil segue é demasiadamente extensa, cronologicamente, partiu-se da criação da CAPS, IAPS, INPS, INAMPS, o atual INSS com um único objetivo, manter a seguridade social e garantir a saúde do cidadão, pois até o momento, o trabalhador assalariado era a principal fonte de mão-de-obra disponível para a realização dos serviços industriais e de outros setores. Cerca de 70% do financiamento da saúde era originada do orçamento da seguridade social. Em 1994, o então Ministro da Previdência Antônio Brito, determinou que os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam destinados somente para custear a Previdência Social. Em 1996, o Ministro da Saúde, Adib Jatene, na tentativa de aumentar os recursos disponíveis para a saúde propôs a criação da CPMF, mas seus esforços foram em vão uma vez que foram deduzidos das outras fontes os valores arrecadados pela CPMF.

Historicamente, a Saúde Pública no Brasil vem passando por transformações, com a finalidade de melhorar a situação de acesso à saúde no país. Estas consolidações

surgiram com as Conferências Nacionais de Saúde, que são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Foi realizada no Brasil em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), embasada nos novos paradigmas trazidos pela Conferência de Alma Ata realizada no Cazaquistão em 1978, esta Conferência reuniu todos os setores da sociedade em prol da saúde, tinham como lema “Saúde para todos no ano 2000”. A VIII Conferência Nacional de Saúde ampliou a política de Reforma Sanitária já existente no país reforçando a busca da meta “saúde para todos”. Desta mesma Conferência surgem os primeiros indícios da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990)

No início dos anos 80, o Brasil viveu uma situação de redemocratização no campo da política com a saída de João Figueiredo da presidência do país dando um fim ao regime militar que perdurava desde 1964. A partir deste cenário emergiu o Movimento Sanitário, o qual possibilitou a construção gradativa de uma reforma que se iniciou em 1986, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), passou pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e alcançou o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, com a Nova Constituição que se consolidara neste mesmo ano, tendo como principais pilares: universalização, integralidade, descentralização e participação popular. Sobretudo, o Sistema Único de Saúde se estabeleceu com as Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90. Embora a temporalidade possa indicar a rapidez desse processo, a recuperação histórica assinala a rede de conflitos de interesses e os obstáculos diversos que permearam este movimento (VIANA; CASTRO, 1993).

Dentro dos sistemas de Saúde Pública brasileira surge o Programa Saúde da Família (PSF) que teve sua gênese em 1994, sob a égide da discussão da reformulação do sistema de saúde, a qual ampliou a concepção de atenção, primeiramente definida na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde e posteriormente reorganizada. O Programa de Saúde da Família teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, e adotou como padrão modelo os programas desenvolvidos nacional e internacionalmente que visava à cobertura à saúde por meio de assistência às famílias no próprio domicílio em articulação com as unidades de saúde (BRASIL, 2001).

Partindo do pressuposto de implantação de um Sistema Único de Saúde, o Brasil dispõe de um modelo apreciável por países do primeiro mundo. O sistema público pactua com o sistema privado para melhor atender a população na assistência secundária e terciária, dispõe de cursos de capacitação e humanização, promove encontros, palestras, e outros sistemas educativos e de saúde, dispõe de tratamentos e medicamentos de custos exorbitantes, porém esta assistência não alcança amplamente as classes menos favorecidas, talvez até pela falta de informação sobre os direitos de cada um (OGATA; MACHADO. CATOIA, 2009).

A saúde no país desenvolveu-se consideravelmente e isto é visível, nas campanhas de vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, na promoção de saúde e prevenção de doenças. O Estado busca aprimorar o sistema cada vez mais, para que possa acolher todos aqueles que necessitam de assistência, seja ela da mais simples a mais complexa (SILVA, 2010).

3.3 O Programa Saúde da Família: uma estratégia do SUS

O Programa Saúde da Família, que teve sua origem em 1994, representa a estratégia de reorientação e reformulação do modelo de atenção primária à saúde, com o principal objetivo de aproximar os profissionais de saúde e os serviços oferecidos à população adscrita em cada área e, assim, pode ser entendido como uma nova etapa nessa busca de fazer a saúde de forma diferente, sendo considerado eficiente e eficaz. Portanto, o PSF atua a partir da organização de Equipes de Saúde da Família (ESF) ressaltando o caráter multiprofissional do Programa que faz cumprir o princípio da integralidade do SUS que diz que a atenção à saúde deve abranger todos os aspectos do ser humano (FRANCO *et al.*, 2004).

O Programa de Saúde da Família foi então ancorado nos pressupostos da prevenção, promoção e reabilitação da saúde e não no processo curativo em si. Tais pressupostos, baseados em uma visão ampla, definiram que a Atenção Básica deve compreender um “conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde voltada para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2000, p. 18).

Neste sentido, toma-se como referência o discurso oficial do Programa de Saúde da Família:

O Programa Saúde da Família não é Programa do Médico da Família, pois não é centrado no trabalho médico, mas de uma equipe multiprofissional, na qual todos os saberes são respeitados, onde se busca a prevenção e a promoção da saúde [...] (BRASIL, 2000, p. 19).

O trecho acima citado é perfeitamente sustentado na compreensão da multideterminação dos problemas de saúde vivenciados pela população e amparado no conceito da interdisciplinaridade, uma vez que o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é o de bem-estar entre o corpo, a mente e o ambiente no qual o indivíduo está inserido e, não meramente a ausência de doença. Esta interdisciplinaridade evidencia que a implementação do programa prevê o envolvimento de profissionais qualificados, capazes de articularem no exercício de seu trabalho os conhecimentos específicos, construídos ao longo de sua formação profissional, com os saberes coletivos, na direção de uma prática social a qual transcenda à fragmentação e especialização características das ações de saúde (CERVATO *et al.*, 2005).

Enquanto uma proposta de reformulação da prática de atenção básica à saúde que substitua o modelo tradicional de Saúde Pública, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) embasa-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade e tem na vigilância à saúde a norteadora das práticas (BRASIL, 1997). Ainda, as unidades de Saúde da Família passariam a atuar com equipes multiprofissionais, compostas, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários.

Ao avaliar o modelo de assistência à saúde em um dos seus pilares, a integralidade, não é uma discussão recente no cenário da saúde no Brasil e durante muito tempo ficou restrita a elaborações e reflexões realizadas por alguns profissionais que, atuando no assistencialismo, passaram a perceber a importância do trabalho entre as várias disciplinas da saúde e da sociedade, atualmente, é fundamental que estas façam parte efetiva do processo de formação de cada profissional da área da saúde (CECCIM, 2004).

Esta relação dos multiprofissionais deve ser entendida como uma construção de corresponsabilidade, admitindo que as demandas trazidas pelo usuário do sistema caminhem em direção à sua plena resolutividade. Ao ser exercido em toda a sua extensão pelos profissionais, o vínculo constitui uma nova forma de ver, entender e praticar a atenção à saúde.

Segundo Ceccim (2004) é de fundamental importância a participação dos diferentes profissionais no processo de acolhimento do usuário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Acolhimento é um princípio da Estratégia Saúde da Família, realizada por qualquer profissional de saúde, com uma postura ética que implica na escuta **QUALIFICADA** do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Ainda, desenham as possibilidades dos mesmos desenvolverem atividades gerais ligadas à complexidade da saúde, associadas a atividades profissionais específicas de cada profissão.

Portanto, o Programa Saúde da Família pode ser caracterizado como uma estratégia central na reestruturação do sistema no que se refere à organização da atenção primária. Seguindo este pressuposto, Boog (1999, p. 25) afirma que esta estratégia se baseia “a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer e morrer”.

Vale salientar que diversos fatores contribuem para a gênese de várias patologias, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional, no entanto, a determinação das condições alimentares e nutricionais nas comunidades tem influência reduzida no tocante à definição das ações de saúde fazendo com que não se concretizem na saúde, isto é, para ações de promoção envolvendo a questão da alimentação saudável, da atividade física, entre outras estas não são tratadas enquanto uma questão coletiva que exige uma intervenção interdisciplinar, ficando restritas a ações de intervenção individuais (GALEAZZI,1996).

Para ampliar os atendimentos na *Saúde Primária* e o escopo das ações de atenção primária, facilitar o acesso a outras áreas e a resolutividade da atenção a saúde, a Portaria N° 20/GM de 24 de janeiro de 2008, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a criação do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) (BRASIL, 2008).

Portanto, a criação do Programa Saúde da Família foi essencial para a assistência da população. A participação da enfermagem nesta equipe contribuiu para a organização da sistematização do atendimento ao paciente da atenção primária. É desempenhando suas funções de administração, gerenciamento e cuidado que a

enfermagem assume uma condição tão expressiva nesta equipe, até mesmo, por ser o profissional que passe maior tempo em contato com os usuários do sistema.

3.4 Desenvolvimento da Sistematização da Assistência da Enfermagem e da Classificação Internacional para o exercício da profissão

O Processo de Enfermagem (PE) é caracterizado por apresentar fases do atendimento da enfermagem ao paciente, assim, constitui a estruturação da Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) levando em consideração o reconhecimento dos problemas de saúde apresentados pelo paciente, a realização do diagnóstico da enfermagem, desenvolvimento de estratégias e ações efetivas de intervenções, orientações de autocuidado e mudanças de hábito de vida. As fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático.

Segundo Garcia e Nóbrega (2004, p. 43) *apud* Garcia (2009, p. 189):

O Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Na literatura, costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da Enfermagem.

O desenvolvimento do Processo de Enfermagem está embasado em alguns critérios que determinam as situações ocorrentes no ambulatório, bem como o significado de suas práticas, assim para que ocorra sua implementação são necessárias demanda de habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas. Estas condições devem permanecer juntas para que consigam a realização das tarefas propostas com êxito. Os elementos da prática profissional estão intimamente ligados ao Processo de Enfermagem (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005).

Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004), afirmam que os instrumentos da prática profissional da enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, orientação e autocuidado) promoveram, parcialmente, a criação dos sistemas de

classificação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da área, instrumentos tecnológicos a serem utilizados.

Alfaro-Léfreve (2002) discute o planejamento do perfil diagnóstico de enfermagem para grupos de riscos semelhantes. Deste modo, o Conselho Internacional de Enfermagem-CIE criou o CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A CIPE é uma organização de itens que possibilita o diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, o que facilita a disposição dos documentos de enfermagem para arquivação juntos aos prontuários nas unidades de saúde.

A pesquisa científica é um dispositivo que promove a divulgação dos estudos realizados a respeito das práticas de enfermagem, em relação ao atendimento ao paciente.

Quanto às intervenções executadas pelos profissionais de enfermagem, pode-se, com o auxílio da pesquisa científica, não somente procurar conhecer seu custo operacional, como responder algumas questões que se impõem: que intervenções funcionam melhor para o alcance de um determinado resultado, diante de um diagnóstico de enfermagem específico; que intervenções são usualmente executadas em conjunto e que intervenções são usualmente executadas em determinadas áreas ou especialidades. As respostas a essas questões facilitariam o processo de determinação dos custos das intervenções de enfermagem, pois limitam o número àquelas mais usuais ao se cuidar de determinados grupos de clientes ou em determinados ambientes de cuidado. Identificadas, pode-se calcular um valor para elas, tendo por base o nível de complexidade, profissional envolvido (enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem), tempo, quantidade e recursos/equipamentos requeridos em sua execução (SILVA, FONTES, NOBREGA, 2007 *apud* GARCIA; NÓBREGA, 2009, p. 189).

Ao analisar estas propostas, Silva *et al.* (1997) verificaram que as informações dispostas aos serviços de enfermagem, contribuía além da assistência no cenário ambulatorial, tinham um reflexo positivo nos serviços hospitalares. Diante desta constatação o Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE, decidiu orientar um projeto internacional voltado para a extra internação e os cuidados com o paciente após a alta hospitalar. Assim, a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn desenvolveu o projeto que originou a criação da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC.

O CIPESC foi construído por meio dos princípios do SUS e tinham como principais objetivos: 1) Promover uma estruturação para assistência da enfermagem através da classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva; 2) Averiguar as práticas de

enfermagem que eram desempenhadas nos setores públicos da saúde; 3) Elaborar uma normatização para o exercício das práticas de enfermagem nas unidades básicas de saúde, junto à sua equipe, assim como a troca de experiências e interlocução nos níveis nacional e internacional (SILVA *et al.*, 1997)

Além desta padronização da assistência da enfermagem por meio da CIPESC, esta também potencializa as práticas de enfermagem como um instrumento facilitador da promoção de saúde. E ainda, viabiliza a organização da assistência e da equipe, maximizando a avaliação dos resultados, os benefícios e os impactos da ação da enfermagem nos pilares de prevenção de doenças, promoção de saúde, reabilitação do paciente e reinserção na comunidade.

Cubas *et al.* (2006) reaproxima estas afirmativas da prática cotidiana da assistência da enfermagem, mensurando que a CIPESC é um elemento de bastante significado de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva, tanto do ponto de vista assistencial, quanto de gerência e de investigação. Reforçando sua autonomia, reconstituindo a identidade do profissional de enfermagem, consolidando as ações que dão ênfase e espaço para o protagonismo do usuário.

Alguns fatores contribuem negativamente para a implementação sistemática da assistência de enfermagem, impossibilitando que sua instituição seja efetiva na prática profissional. Estes fatores estariam sobrepostos à má qualidade dos cursos de enfermagem seus reflexos na formação profissional dos membros da equipe de enfermagem e à organização de seu processo de trabalho; outros fatores estariam ligados, às expectativas das instituições ou ambiente em que o cuidado profissional de enfermagem é realizado; outras, ainda, ao modo como os usuários ou os gestores da saúde entendem a Enfermagem e o papel de seus profissionais.

3.5 Discussão e análise dos artigos selecionados

A contribuição dos periódicos científicos é essencial para divulgação dos artigos e textos que enriquecem a literatura e facilita a promoção da ciência nos meios acadêmicos. Durante a análise dos artigos (Tabela 01), verificou-se que a Revista Eletrônica de Enfermagem e a Revista Brasileira de Enfermagem foram responsáveis pela

maioria das divulgações dos assuntos que concerne a esta temática durante o período analisado, totalizando 20,8% para cada periódico.

Outras revistas de renome contribuem de forma importante para a divulgação deste assunto, dentre elas estão os Arquivos de Ciências da Saúde (8,4%), Revista da Escola de Enfermagem da USP (8,4%) e Revista Eletrônica de Ciências Sociais (8,4%) e outras 8 (oito) fontes de exposição que juntas somam 33,6% dos artigos analisados.

TABELA 01 – Artigos selecionados para análise (ano de publicação, título, periódico, autor (es), titulação).

Nº do Art.	Ano de Publicação	Título/ Periódico	Autor (es)
01	2004	Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil/ Arquivos de Ciências da Saúde	<i>Luciano G. Lourenção</i> Mestrado <i>Zaida A.S.G. Soler</i> Doutorado
02	2004	Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso/ Arquivos de Ciências da Saúde	<i>Vivian B. Vieira et al.</i> Graduação
03	2004	Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva/ Revista Eletrônica de Enfermagem	<i>Maria Alves Barbosa et al.</i> Doutorado
04	2004	O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico/ Revista Eletrônica de Enfermagem,	<i>Claci Fátima Weirich</i> Mestrado <i>João Batista Tavares</i> Especialização <i>Klever Souza Silva</i> Especialização
06	2005	Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial/ Interface - Comunicação, Saúde e Educação	<i>Vânia Sampaio Alves</i> Graduação
07	2005	Trabalhador de enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional/ Revista Brasileira de Enfermagem	<i>Diana Cecagno</i> Mestrado <i>Susana Cecagno</i> Graduação <i>Hedi C. H. Siqueira</i> Doutorado

TABELA 01 – Artigos selecionados para análise (ano de publicação, título, periódico, autor (es), titulação). (Continuação).

08	2006	Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro/ Cadernos de Saúde Pública	<i>Célia Regina R. Gil</i> Doutorado
09	2006	Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde/ Revista Brasileira de Enfermagem	<i>Juliana Coelho Pina</i> Mestrado <i>Débora F. Mello</i> Doutorado <i>Simone R. Lunardelo</i> Mestrado
10	2006	Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas/ Revista Brasileira de Enfermagem	<i>Maria Enoia C. e Silva et al.</i> Doutorado
11	2007	Autonomia e necessidades de saúde Na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva/ Revista da Escola de Enfermagem USP	<i>Débora Gomes Barrosi</i> Doutorado <i>Anna Maria Chiesa</i> Mestrado
12	2007	Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco/ Revista Meio Ambiente e Saúde	<i>Denise Anjos B. Alvim</i> Especialização <i>Teresa R. P. Bassoto</i> Mestrado <i>Genáine M. Marques</i> Doutorado
13	2007	O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil/ Revista de Saúde Pública do Panamá	<i>Sarah Escorel et al.</i> Doutorado
14	2008	As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional/ Revista de Ciências Biológicas e da Saúde	<i>Suellen K. O. Giroti</i> Especialização <i>Elisabete F. P. A. Nunes</i> Doutorado <i>Mara Lúcia R. Ramos</i> Mestrado

TABELA 01 – Artigos selecionados para análise (ano de publicação, título, periódico, autor (es), titulação). (Continuação).

15	2009	A implementação da sistematização da assistência de Enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil/ Revista Texto Contexto de Enfermagem	<i>Nadia Cecilia Castilho</i> Graduação <i>Pamela C. Ribeiro</i> Graduação <i>Mara Quaglio Chirelli</i> Doutorado
16	2009	Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial/ Revista Brasileira de Enfermagem	<i>Glauce Dias da Costa et al.</i> Doutorado
17	2009	A estratégia saúde da Família dentro do Sistema Único de Saúde/ CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais	<i>Maria Fátima S. Araújo</i> Especialização <i>Gilvânia Dias de Lima</i> Especialização
18	2009	A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional/ CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais	<i>Maria de Fátima S. Araújo</i> Especialização <i>Fabíola M. C. Oliveira</i> Especialização
19	2009	Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento, conceitos e reflexões/ Revista Eletrônica de Enfermagem	<i>Ester de Oliveira</i> Mestrado <i>Ilidiana M. Andrade</i> Mestrado <i>Rodrigo S. Ribeiro</i> Doutorado
20	2009	Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários/ Revista Eletrônica de Enfermagem	<i>Márcia N. Ogatai</i> Doutorado <i>Maria Lúcia T. Machadoii</i> Doutorado <i>Erika A. Catoia</i> Graduação
21	2010	Ação de enfermagem na implementação da sistematização da assistência de enfermagem no atendimento ao cliente da atenção primária/ Revista de Enfermagem da USP	<i>Rafaela Barbosa Silva et al.</i> Graduação

TABELA 01 – Artigos selecionados para análise (ano de publicação, título, periódico, autor (es), titulação). (Conclusão).

22	2010	Aplicando a sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade saúde da família/ Revista Brasileira de Enfermagem	<i>Aline da Costa Viegas et al.</i> Graduação
23	2010	A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica à luz da clínica ampliada/ Revista Eletrônica de Enfermagem	<i>Cláudia C. F. Martins et al.</i> Graduação
24	2010	A sistematização da assistência de enfermagem na ótica de enfermeiros da estratégia saúde da família/ Revista Interdisciplinar NOVAFAPI	<i>Maria Enoia D. C. Silva et al.</i> Mestrado

FONTE: NARCISO; CAMARGO, 2011.

Os assuntos se convergem em direção à implantação do Programa Saúde da Família como Estratégia do Sistema Único de Saúde, bem como a sistematização da assistência da enfermagem aos cuidados do paciente na atenção básica de saúde. Cumpre-se dizer que as percepções de diversos pesquisadores permeiam as diversas faces da assistência da enfermagem na atenção primária.

Verificou-se que dos artigos analisados a maior produção científica sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Programa Saúde da Família foi no ano de 2009 e 2010, o que corresponde a 20,8% para cada ano. A menor produção científica se encontra com 4,2% no ano de 2008. Avaliando estes indicativos supõe-se que a construção científica dos últimos anos foi mais intensa devida à preocupação dos cuidados prestados, do modelo do sistema de saúde, e da compreensão pela recuperação da identidade do profissional de enfermagem frente à saúde pública.

Ao se observar a titulação dos autores que foram responsáveis pelos artigos publicados nos periódicos dos últimos anos, constata-se que houve uma distribuição homogênea em todas as propriedades, exceto para o título de Doutorado, o que correspondia à maioria dos orientadores das referidas pesquisas. Desta forma, 21,7%

correspondem aos Graduandos, 17,4% aos Especialistas, 23,9% aos Mestres e 37% aos Doutores.

A tabela 02 indica o assunto abordado por meio dos descritores utilizados e a metodologia para a realização da pesquisa.

TABELA 02 – Descrição metodológica dos artigos analisados e unitermos

Nº do Art.	Título/ Unitermos	Metodologia
01	Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil SUS. Saúde Coletiva. Enfermagem.	<i>Pesquisa exploratória descritiva</i>
02	Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso Assistência de enfermagem. Cuidado. Sistematização.	<i>Pesquisa descritiva qualitativa com relato de caso</i>
03	Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva Saúde Coletiva. Enfermagem. Enfermagem de Saúde Pública.	<i>Pesquisa descritivo-analítica qualitativa</i>
04	O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico Assistência à Família. Saúde da Família. Enfermagem e Família.	<i>Pesquisa descritiva com revisão de literatura</i>
05	Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência Política de saúde. Serviços de saúde. Programa saúde da família.	<i>Pesquisa descritivo-reflexiva com revisão de literatura</i>
06	Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial Princípio da integralidade. Programa Saúde da Família. Educação em saúde. Modelo assistencial.	<i>Pesquisa descritiva com revisão de literatura</i>
07	Trabalhador de enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional Capacitação em serviço. Administração hospitalar. Serviço hospitalar de enfermagem.	<i>Pesquisa qualitativa descritiva exploratória</i>

TABELA 02 – Descrição metodológica dos artigos analisados e unitermos (Continuação)

08	Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro Cuidados Primários de Saúde. Programa Saúde da Família. Política de Saúde.	<i>Pesquisa descritiva documental com revisão de literatura</i>
09	Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde Saúde da família. Enfermagem. Cuidado. Saúde pública.	<i>Pesquisa descritiva investigativa</i>
10	Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas Assistência da enfermagem. Cuidado. Feridas crônicas.	<i>Pesquisa qualitativa exploratória e de campo</i>
11	Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva Enfermagem em saúde pública. Atenção primária à saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Processos de enfermagem.	<i>Pesquisa descritiva com revisão de literatura</i>
12	Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco Enfermagem. Mulher. Pré-natal. Gestação. Sistematização.	<i>Pesquisa descritiva qualitativa com revisão de literatura</i>
13	O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil Acesso aos serviços de saúde. Cuidados Primários. SUS (BR).	<i>Pesquisa quantitativa com relato de caso</i>
14	As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional Práticas de enfermagem. Trabalho em equipe. Programa de saúde da família.	<i>Pesquisa qualitativa com relato de caso</i>
15	A implementação da sistematização da assistência de Enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil - Gerência. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Assistência hospitalar.	<i>Pesquisa descritiva qualitativa com revisão de literatura</i>

TABELA 02 – Descrição metodológica dos artigos analisados e unitermos (Conclusão)

16	Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial Sistema Único de Saúde. Assistência à Saúde. Programa Saúde da Família.	<i>Pesquisa descritiva com revisão de literatura</i>
17	A estratégia saúde da Família dentro do Sistema Único de Saúde Atuação. Compromisso. Competências.	<i>Pesquisa qualitativa com revisão de literatura</i>
18	A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional Enfermeiro. Saúde da família. Cuidado em saúde.	<i>Pesquisa qualitativa</i>
19	Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento, conceitos e reflexões Educação em saúde. Assistência da enfermagem. Sistematização. Cuidado.	<i>Pesquisa descritiva com revisão de literatura</i>
20	Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários Saúde da família. Atenção primária. Programa Saúde da Família.	<i>Pesquisa exploratório-investigativa quali-quantitativa</i>
21	Ação de enfermagem na implementação da sistematização da assistência de enfermagem no atendimento ao cliente da atenção primária Qualidade de Vida. Atenção Primária a Saúde. Assistência Humanizada.	<i>Pesquisa descritiva com revisão de literatura</i>
22	Aplicando a sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade saúde da família Assistência da Enfermagem. Programa Saúde da Família. Cuidado.	<i>Pesquisa descritiva com relato de caso</i>
23	A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica à luz da clínica ampliada Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.	<i>Pesquisa descritiva com revisão de literatura</i>
24	A sistematização da assistência de enfermagem na ótica de enfermeiros da estratégia saúde da família Cuidados de enfermagem. Saúde da família. Atenção à saúde.	<i>Pesquisa descritiva exploratória</i>

FONTE: NARCISO; CAMARGO, 2011.

A análise dos conteúdos dos artigos foi predominantemente descritiva qualitativa com revisão de literatura (58,4%) onde se buscou a compreensão das ideias centrais de cada artigo uma vez que a análise qualitativa não parte de unidades fixas pré-determinadas. Busca também a relação entre os dados empíricos obtidos e os teóricos disponíveis na literatura. Passou-se, pois, pelas etapas: determinação do que seria analisado; categorização; formulação de problemas e finalmente a leitura interpretativa dos resultados.

A análise dos conteúdos dos artigos possibilitou identificar a abordagem dada pelos autores quanto a sistematização da assistência de enfermagem frente a saúde pública. Ao se observar os unitermos utilizados pelos pesquisadores para a realização dos seus artigos encontram-se as seguintes descrições em ordem decrescente de aparição: cuidado, Programa Saúde da Família, enfermagem, assistência de enfermagem, SUS, saúde pública, sistematização, educação em saúde, políticas de saúde, dentre outros.

Vale salientar que o assunto abordado pelos diversos autores favorece a promoção do conhecimento da sistematização da assistência da enfermagem aos cuidados com os pacientes usuários das unidades básicas de saúde. Desta forma, seguem as principais discussões propostas pelos autores durante a análise de cada discurso.

Scorel (2007) *et al.* relatam sobre a criação do SUS no Brasil com seus princípios de integralidade, universalidade e igualdade, remontando a história da Saúde Pública. A implantação do Programa Saúde da Família é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira e propondo as funções assistencialistas da enfermagem.

Gil (2006) aborda os conceitos de atenção primária, atenção básica e saúde da família com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde. O estudo aborda a influência das racionalidades que são subjacentes às diversas estratégias de organização nos serviços de saúde.

Lourenção e Solier (2004) discutem a literatura referente à implantação do Programa Saúde da Família, bem como evidenciam a proposta de mudança do modelo assistencial vigente no país. O processo de implantação é lento em algumas regiões do país, sendo que as avaliações mais positivas no Norte, Nordeste e Sul do país, então e propõe a construção de novas estratégias que colaborem com o Programa Saúde da Família e com integralidade, igualdade e universalidade discutidos pelo SUS.

Costa *et al.* (2009) descrevem a constituição do Programa Saúde da Família como reformulação do modelo assistencialista à saúde no Brasil. Mudanças nas práticas de saúde, especialmente no que tange a produção de cuidados da enfermagem, e isto implica na sistematização dos serviços de saúde quanto ao acolhimento e a resolução dos estados do paciente.

Martins *et al.* (2010) mensuram, historicamente, a presença da enfermagem na organização da atenção à saúde, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial, para grupos de pessoas ou de maneira individual. A organização do processo de trabalho foi denominada posteriormente de metodologia da assistência de enfermagem. Remete-se, portanto, inevitavelmente às articulações interdisciplinares e entre os setores necessários na abordagem do processo saúde-doença da coletividade.

Rosa e Labate (2005) mencionam as potencialidades e contradições do Programa Saúde da Família no processo de mudança e evolução no modelo assistencial, atentando para a formação de profissionais para atuarem na nova proposta dos serviços de saúde.

Giroti, Nunes e Ramos (2008) mensuram sobre as práticas de enfermagem a nível ambulatorial. As atribuições da enfermagem, conquanto amplas, direcionam as práticas da enfermagem para o assistencialismo, administração e supervisão, propondo o trabalho em equipe, a divisão das tarefas, a organização de agendas, realizando o planejamento e definindo prioridades.

Ogata, Machado e Catoia (2009) discorrem que a representação social das Estratégias Saúde da Família funciona como uma prestadora de serviços que traduzem o acolhimento e a criação de vínculo entre os pacientes, as unidades e os profissionais, e assim, promover o desenvolvimento de ações interdisciplinares promotoras de saúde pela equipe.

Alves (2005) reflete sobre as práticas de enfermagem no que concerne a educação em saúde no contexto Programa Saúde da Família, assim como Oliveira, Andrade e Ribeiro (2009). Por meio do princípio da integralidade nessas práticas contribuindo para o debate sobre os alcances e limites da assistência através da atenção básica. As estratégias de Saúde da Família constroem e consolidam o Sistema Único de Saúde.

Silva *et al.* (2010) mensuram a preocupação em estabelecer uma normatização para os cuidados da enfermagem. Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil o

planejamento da assistência de enfermagem é uma imposição legal. A reorientação do modelo assistencial enfatiza as novas concepções de saúde e as fases da Sistematização de Assistência da Enfermagem como coleta de dados, diagnóstico, planejamento, intervenção e reavaliação.

Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009) mencionam a implantação da sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde. Percebe-se que o objetivo de implantar a sistematização é organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, (re) definindo as ações da enfermagem.

Cecagno, Cecagno e Siqueira (2005) investigam as estratégias que podem ser utilizadas pelas instituições de saúde, sob o viés da enfermagem, com o intuito de motivar/valorizar e promover a capacitação do profissional de enfermagem, assim verifica-se que o diálogo e a promoção do crescimento profissional são estratégias de extrema significância.

Pina, Mello e Lunardelo (2006) discorrem a prática da enfermagem na atenção básica à saúde, evidenciando potencialidades para a sistematização e para a organização de informações e de melhores intervenções na saúde. Vieira *et al* (2004) acrescenta e discorrem sobre a implantação das etapas do processo de enfermagem, isto é, a sistematização da assistência em enfermagem nos serviços de saúde. Acrescenta, ainda, que a sistematização da enfermagem é fundamental para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Barbosa *et al.* (2004) menciona o trabalho da enfermagem na saúde pública. Teve o intuito de identificar as percepções dos gerentes, usuários e gestores de saúde a cerca da contribuição do trabalho da enfermagem nas unidades de saúde. O profissional de enfermagem contribui de forma significativa na implantação e manutenção das políticas de saúde, devido seu intenso contato com a comunidade.

Barros e Quiesa (2007) abordam as contribuições assistenciais da enfermagem frente às mudanças na organização dose serviços de saúde da atenção primária. Mostra a necessidade do surgimento de práticas que possibilitam intervir sobre problemas de saúde e seus condicionantes. Compreende-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o processo de identificação de problemas, interpretação e reorganização de condutas no âmbito do exercício profissional.

Viegas *et al.* (2010) evidenciam que a Sistematização da Assistência da Enfermagem emerge como um instrumento facilitador que tem por finalidade organizar as

ações de enfermagem com o objetivo de solucionar problemas, satisfazendo as necessidades do paciente. Os autores mostram em seus estudos a ampliação do conhecimento da enfermagem relacionados à prática de assistência integral aos indivíduos necessitados de cuidados, e também, a qualificação da assistência prestada.

Silva *et al.* (2010) objetivaram descrever e discutir a percepção dos enfermeiros sobre sua aplicação na Estratégia Saúde da Família. Assim, notam-se as dificuldades para sua implementação relacionadas à escassez de recursos humanos, o aumento do volume de tarefas e a falta de um modelo assistencial e a desqualificação da categoria.

Araújo e Lima (2009) discutem a atuação, o compromisso e competência entre os envolvidos com Estratégia de Saúde da Família.

Araújo e Oliveira (2009) abordam a atuação e a satisfação profissional dos enfermeiros no Programa Saúde da Família em função da sistematização do cuidado ao paciente. Foi um estudo que investigou informações sobre a vocação e autonomia, as relações estabelecidas entre os membros da mesma equipe, bem como a percepção profissional no desempenho das práticas inseridas no programa no que se refere aos cuidados.

Alvim, Bassoto e Marques (2007) refletem a respeito da sistematização da Assistência de enfermagem aos cuidados à saúde da mulher. A utilização de protocolos elaborados para prestar esta assistência com o intuito de contribuir para o planejamento de ações com perspectivas de ampliar as condições de saúde das mulheres.

Cunha (2006) discute a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes portadores de feridas crônicas em tratamento ambulatorial.

Weirich, Tavares e Silva (2004) identificam a literatura publicada a respeito dos cuidados de enfermagem à família. Observam que existe uma carência de estudos nesta temática e, aqueles na sua maioria, enfatizando a sistematização e as propostas de ações da enfermagem.

4. Conclusão

Esse estudo consistiu em uma pesquisa descritiva qualitativa que por meio de revisão bibliográfica em bases de dados sobre a sistematização da assistência da enfermagem o qual foi possível alcançar todos os objetivos anteriormente descritos.

As medidas observadas nas publicações analisadas foram consistentes em relação às descrições apresentadas na revisão de literatura. Diante disso, evidenciou-se a sistematização da prática assistencialista como um potente instrumento para as estratégias de saúde pública. Através da sistematização da coleta de dados é possível traçar um diagnóstico, a intervenção e orientação, o acompanhamento e a avaliação dos resultados finais dentro dos programas de saúde coletiva.

Ressalta-se, sobretudo, que as fontes para pesquisa e aprimoramento do profissional durante a formação acadêmica ou no exercício da profissão são inúmeras e contribuem de forma significativa para a construção do conhecimento sobre esta temática. Cumpre-se dizer que grande parte destes estudos são descritivos qualitativos que buscam por meio de indagações e definições de termos e conceitos obter dados concretos para a constituição da literatura inerente a sistematização da assistência da enfermagem e da coleta de dados em saúde coletiva.

5. Referências Bibliográficas

ALCÂNTARA, L. M. *et al.* Enfermeria operativa: una nueva perspectiva para el cuidado em situaciones de crash. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 322-331, 2005.

ALFARO-LÉFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ALVES, E. A. O. *et al.* **Sistematização da assistência de enfermagem no perioperatório na cirurgia cardíaca.** Escola de Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce, 2010.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev.2005.

ALVIM, D. A. B.; BASSOTO, T. R. P.; MARQUES, G. M. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. **Revista de Meio Ambiente e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 258-272, 2007.

ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n.14, set. 2009, p. 03-14.

ARAÚJO, M. F. S.; LIMA, G. D. A estratégia saúde da família dentro do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, set. 2009, p. 30-40.

BARBOSA, M. A. *et al.* Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p.09-15, 2004.

BARBOSA, R. *et al.* **Ação de enfermagem na implementação da sistematização da assistência de enfermagem no atendimento ao cliente da atenção primária.** Escola de Enfermagem da Faculdade ASCES. 2010

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 41, p. 793-798, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No. 154/2008. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001–2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da reunião técnica dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família**, Brasil. Brasília, 2000. 84p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, n. 15, p. 139-147, 1999.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C., CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 280-289, 2009.

CECAGNO, D.; CECAGNO, S.; SIQUEIRA, H. C. H. Trabalhador de enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 22-26, 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (org.). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro, 2004, p. 259-278

COREN-MG. **Legislação e Normas**. Ano 10 N°1; 2000.

CERVATO, A. M. *et al.* Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em universidade aberta para a terceira idade. **Revista de Nutrição**, n. 18, p. 41-52, 2005.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

CUBAS, M. R. *et al.* Avaliação da implantação do CIPESCÒ em Curitiba. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 2, p. 269-73, 2006.

CUNHA, N. A. *et al.* **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. União de Escolas Superiores da Funeso – UNESF Centro de Ciências da Saúde – CCS, 2006.

FIGUEIREDO, R. M. *et al.* Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.40, n.2: p.299-303, 2006.

FRANCO, T.B. *et al.* **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: HUCITEC, 2004

GALEAZZI, M. A. M.(org). **Segurança alimentar e cidadania: as contribuições das universidades paulistas**. Campinas: Mercado das Letras, 1996.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2004, v. 2, p. 37-63.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 3, n. 2, 2004.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun, 2006.

GIROTTI, S. K. O.; NUNES, E. F. P. A.; RAMOS, M. L. R. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Seminários de Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **International Classification for Nursing Practice** – ICNP® Version 1. Geneva; 2005.

LOURENÇÃO, L. G.; SOLER, Z. A. S. G. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. **Arquivo de Ciências da Saúde**, v. 11, n. 3, p. 158-162, jul./set. 2004.

MARTINS, C. C. F. *et al.* **A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica à luz da clínica ampliada**. Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 2010.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, abr./jun. 2005.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 820-829, 2009.

OLIVEIRA, E.; ANDRANDE, I. M.; RIBEIRO, R. S. **Sistematização nos serviços de enfermagem**. Monografia (Especialização. Universidade Católica de Goiás. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Saúde Pública, 2009.

OLIVEIRA, M. L.; PAULA, T. R.; FREITAS, J. B. Evolução história da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v.6, n. 1, p. 127, 136, 2007.

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LUNARDELO, S. R. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n. 3, 270-273, maio-jun. 2006.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p.1027-1034, 2005.

SANTOS, S. M. R.*et al.* A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v.17, n.1, jan./mar. 2008.

SANTOS, M. A. M; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa de saúde da família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.32, n.4, 2003.

SILVA, M. E. D. C. A sistematização da assistência de enfermagem na ótica de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.3, n.3, p.11-16, jul./ago./set, 2010.

SILVA, I. A. *et al.* A participação do Brasil no projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. In: FONSECA, R. M. G. S.; BERTOLOZZI, M. R.; SILVA, I. A. **O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva**. Brasília: ABEn; 1997. p. 65-81.

SILVA, E. R.; FONTES, W. D.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidade de internação em clínica médica e clínica cirúrgica. **Temas em Saúde**, v. 7, n. 1, p. 11-167, 2007.

SOCIEDADE Brasileira de Endocrinologia. **Projeto escola saudável**. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/com_noticias.htm#18>. Acesso em 21 mar. 2009.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, n. 15, p. 127-138, 2002.

VIANA, A.; CASTRO, M. H. G. **Brasil**: a reforma do sistema de saúde. Santiago do Chile: Cepal. 1993. 83p.

VIEGAS, A. C. *et al.* **Aplicando a sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade saúde da família**. Universidade Federal de Pelotas, 2010.

VIEIRA, V. B. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. **Arquivo de Ciências de Saúde**, v. 11, n. 2, 2004.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 172-180, 2004.