



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

CARLA MONIQUE LAVAREDA COSTA

PERCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO AMAZÔNICO/RIBEIRINHO SOBRE A
AVALIAÇÃO FAMILIAR DOMICILIAR

BELÉM-PA

2016

CARLA MONIQUE LAVAREDA COSTA

PERCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO AMAZÔNICO/RIBEIRINHO SOBRE A
AVALIAÇÃO FAMILIAR DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Pará como requisito parcial
para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Jacira Nunes Carvalho.

BELÉM-PA
2016

CARLA MONIQUE LAVAREDA COSTA

PERCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO AMAZÔNICO/RIBEIRINHO SOBRE A
AVALIAÇÃO FAMILIAR DOMICILIAR

Data da Aprovação: ____/____/____

Banca examinadora:

____ Orientadora.
Profª. Drª. Jacira Nunes Carvalho

____ 1º Membro.
Profª Drª Lúcia HisakoTakase Gonçalves

____ 2º Membro.
Profª Drª Sandra Helena Isse Polaro

Às famílias moradoras da Ilha do Combú-PA, não só pelo carisma e inigualável receptividade na contribuição com o trabalho, mas também pelo exemplo de amor e dedicação existente entre si.

AGRADECIMENTOS

Nesta longa trajetória, recheada de descobertas e desafios, o esforço, a determinação, a perseverança, a ousadia e a maleabilidade foram essenciais para a concretização deste sonho. Minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para este sucesso.

Sou grata primeiramente a Deus, por sempre estar comigo em todos os momentos, sendo o meu melhor amigo em momentos de decisões.

À minha família, que sempre acreditou em mim e na minha capacidade estudantil, ininterruptamente me apoiando em todos os aspectos, me motivando a continuar a caminhada e festejando comigo as vitórias alcançadas durante este percurso.

Em especial aos meus pais, Zeneida e André, por me amarem e me apoiarem.

À minha querida “titia” Silvana e aos meus irmãos Paulo, Cássia, Vitor, Lucas e Mateus. E ao meu primo Francisco Guilherme Jr, pelo companheirismo.

Aos meus tios maternos João Paulo “*in memorian*”, José Luis, Francisco Paulo, Eduardo, Davi, Isaías, Antônio Fernando e ao meu tio paterno Francisco Guilherme “*in memorian*” o meu muito obrigada por terem me ajudado e torcido por mim!

Aos meus avós maternos Palmira “*in memorian*” e João “*in memorian*” e avós paternos, Amadeu e Ester pelo carinho e amor.

Ao meu noivo, Wilson, que desde os tempos de escola acreditou em mim e no meu potencial, não medindo esforços para me acompanhar nas atividades do dia a dia, sempre proferindo palavras de ânimo, de amor e de perseverança. Amo você!

Aos professores, que colaboraram dividindo seus conhecimentos, em especial à professora Dra. Jacira, que me acompanhou por dois anos no Programa PIBIC/CNPq-AF e PIBIC/FAPESPA, de Iniciação Científica, o qual foi o ponto de partida deste estudo.

À minha companheira de “missões” Thais, por ter se tornando minha grande amiga na busca pelo conhecimento, em especial em águas amazônicas!

Aos moradores da Ilha do Combú-PA, por serem tão gentis, meigos, por terem me recebido com carinho e por boa vontade terem participado desta pesquisa.

Carla Lavareda

“Dediquem-se uns aos outros com amor fraterno” (Bíblia Sagrada,
Romanos 12: 10a).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção das famílias acerca da avaliação familiar de saúde. Pesquisa descritiva de caráter qualitativo, a coleta de dados ocorreu na comunidade residente às margens do igarapé de Piriquitaquara, situado na Ilha do Combú, pertencente ao arquipélago do Combú-PA, na região Amazônica. Participaram do estudo 30 unidades familiares devidamente cadastradas na Estratégia Saúde da Família local e que apresentem membros com algum problema de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas gravadas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no período de agosto a dezembro de 2015. Para os resultados, uma dimensão foi investigada: “Percepções das famílias acerca da avaliação familiar feita pelo enfermeiro”. No processo de análise, emergiram as quatro categorias que seguem: Olhando a visita domiciliar como valorização pessoal e da família; Valorizando a presença do profissional da saúde por precisar de atendimento e não se sentir abandonado; Questionando o acesso ao serviço pela dificuldade de transporte e precariedade do serviço; Visualizando a universidade, o processo ensino-aprendizagem na presença do profissional que orienta. Diante disso, evidenciou-se a importância da Universidade junto a Estratégia Saúde da Família em contexto de ilhas, com atenção para as peculiaridades e características próprias dos moradores autodenominados de ribeirinhos. Logo, os sentimentos e necessidades relatados determinam a relevância da avaliação familiar realizada pelo enfermeiro nesse modelo de atenção que propõe a melhoria da saúde e que já vem demonstrando avanços nos cuidados em saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem familiar; Atenção Primária à Saúde; família.

ABSTRACT

This study aimed to know the perception of the families about family health assessment. descriptive qualitative, data collection occurred in the resident community on the banks of the stream of Piriquitaquara, located on the island of Combu belonging to the archipelago Combu-PA, in the Amazon region. The study included 30 family units duly registered in the Health Strategy of the local Family and presenting members with a health problem. Data were collected through semi-structured interviews recorded after signing the Informed Consent and from August to December 2015. For the results, a dimension was investigated: "Perceptions of families about family assessment by nurse ".In the analysis process, emerged the four categories below: Looking at the home visit as personal development and family; Valuing the health professional presence in need of care and not feel abandoned; Questioning access the service by transport difficulties and precariousness of service; Viewing the university, the teaching-learning process in the presence of professional orienta. Diante addition, It highlighted the importance of the University with the Family Health Strategy in the context of islands, with attention to the peculiarities and characteristics of self-appointed residents of riverine. Thus, the reported feelings and needs determine the relevance of family assessment performed by nurses that care model that proposes to improve health and is already demonstrating advances in health care.

Keywords: Family nursing; Primary Health Care; family.

LISTA DE SIGLAS

APA- Área de Proteção Ambiental.

ESF- Estratégia Saúde da Família.

MCAF- Modelo Calgary de Avaliação da Família.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PSF- Programa Saúde da Família.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I: Características sócio demográficas predominante.

Gráfico II: Frequência de procura pelo serviço de saúde.

Gráfico III: Sinal indicador de procura pelo serviço de saúde.

Gráfico IV: Tratamento de doenças.

Gráfico V: Lazer na família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Problema de pesquisa.....	15
1.2 Questão norteadora.....	15
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específico	16
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
3.1 O ser ribeirinho	17
3.2 As práticas de cuidados de enfermagem às famílias	18
3.3 Avaliação familiar segundo o Modelo Calgary de Avaliação de Família.....	19
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de pesquisa	22
4.2 Local de estudo	22
4.3 Sujeitos da pesquisa	23
4.3.1 Critérios de inclusão.....	23
4.3.2 Critérios de exclusão	23
4.4 Técnicas de coleta de dados	23
4.5 Técnicas de análise dos dados	23
4.6 Questões éticas e legais.....	24
5 RESULTADOS.....	25
5.1 Características sócio-demográficas.....	25
5.2 Informações da condição de vida e saúde	26
5.3 Percepções das famílias acerca da avaliação familiar domiciliar	28
5.3.1 Olhando a visita domiciliar como valorização pessoal e da família.....	28
5.3.2 Valorizando a presença do profissional da saúde por precisar de atendimento e não se sentir abandonado	29
5.3.3 Questionando o acesso ao serviço pela dificuldade de transporte e precariedade do serviço	29
5.3.4 Visualizando a universidade o processo ensino-aprendizagem na presença do profissional que orienta	30
6 DISCUSSÕES.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
5 REFERÊNCIAS	36
9 BIBLIOGRAFIA.....	39
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	40
APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS Nº 01.....	41

APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS Nº 02.....	42
APÊNDICE D – QUADRO ANALÍTICO	43
ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	49

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem tem compromisso social de incluir as famílias nos cuidados de saúde (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994), família refere-se a qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum. Szymanski (2004) reforça essa ideia ao afirmar que a família é um lugar de acolhimento e de cuidados mútuos que, por meio de suas práticas, oferece condições para o desenvolvimento humano em sua função socializadora.

Com efeito, se as relações entre os membros da família influenciam os comportamentos, crenças e sentimentos de cada um e estes, por sua vez, influenciam as relações que se estabelece no sistema familiar, a comunicação constitui-se como um meio de regulação da relação e interação (FIGUEIREDO, 2012).

Assim, ainda em Figueiredo (2012), a família constitui-se numa estrutura onde as crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos são transmitidos assegurando a continuidade da cultura, em um cenário que apresenta significados e significantes de rituais e mitos sociais, construindo a sua relação particular de afetos e inte-relações entre os seus membros.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), também concebido como Estratégia Saúde da Família (ESF), é considerado um modelo de atenção primária de saúde, universalizando e é a porta de entrada do cidadão no SUS (COUTO; MARIN, 2009). Este programa proporciona visitas às casas dos brasileiros, onde os profissionais de saúde desenvolvem trabalhos assistenciais e educativos na comunidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa um trabalho na lógica da Promoção da Saúde almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família ao domicílio e à comunidade (MIRANDA et. al., 2009). Dessa forma, este mesmo autor concorda que é necessário que os profissionais da ESF tenham um perfil que vá ao encontro dos princípios e objetivos do SUS, que sejam profissionais críticos, capazes, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade.

Silva et. al; (2007), na perspectiva do sistema familiar designa família, formada por seus membros, em sua convivência com demanda de papéis, funções e influência mútua que exercem uns membros sobre os outros. Assim, os sistemas familiares deixam de ser imaginados como estruturas mecânicas e passam a ser compreendidos como sistemas intersubjetivos compostos por sujeitos ativos que se (re) criam em si mesmos, mutuamente, e

no meio ambiente, em uma permanente interação comunicativa construindo significados e sentidos.

Segundo Teixeira e colaboradores (2010, p. 30) há muitas formas de descrever ou classificar uma família, porém é consenso entre os estudiosos que nenhuma delas consegue alcançar a família em sua concretude, fala-se de suas origens étnicas e raciais, inserção cultural e social, funcionamento e dinâmica, e do seu ciclo vital.

Sendo nessas fases da vida que o sujeito experimenta o processo de doença. E é nesta perspectiva que se vê a participação do profissional enfermeiro, que inserido no contexto, tem o seu contato/vínculo com o grupo familiar em todas as suas dimensões.

Na ESF, o acolhimento encontra pontos favoráveis para sua consolidação, como: o vínculo do usuário com os profissionais, o conhecimento da realidade local pelos membros da equipe e a desburocratização do acesso aos serviços (CUNHA et. al., 2009). Para isso, é necessário seguir um modelo de avaliação, já que tem havido muitas tentativas em definir e contextualizar a família a partir de perspectivas múltiplas pelas numerosas disciplinas, como informa Wright e Leahey (2003).

O contexto geográfico de Belém adquire importância por apresentar área insular de grande dimensão, com preservação de ecossistemas, e inserida em ambiente de água doce. E as áreas de várzeas, por se apresentarem como ecossistema de formação recente e em ampla distribuição ao redor da cidade adquirem importância para a condição ambiental da cidade de Belém, visando à elaboração e orientação para atividades de preservação destes locais (BRAZÃO SILVA, 2010).

O presente estudo tem como objeto as percepções das famílias sobre a avaliação de enfermagem às famílias ribeirinhas, residentes da Ilha do Combú, Belém/PA. A temática diz respeito ao cuidado da família ribeirinha, uma prática permeada pelos valores culturais, crenças, costumes e condutas. Dessa forma, a influência dos “mais velhos” na transmissão de experiências acumuladas sobre o repertório cuidativo é importante para conhecer as práticas de cuidados locais (TEIXEIRA, 1999).

As pesquisas apontam para a necessidade de problematização das dificuldades identificadas e a articulação intersetorial com os diversos segmentos sociais e de saúde para promover o cuidado e despertar nas famílias suas capacidades resilientes no enfrentamento de suas vicissitudes e crises (SILVA, 2010).

Segundo Holffmann e Oliveira (2009), as condições socioeconômicas e a distância geográfica da comunidade favorecem a articulação entre o saber popular e a oferta de serviço. A saúde no contexto familiar não está apenas relacionada com recursos materiais, mas com

todos os aspectos que estão ao seu redor, incluindo comunidade, serviços de saúde e profissionais.

A Ilha do Combú, apesar de sua localização perto de Belém, apresenta diferenças nos comportamentos relacionados à saúde e a doença, enraizadas no modo de ser ribeirinho. Isso se confirma de acordo com Helman (2003), quando afirma que os fatores culturais podem causar ou contribuir para o surgimento de problemas de saúde, assim como podem proteger desses problemas.

Assim, as condições de saúde estão intimamente relacionadas com o meio em que a pessoa está inserida. Os estudos que focalizam a família compreendem uma estratégia fundamental na percepção das complexidades nas inter-relações que pulsam no ambiente familiar. A melhoria da saúde familiar está vinculada aos cuidados, permeados por uma série de influências culturais do grupo em que está inserida, sendo assim, o meio em que vivem exerce uma forte influência no seu bem-estar.

A proposta apresentada é uma relevante iniciativa, tendo-se em vista a enfermagem em relação ao cuidado com membros doentes pertencentes às populações tradicionais. Daí a importância de se investir na pesquisa qualitativa voltada para a unidade familiar, para que por meio do conhecimento alcançado e das compreensões tecidas seja possível construir pontes facilitadoras do cuidado em sua multidimensionalidade.

1.1 Problema de pesquisa

A não-problematização das dificuldades identificadas com articulação nos segmentos de saúde converge para a não promoção do cuidado e o não-despertamento nas famílias acerca de suas capacidades resilientes no enfrentamento de suas crises no contexto ribeirinho na atualidade.

1.2 Questão norteadora

Dessa forma, surgiu o seguinte questionamento: Qual a percepção das famílias amazônico-ribeirinhas acerca da avaliação familiar de saúde realizada nos seus domicílios?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer a percepção das famílias acerca da avaliação familiar de saúde.

2.2 Específico

Identificar a percepção das famílias ribeirinhas acerca da avaliação familiar conduzida pelo enfermeiro no processo de avaliação e cuidado da saúde da unidade familiar.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O ser ribeirinho

De acordo com Rodrigues (2006) o termo ribeirinho designa a população que vive às margens dos rios, uma referência geográfica que se torna categoria política quando o morador se define como tal, assumindo uma posição no mundo natural. Apesar da proximidade entre Belém e a ilha, o que define os moradores do Combú serem chamados de ribeirinhos é o fato de se autodenominarem assim.

A apropriação da terra representa a manutenção da história familiar, já que os terrenos, geralmente, são distribuídos entre a própria família que já possui a posse deles há muitos anos, dessa forma a cada novo núcleo familiar formado uma nova casa é construída nos arredores (MOURA; SILVA, 2010). Para Teixeira (1999) os benefícios de morar na ilha são a tranquilidade, o sossego, o clima, a não-violência, as vantagens da natureza e a proximidade de Belém.

As comunidades tradicionais, como a comunidade ribeirinha do Combú, desenvolvem uma relação de apropriação com a natureza, no que se refere à conservação do solo, água, fauna e flora (MOURA; SILVA, 2010). Nesse sentido o uso dos recursos vegetais, como o açaí, possui relevância histórica para a sobrevivência na ilha, e ainda hoje oferece uma das principais condições de trabalho e sustento. Além disso, se desenvolve as atividades subsistência e comercialização do cacau, pupunha, cupuaçu, entre outras frutas; criação de pequenos animais, como pato, galinhas, pesca de peixe e camarão (DERGAN, 2006).

A alimentação da população é variada, com predomínio do suco do açaí e farinha de mandioca. Existe pouca adesão ao consumo de legumes e verduras, que são pouco disponíveis na ilha. Apesar da grande variedade das frutas regionais, há preferência pelo açaí, o componente principal das refeições, tanto no almoço como no jantar, sendo consumido com farinha, com açúcar ou sem açúcar (TEIXEIRA, 1999).

Na APA (Área de Proteção Ambiental) da Ilha do Combú, produtos como açaí, com maior predominância, cacau, andiroba, pupunha, cupuaçu, tucumã, cacau, ingá e outros como peneiros abanos, são escoados para a cidade de Belém, onde são comercializados no Porto da Palha (RIBEIRO, 2010). Este mesmo autor ressalta que sua base de organização social constituída na maioria por organizações familiares que aparentemente vêm construindo sua subsistência ao longo dos anos, abastecendo-se em Belém de produtos industrializados, como roupas, alimentos, ferramentas e serviços de assistência de saúde, correio, escola e serviços bancários, destacando-se que produtos como farinha entram na ilha ou por Belém ou pelo município do Acará.

Cada sociedade tem o seu modo ver o processo saúde-doença. E na formação desses conceitos temos a soma dos saberes adquiridos ao longo das gerações e a incorporação de novos conhecimentos, reorganizando os seus acervos do cuidar cotidiano em saúde.

Cabe acrescentar que entre os vários recursos que constituem o cuidado à saúde, a crença em Deus está presente (HOFFMANN; OLIVEIRA, 2009). O papel das igrejas evangélicas e católica é marcante na ilha do Combú, sendo que entre os moradores das margens do Rio Guamá predomina a presença da igreja evangélica inicialmente representada pelos adventistas que tem importante participação no cuidar da saúde. (RODRIGUES, 2006).

Os igarapés, rios e matas não são espaços intocados, possuem um longo passado de ocupação, por gente que ali viveu, usou suas águas e matas, deu significado a elas, trabalhou, criou seus filhos, enfim, criou história (DERGAN, 2006).

3.2 As práticas de cuidados de enfermagem às famílias

Diante dos múltiplos condicionantes de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem evidenciado a importância de se implementar metodologias de trabalho que promovam a adoção de um novo paradigma de cuidar, direcionado para família.

A Estratégia Saúde da Família vem se configurando como o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, carregando enorme potencial para estruturar, de forma consistente, a Atenção Primária à Saúde em nosso país (ALEIXO, 2002). A Ilha do Combú por ser a principal ilha do arquipélago tornou-se a sede da Unidade de Saúde da família que atualmente tem em seu cadastro 540 famílias sendo estas pertencentes as quatro ilhas já citadas. Atualmente a equipe desenvolve suas atividades somente no horário da manhã.

Os cuidados de enfermagem em domicílio envolvem ações voltadas para a manutenção, melhora ou recuperação da saúde, potenciando o máximo possível de bem-estar físico e psíquico e independência nas atividades de vida diária. Segundo Rice(2004 e Pereira e Costa, 2007. *Apud* CARVALHAIS; SOUZA, 2013), para a potencialização a qualidade, eficácia e manutenção do cuidado domiciliar é necessário o envolvimento do cliente e sua família (e outros elementos in/formais da comunidade), numa base de colaboração e confiança.

Vale salientar que o assistir a família tem como foco os quatro pressupostos básicos do Cuidado Centrado na Família (CCF), quais sejam: a) dignidade e respeito; b) informação compartilhada; c) participação; e d) colaboração. Assim, a abordagem tem possibilitado à aproximação com a família, bem como a criação de laços afetivos, confiança e empatia,

propiciando maior conhecimento sobre a vida do grupo familiar e, conseqüentemente, uma melhor avaliação de suas necessidades (MARCON, et. al., 2016).

A cronicidade da doença determina situações de vulnerabilidade, as quais são permeadas pela incerteza e pela (des) harmonização da base estrutural, funcional e pessoal dos membros familiares, modificando suas vidas e podendo gerar conflitos (ARRUDA, et. al., 2016). Nesse ínterim, a constante transformação multidimensional do mundo e da vida em coletividade tem exigido da universidade, personificada nas pessoas que fazem a graduação e a pós-graduação, uma transformação minimamente à altura, acreditando que é por meio do cenário familiar e social que os atores da universidade podem entender consistentemente as necessidades de saúde iminentes à realidade dos indivíduos (VASCONCELOS; CRUZ, 2011).

Assim, a reflexão sobre essa prática assistencial é de grande valia para que profissionais da Enfermagem, envolvidos no cuidado em qualquer situação de atendimento aos usuários nos serviços de saúde, os considere e os reconheçam partes de uma unidade integradora essencial, a família, como fonte de desenvolvimento humano e espaço possível de promoção do bem-estar das pessoas (GONÇALVES, et. al., 2016).

3.3 Avaliação familiar segundo o Modelo Calgary de Avaliação de Família

Segundo Figueiredo (2012), o Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar, que assume o pensamento sistêmico como referencial epistemológico na realidade multiversa das famílias, reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização específica, partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto clientes em unidade de intervenção são regidos por uma abordagem sistêmica, com ênfase no estilo colaborativo. Em definição, sistema é um complexo de elementos em interação dinâmica, que surgiu no séc. XX a partir dos trabalhos de Ludwig Von Bertalanffy.

Sendo a família um sistema aberto, com interação intra e extrafamiliar, os vários fatores: culturais, sociais, políticos, econômicos e outros, a torna uma unidade complexa, de modo que é impossível reduzi-la a uma decomposição de elementos mais simples, como busca as abordagens tradicionais (SANTANA et. al., 2010). A ampliação desta compreensão segue enlaçada na formação de profissional com um olhar na pesquisa-cuidado multirreferenciado.

Os sistemas são definidos de forma arbitrária por seus limites, os quais ajudam a especificar o que está dentro ou fora deles. Normalmente, estão associados aos sistemas de

vida de natureza física, como o número de pessoas em uma família ou a cor da pele de um indivíduo, sendo possível construir um limite e, portanto, criar um sistema ao redor de ideias, crenças, expectativas ou papéis, como o de filha, esposa, irmã, enfermeira e mãe (WRIGHT; LEAHEY, 2003). Segundo estas autoras, um fato significativo ou a modificação de um dos membros da família afeta a todos em graus variados, sendo a família capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade.

Cada indivíduo pode ser percebido como um subsistema, tal como as díades conjugais ou outros subgrupos familiares, formados por uma geração (irmãos), pelo sexo, ou pelas tarefas que desempenham no sistema familiar, como o subsistema parental. Desta forma, um sistema constitui-se como subsistema relativamente ao nível hierárquico superior ou como suprassistema (incluem a família alargada e os sistemas amplos de rede social da família) em relação ao nível hierárquico inferior (FIGUEIREDO, 2012).

Figueiredo (2012) destaca ainda que o sistema familiar sendo parte de supra- sistema mais amplo é constituído por subsistemas autônomos, funcionando quer como parte de sistemas mais extensos, quer como totalidade, relativamente aos seus subsistemas.

Seja qual for o nível da prática de enfermagem de família, pela complexidade intrínseca à unidade familiar, Figueiredo (2012) afirma que a avaliação de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções. O modelo eleito para este estudo foi o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), o qual apresenta uma estrutura multidimensional que consiste de três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (WRIGHT; LEAHEY, 2012). É considerado um instrumento que pode melhor compreender a família, a sua constituição, relações, vínculos, subjetividades, condições de vida, culturais, entre outros.

Baseia-se em um fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudança. Wright e Leahey (2003) indicam este modelo, que tem recebido reconhecimento mundial, pela importância de se identificar algumas diretrizes para determinar quais as famílias a serem automaticamente consideradas para avaliação, apesar de não ser ainda uma prática comum em nossa sociedade fazer com que famílias se apresentem para a assistência como unidade familiar. Daí a seriedade de ser evidenciado um julgamento, caso seja abordado um problema específico em um contexto familiar. Como instrumento representativo desta estrutura utiliza-se o Genograma, a representação gráfica da família onde pode ser visualizada a dinâmica familiar e das relações entre seus membros, através de símbolos e códigos padronizados (TEIXEIRA et. al., 2010). Figueiredo (2012) explica que o Genograma é um

instrumento utilizado na colheita de dados familiares, possibilitando uma percepção da estrutura familiar e dos seus problemas e que a representação dos dados colhidos para a construção do Genograma, tem uma simbologia específica, que lhe confere clareza e funcionalidade, enquanto instrumento de avaliação familiar.

Apesar da vantagem deste instrumento de avaliação, Figueiredo (2012) esclarece que, a aplicação desse instrumento não tem valor diagnóstico e deve ser integrado numa avaliação aprofundada das diversas áreas da vida familiar, possibilitando a formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela família.

Ainda segundo Teixeira, et. al., (2010), apesar de ser similar à árvore genealógica, o Genograma vai além de representação visual da origem de indivíduos por possibilitar a coleta de informações qualitativas sobre a dimensão familiar, como o processo de comunicação, relações estabelecidas e ‘equilíbrio/desequilíbrio’ da família.

A normalização da percepção das famílias sobre si própria facilita as interpretações alternativas das experiências familiares, interligando o passado, presente e futuro, permitindo a formulação de hipóteses clínicas dentro do contexto e da história familiar (FIGUEIREDO, 2012). A representação dos dados colhidos para a construção do Genograma tem uma simbologia específica, que lhe confere clareza e funcionalidade, enquanto instrumento de avaliação familiar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Optou-se pela realização de uma pesquisa descritiva, exploratória de caráter qualitativo. Para Silva (2010), converge com a proposta de ‘compreender’ a família e suas nuances. E estas investigações versam no respeito aos modos de vida, cultura, historicidade e afetividade tecidas na família, o que demanda do pesquisador um conhecimento de ciências humanas e sociais num enfoque sempre interdisciplinar. Desta forma, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2007).

4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no igarapé de Piriquitaquara, na Ilha do Combú, situada no arquipélago do Combú, em Belém-Pará-Brasil. Segundo Rodrigues (2006), a comunidade de Piriquitaquara têm 27 residências, o prédio da escola e 1 centro comunitário, sendo bastante comum em uma residência conviver mais de uma família. As casas se constituem tipicamente de ribeirinhos por causa de características de construções de madeira com cobertura de telhas de barro ou amianto. E os moradores se mostrarem muito receptivos. A rede social na Ilha do Combú, hoje APA da Ilha do Combú, vai se consolidando a partir da ocupação desse território como uma necessidade de organização interna de cada comunidade em busca de afirmação e em busca de melhorias para as suas demandas localizadas (RIBEIRO, 2010).

Fotografia 01: Detalhe da Unidade Pedagógica Santo Antônio, no igarapé de Piriquitaquara na Ilha do Combú-PA.



Fonte: acervo pessoal da autora; Fotografia: Carla Monique Lavareda Costa – Março/2015.

Belém é formada por 39 ilhas, 16 delas formam o complexo da Ilha Sul do rio Guamá, inserida nele está a Ilha do Combú (PARÁ, 2006). Está situada à margem esquerda do rio Guamá, tendo à sua frente (do outro lado do rio) o Campus da Universidade Federal do Pará

(UFPA), sendo seu acesso de barco com duração média de 15 minutos. Sua população pode ser denominada como parte integrante da chamada comunidade ribeirinha (BELÉM, 2007).

Entre estas ilhas, escolhemos COMBÚ para desenvolver este trabalho. Combú é um arquipélago constituído por quatro ilhas, a saber, papagaio, Murucutu, ilha grande e a ilha de Combú, sendo que esta fica a 1.5 km ao sul da cidade de Belém e seu acesso se faz por meio de barcos motorizados que leva aproximadamente de 20 a 30 minutos, até o desembarque; rios, furos e igarapés são as vias de acesso – as ruas e as estradas locais. Apresenta uma área de 15 Km², de várzea, com composição florística variada, árvores de grande porte e sub-bosque, matas primárias e secundárias e solos razoavelmente férteis, onde há a predominância do açaizeiro(ACEVEDO; CASTRO, 1999).

4.3 Sujeitos da pesquisa

A investigação contou com a participação de 30 unidades familiares, moradoras de comunidades cujas características são de populações desfavorecidas, residentes às margens do igarapé de Piriquitaquara, na Ilha do Combú-PA.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa famílias que estavam cadastradas na unidade de saúde da família da Ilha do Combú-PA; que participaram da avaliação familiar do projeto pioneiro; e que apresentem membros com algum problema de saúde.

4.3.2 Critérios de exclusão

Famílias que morem em local de difícil acesso; e que não tenham participado do estudo pioneiro.

4.4 Técnicas de coleta de dados

Utilizaram-se dois instrumentos de coleta de dados, o primeiro relativo aos dados sócios demográficos da família (APÊNDICE B); e o segundo as percepções da família acerca da avaliação de enfermagem no domicílio (APÊNDICE C).

4.5 Técnicas de análise dos dados

Os dados foram analisados de forma descritiva, por meio de técnicas interpretativas que decodificaram o que foi expresso pelo sujeito do estudo.

Para Minayo (2007, p. 316), a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo inicia pela leitura das falas, realizada por meio das transcrições de entrevistas, depoimentos e documentos. Geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processos de produção de mensagem. Esse conjunto analítico visa dar consistência interna as operações (MINAYO, 2007).

Os depoimentos foram interpretados após diversas leituras e destas foram apreendidas unidades de contexto, de onde foram retiradas as unidades de registro. A confluência das unidades de registro deu origem aos núcleos de significado e estes às categorias, conforme ilustrado no apêndice D.

Uma dimensão será investigada: “Percepções das famílias residentes em contexto de ilhas na Amazônia acerca da avaliação familiar domiciliar” que deu origem a quatro categorias: *“Valorizando a presença do profissional da saúde por precisar de atendimento e não se sentir abandonado”*; *“Olhando a visita domiciliar como valorização pessoal e da família”*; *“Questionando o acesso ao serviço pela dificuldade de transporte e precariedade do serviço”*; *“Visualizando a universidade no processo ensino aprendizagem na presença do profissional que orienta”*.

4.6 Questões éticas e legais

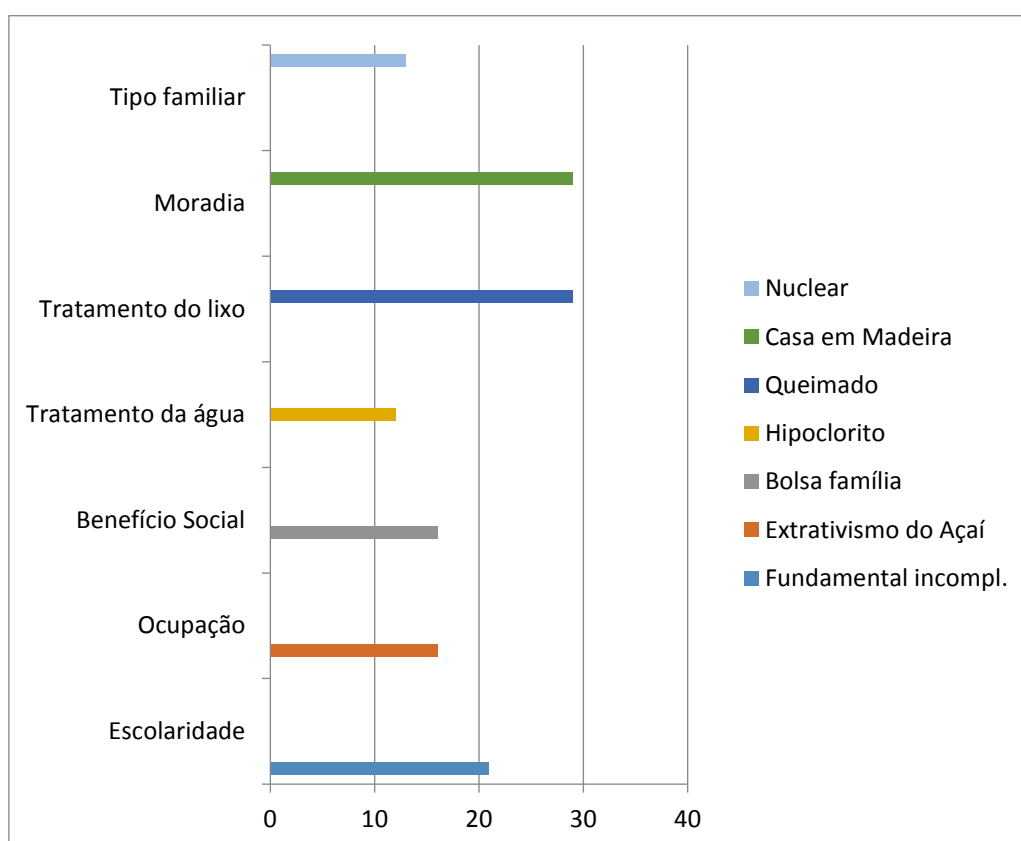
Este trabalho está vinculado à pesquisa realizada na execução do projeto de pesquisa intitulado “Intervenção de enfermagem às famílias de comunidades menos favorecidas em um contexto sociocultural do norte do Brasil e do norte de Portugal”, sob o parecer nº 961.277, de janeiro de 2015, do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará. Em consonância com a resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Resultado do processo de iniciação científica iniciado em 2015 com o auxílio do Programa de Iniciação Científica- PIBIC, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq (PIBIC/CNPq- AF).

5 RESULTADOS

5.1 Características sócio-demográficas das famílias, Combú-PA

Os resultados demonstram as percepções das famílias acerca da avaliação familiar domiciliar, precedidas das características sócios demográficas somadas às informações da condição de vida e saúde para um melhor entendimento. Têm-se algumas dessas características:

Gráfico I- Características sócias demográficas das famílias, Combú-PA.

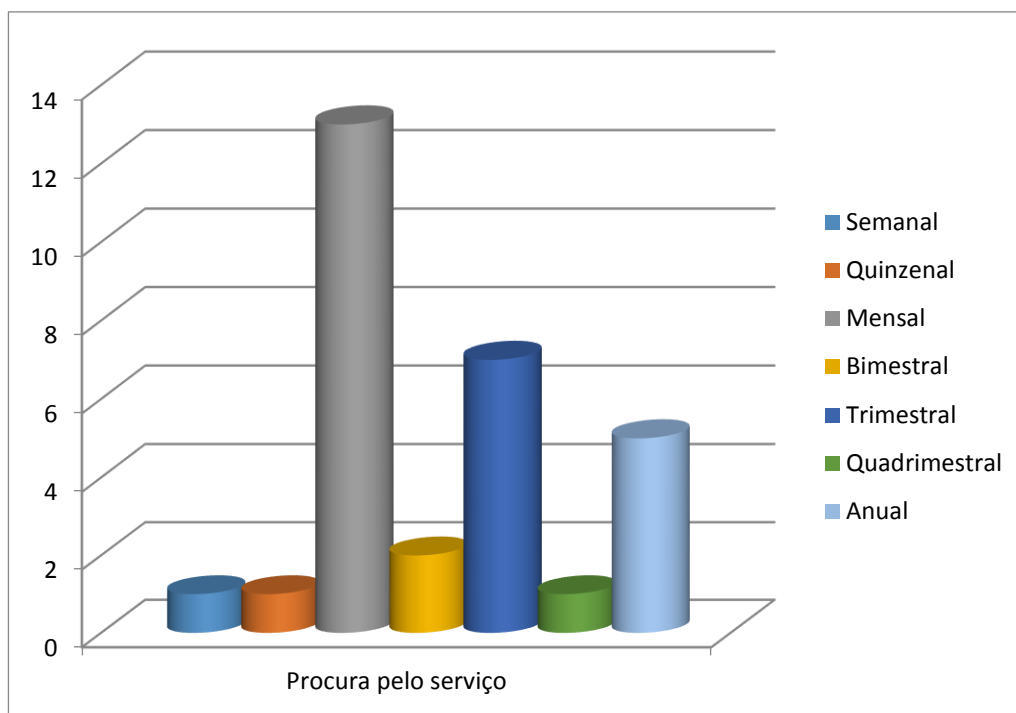


Em geral o tipo familiar predominante é o nuclear, ou seja, composto por pai, mãe e filhos, sem agregação de outros familiares ou amigos. Quase todas as famílias com moradia construída em madeira e com tratamento do lixo em queima. A forma de tratamento da água predominou com o uso de hipoclorito, de distribuição gratuita na Unidade de Saúde local. Grande parte, mais da metade, da população com escolaridade cursou até o ensino fundamental sem conclusão. Estão com cerca de 50% das famílias atendidas pelo programa social do governo Bolsa Família, com exercícios de atividades de extrativismo predominante do açaí.

5.2 Informações da condição de vida e saúde

Têm-se algumas informações importantes acerca da condição de vida e saúde das famílias:

Gráfico II- Frequência de procura das famílias pelo serviço de saúde ofertado na ilha.



Evidenciou-se no gráfico II que cerca de 30% das famílias entrevistadas faz busca mensal pelos cuidados de saúde local, ofertados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade na Ilha, seguidos da busca semanal e da trimestral, tendo como indicativos: precisar do atendimento e principalmente do cuidado familiar.

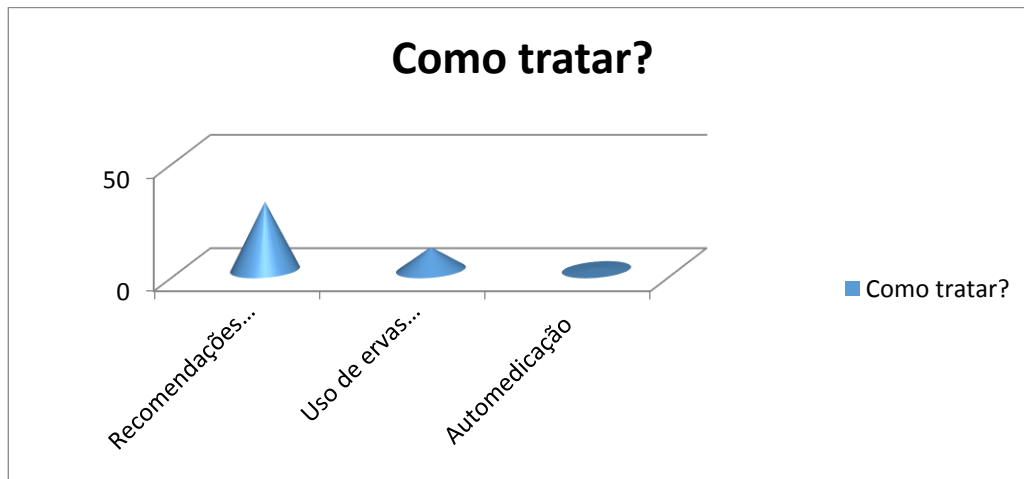
Gráfico III- Sinal indicador de procura das famílias pelo serviço de saúde.



Pode-se observar que a busca pelo serviço só se dá quando há doença em algum membro da família. A febre foi o sinal de alerta mais citado no que se referem a motivos de

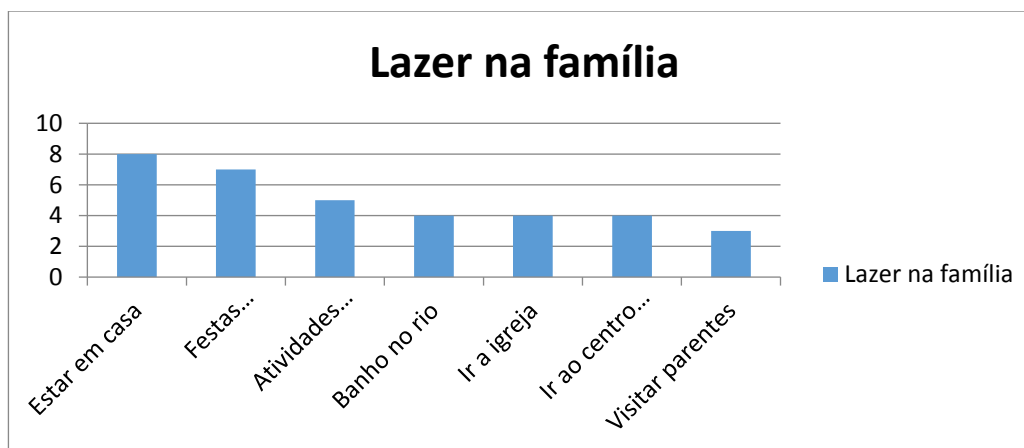
procura pelos serviços de saúde. Seguidos de tosse, dor, tratamento de doenças, êmese e até mesmo disenteria. Ao invés da busca pela prevenção.

Gráfico IV- Tratamento de doenças na comunidade.



Observam-se no gráfico IV os tratamentos utilizados pelas famílias após serem atendidas pelo serviço de saúde local. Constatou-se que 100% seguem as recomendações do profissional de saúde. No entanto, também utilizam outras maneiras de tratar seus problemas de doença, suas queixas, com o uso de ervas medicinais (23,3%) e a automedicação (03,3%).

Gráfico V- Lazer na família em contexto de ilhas.



Estar em casa, em unidade familiar, surgiu como o lazer mais praticado entre os moradores. Seguido das festas noturnas locais, das atividades esportivas, do banho no rio, da igreja e até mesmo das idas ao centro urbano de Belém. Encontraram-se também famílias com predominância de 100% da característica fortentas relações intra-domiciliares.

5.3 Percepções das famílias acerca da avaliação familiar domiciliar

Nesta dimensão foram encontradas 30 (trinta) unidades de contexto, 30 (trinta) unidades de registro e quatro categorias: “*Olhando a visita domiciliar como valorização pessoal e da família*”; “*Valorizando a presença do profissional da saúde por precisar de atendimento e não se sentir abandonado*”; “*Questionando o acesso ao serviço pela dificuldade de transporte e precariedade do serviço*”; “*Visualizando o processo ensino aprendizagem na presença do profissional que orienta e da Universidade*”.

5.3.1 Olhando a visita domiciliar como valorização pessoal e da família

Diante das novas estratégias de atenção à população, advindas com as implantações dos PSFs (Programas de Saúde da Família) a visitação domiciliar tem possibilitado um melhor cuidado das famílias e estas entendem que é importante haver, em seus domicílios, a avaliação familiar do profissional enfermeiro, conforme registro das seguintes falas:

“Eu acho bom um enfermeiro vir em casa avaliar”. F1.

“[...] Porque uma enfermeira vinda aqui avaliar a família, eu vejo uma coisa boa. (risos)”. F16.

“É uma coisa boa, né? Que chegou pra gente aqui! A gente fica feliz, né? De ver as pessoas aqui em casa! [...]”. F26.

“Eu acho bom. É bom ter por perto pra cuidar da gente”. F6.

Diante disso, percebem também o interesse profissional nas questões de saúde da família ribeirinha, no sentido de fortalecer os modos de cuidar já existentes, já que há um bom relacionamento entre seus membros:

“[...] Que se preocupam né? Com o pessoal daqui, se interessam”. F8.

“[...] tem alguém que se preocupa pela gente, pelas pessoas, [...]”. F24.

“Eu tô achando legal, sabe, o interesse. [...]”. F12.

“Bom, porque eles dão importância de vindo fazer esse acompanhamento na casa, [...]”. F3.

“[...] Pelo menos tem alguém lembrando da gente”. F21.

5.3.2 Valorizando a presença do profissional da saúde por precisar de atendimento e não se sentir abandonado

Valorizar para sentir-se protegido e acolhido diante dos serviços públicos precários e sem recursos. Por apresentar sentimentos de segurança, e não abandono, com a participação de alguém disposto a cuidar da família em sua moradia. Assim, as famílias gostam e necessitam de avaliação familiar, segundo os relatos:

“Acho bom, porque tem vez que a gente tá precisando. [...] Eu acho bom um enfermeiro vir em casa avaliar”. F1.

“Acho que realmente acontece da gente ter a enfermeira. É muito bom! A gente precisa muito.” F27.

“[...] precisa de um acompanhamento de um enfermeiro, sempre vem o enfermeiro fazer a visita. [...]”. F3.

“Eu acho bom. [...] Se tiver alguém doente é bom, né?”. F5.

O fato de residirem em áreas distantes do centro urbano, às margens de igarapés, as famílias referem que são gratas e agradecem a Deus quando o enfermeiro vai ao domicílio para promover avaliação da família, conforme relato:

“Aqui a gente agradece muito a Deus, quando vem. [...]”. F17.

“[...] Eu louvo a Deus. [...]”. F14.

O sentimento de abandono emergiu como uma realidade local, sendo um sentimento relacionado à distância e às vezes às dificuldades para chegar até o serviço, devido às distâncias e à falta de transporte, retratado nas seguintes falas:

“[...] Pelo menos a gente não fica esquecido”. F2.

“Não tem! [...] Quando vêm eu acho bom, né? [...]”. F4.

“[...] É bom porque a gente não recebe muito essa visita assim. [...]”. F9.

5.3.3 Questionando o acesso ao serviço pela dificuldade de transporte e precariedade do serviço

O problema do acesso está presente em todos os assuntos deste imenso país, nas grandes e pequenas cidades, não seria diferente quando se trata de comunidade que vivem as margens de rios e igarapés. Observou-se que o meio de transporte local muitas vezes se torna

um problema para o acesso aos serviços de saúde pela dificuldade de ir e vir tendórios e igarapés como ruas e avenidas.

“[...] porque nem toda vez as pessoas tem facilidade de transporte e de ir ao posto médico, [...]”. F 24.

“[...] E aqui tem criança em casa, e nem sempre eu posso sair, pela dificuldade no transporte, né? [...]”. F17.

“Mas muitas vez a gente tá com alguma necessidade de que tenha um acesso ao médico, [...]”. F3.

“[...] Nem sempre a gente tem como se locomover daqui até o posto. [...]”. F27.

O problema no transporte se estende também aos profissionais da Unidade de Saúde local, que muitas vezes deixa de cumprir as obrigações, pois não há como se deslocar até as comunidades mais longínquas:

“[...] Até a Agente Comunitária de Saúde tem na área, mas não faz visita. A desculpa é que não tem transporte, como vir. [...]”. F30.

A facilidade de ir pra área urbana de Belém vem se tornando uma alternativa indispensável para o cuidado à saúde, uma vez que as embarcações fazem esse trajeto o dia todo:

“Olha, eu acho ótimo, porque aqui é muito difícil a gente ter recursos, a gente tem que ir atrás [...]”. F28.

“[...] Aqui não vem ninguém dar o suporte. [...] E é difícil as coisas ali no posto, muitas vezes a gente tem que correr pra Belém, porque aqui mesmo tá difícil”. F11.

“[...] Porque poucas enfermeiras vêm aqui. E tem que ir no posto de saúde e lá a gente encontra aquela dificuldade para ser atendido. [...]”. F10.

5.3.4 Visualizando a universidade o processo ensino-aprendizagem na presença do profissional que orienta

Nesta perspectiva, as famílias compreendem a importância da avaliação feita por professor e acadêmico, desenvolvendo mapeamento de cuidado e de educação em saúde no

sentido de poder empoderá-los com conhecimento necessário para o alcance da saúde da família e da qualidade de vida na comunidade.

A melhoria da condição de saúde das famílias por meio de educação em saúde evidenciou-se nas falas:

“[...] É de extrema importância. E eles acabam tirando as dúvidas também”. F3.

“Eu acho bom. É importante, assim, de ter alguém da área da saúde, falando coisas que a gente não sabe, né? [...]”. F30.

“É bom, porque, é, tipo, (risos)... é bom, né? [...] ajudam a gente a ver assim, como a gente tá de saúde, bem, avaliar. [...]”. F7.

É importante destacar que a presença da universidade mostrou-se satisfatória na comunidade em relação às questões de saúde associadas ao modo de vida das famílias:

“[...] Eu tô achando ótima! É difícil vir gente da Universidade aqui em casa. [...]”. F25.

“[...] A gente tá aprendendo bastante e você tá fazendo o seu trabalho, né? Pesquisando, tirando suas conclusões. Tudo bom!”. F19.

“E vocês que estão se formando, aí vocês pesquisam e ajudam a gente a ver assim, como a gente tá de saúde [...]”. F7.

“Eu acho muito bom, porque às vezes a gente aprende muita coisa, né? [...] Eu gostei!”. F22.

A avaliação familiar no domicílio foi evidenciada como um avanço nos cuidados em saúde, uma vez que se trata de uma recente proposta em saúde que vem ganhando destaque:

“Eu acho uma coisa muito linda, né? (suspiros). Antigamente isso não tinha. Agora tem vez que vem até médico aqui. Eu louvo a Deus. [...]”. F14.

“[...] É bom vocês virem para ver como a comunidade está. As famílias”. F23.

“[...] Quando vem assim agente acha muito bom. Muito bom ter ajuda de quem sabe. É ótimo!”. F28.

6 DISCUSSÃO

O contexto amazônico-ribeirinho é riquíssimo em modo de vida diverso das famílias que ali habitam. Na Ilha do Combú olhando as características sócio demográficas podemos ver que as casas em estilo palafitas, são adequadas ao sistema de cheias dos rios, geralmente existindo um pequeno trapiche na parte frontal das residências, o qual serve para atracar rabetas (FERREIRA, 2014).

Os resultados demonstraram também que o extrativismo e as atividades domésticas apresentavam-se como as principais ocupações. Como referem Miguez, Fraxe e Witkoski (2007), a percepção e a vivência são parte desse “saber tradicional” que consolidam suas práticas extrativistas, agrícolas e pesqueiras, bem como constituem o principal meio de sustento e geração de renda.

A comunidade relata que a água consumida provém, principalmente, de um sistema de abastecimento característico da ilha, em que um barco distribui água em garrações de 20 litros vendidos a aproximadamente R\$2,00 (dois reais). Essa água não tem autorização para venda, ou seja, não há supervisão da vigilância sanitária, pois os galões chegam à comunidade sem lacre, e mesmo assim são comercializados. Alguns moradores relatam que utilizam hipoclorito de sódio ou fervura, o que indica grau de percepção e conhecimento sobre a saúde básica, realizando até a queima do lixo no terreno da própria casa (FERREIRA, 2014).

Diante disso, considerando que as ações das pessoas influenciam na percepção que estas têm sobre a realidade, entende-se que as mudanças no modo de vida das populações ribeirinhas, geradas pela localização geográfica, repercutem na forma como as pessoas percebem a sua realidade que, por sua vez, atuam agindo no processo de construção de identidade, cultura, papéis e relações. Exemplo disso é a comunidade de Piriquitaquara, alvo deste estudo, cuja proximidade com o grande centro urbano da capital paraense possibilita às pessoas darem continuidade aos seus estudos (FERREIRA, 2014).

Assim, neste estudo foi percebida a preocupação da comunidade em usufruir dos benefícios da exuberante natureza local, a exemplo da extração de frutos, como o açaí para seu auto sustento, preservando a ilha, donos de um saber popular riquíssimo de características próprias. Campos, et al., (2009, p.391) orienta sobre como podemos fazer com que as condições culturais, econômicas, psicossociais e políticas sejam efetivamente incorporadas à construção de estratégias de prevenção.

Muitos profissionais não conseguem chegar a uma transferência efetiva entre os conhecimentos. No entanto, têm consciência de que sem a valorização do saber popular não há adesão ao tratamento e a não promoção de um processo de transferência de conhecimentos e práticas silencia possíveis reivindicações de singularidades, disponibilizando uma assistência à saúde, desinvestida de preocupações com a cultura da população (JUNGES, et. al., 2011, pag.4). Isso indica um alerta para a avaliação de enfermagem no domicílio, uma vez que a singularidade da unidade familiar precisa ser evidenciada e acompanhada com atenção aos detalhes do dia a dia tradicional da ilha.

Junges e colaboradores (2011, p.3) explicam que a sobreposição de “saberes populares” é constatada quando o usuário não realiza o tratamento considerado como ‘convencional’ e adequado pelo profissional. Em contrapartida, utiliza tratamentos alternativos por se aproximarem de suas necessidades específicas e por fazerem parte de seu universo. E já a sobreposição de saberes científicos é identificada quando os profissionais não compreendem o quanto estas representações socioculturais são sugestivas para a população. Essa também é uma realidade na ilha, no entanto, também tratam suas queixas com união dessas formas de tratamento, apresentando cerca da metade das famílias entrevistadas com busca mensal pelos cuidados de saúde local.

As discussões em torno da atuação dos profissionais da saúde no SUS convergem para o reconhecimento de que o enfermeiro é o interlocutor e o principal agente catalisador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF que requer um envolvimento efetivo com as reais necessidades de saúde das famílias e comunidades (BACKES, et. al. 2012). Esse pensar é apoiado pelas famílias, residentes em contexto de ilhas, ao argumentarem que o enfermeiro, cuja essência e especificidade é o cuidado do ser humano em todas as suas dimensões, individual ou coletivamente é fundamental para o bem-estar da comunidade.

As famílias relatam neste estudo que a avaliação familiar feita pelo enfermeiro realizada em seus domicílios transmite tranquilidade para a comunidade, a qual carece de atendimento domiciliar, o que trás a tona o sentimento de abandono pelos serviços públicos, conforme evidenciado nos relatos. Diante da experiência de vidas em ilhas, as famílias demonstraram boa receptividade do enfermeiro e satisfação em receber tal avaliação, destacando ser motivo de agradecimento a Deus.

O grau de satisfação dos usuários em unidades de saúde com utilização da Estratégia Saúde da Família (ESF) para obtenção de serviços preventivos segundo Reis e colaboradores

(2013), apresentou grau satisfatório, que em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica, deve ser centrada na promoção e proteção da saúde.

Essa ideia também é reforçada por Santiago, ET al. (2013), que encontrou uma alta satisfação dos usuários dos serviços de saúde com o trabalho dos profissionais e o oposto a isso com as condições oferecidas nas unidades de saúde tradicionais. Isso permite concluir que a alta satisfação com o trabalho dos profissionais é um enorme resultado para a ESF que tem no exercício profissional e na sua relação com a população o elemento chave de sua legitimação na organização do sistema de saúde.

Andrade et. al. (2015), em seus estudos sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde, encontrou nas regiões de saúde mais pobres a taxa de visitação em torno de 90%, com destaque para a região Norte, onde 93,16% dos domicílios foram visitados. Perceberam também que domicílios com idosos são aqueles que apresentam as maiores taxas de visitação (87%). Em contrapartida desses achados, encontra-se uma dificuldade nas taxas de visitação em áreas insulares, como na ilha do Combú-PA, alvo deste estudo, conforme relatos das famílias.

Tal dificuldade está relacionada com o meio de transporte, essencialmente fluvial, não somente relacionado à comunidade na procura pela unidade de saúde, mas também aos profissionais de saúde responsáveis pela visitação domiciliar, que muitas vezes não tem à disposição um barco. E a precariedade do serviço de saúde na ilha, faz as famílias buscarem, quando possível, atendimento no centro urbano de Belém.

Em contexto de ilhas, o espaço social, caracterizado como espaço familiar e comunitário, permite um aprendizado instigador e contínuo, além de uma intensa troca de experiências entre os enfermeiros e outros profissionais da universidade, assim como, para os usuários da saúde. Possibilita, também, a realização e bem-estar profissional, pela conquista da autonomia e reconhecimento por parte dos usuários da saúde.

Constatou-se que a maioria das famílias compreende a avaliação familiar do enfermeiro como algo importante para promover um dia a dia mais saudável, visando seu bem-estar, sua saúde e fortalecimento de suas relações na comunidade. Para isso, os mesmos relatam o valorizar e o sentir-se valorizado com tal avaliação bem como precisar do atendimento diante das dificuldades existentes para acesso aos serviços de saúde além das vantagens com a educação em saúde com a presença da universidade pelos inúmeros serviços prestados a comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de variados tipos familiares encontrados neste estudo, com características sócio demográficas muito semelhantes em sua predominância têm-se informações importantes acerca da condição de vida e saúde das famílias residentes na Ilha do Combú. Dentre tais destacaram-se: a busca mensal pelos serviços de saúde oferecidos pela ESF local, principalmente para tratamento de doenças crônicas, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica; a febre, foi o sinal de alerta mais preocupante para as famílias em geral ao cuidar de crianças; o tipo de tratamento das queixas, que mais prevaleceu foi o recomendado pelo profissional de saúde, mesmo com a existência de outros meios, como a ingesta de ervas e a automedicação; além do lazer na família, que se destacou o estar em casa em unidade familiar como maisaprazível.

Assim, foi possível analisar as percepções das famílias acerca da avaliação familiar domiciliar. As 30 unidades de registro mostram os diversos sentimentos emergidos da realidade local na Ilha, relacionados à busca e à oferta dos serviços de saúde ofertados pela ESF da comunidade e principalmente da visita domiciliar. Tais sentimentos encontraram-se, demonstrados nas categorias. No aspecto a valorização para si e sua família sendo visto como o interesse profissional pelas questões de saúde em respeito ao modo de viver ribeirinho. Na valorização da presença do profissional de saúde, em especial do profissional enfermeiro, por sentir-se acolhido nos serviços públicos, deixando de lado o sentimento de abandono, o qual se faz muito presente no contexto de ilhas. E que apesar das dificuldades, encontra soluções para seus problemas nouse das mais diferentes estratégias. E Vê na presença da Universidade por meio de seus projetos modos de satisfazer as diferentes necessidades da população que vive nas ilhas, por promover ações de cuidado a saúde e educação que leva as pessoas pensar em transformação.

Constatou-se que as famílias possuem diversas opiniões acerca da avaliação familiar do enfermeiro em seus domicílios, ficando muito claro a satisfação.

Para a academia, ficou a certeza do cumprimento de seu papel permeado pela possibilidade de submeter novos planos de ações junto às comunidades da região insular amazônica.

8 REFERÊNCIAS

- ACEVEDO MARIN, R. E.; CASTRO, E. **Mobilização Política de Comunidades Negras Rurais**: Domínio de um conhecimento praxiológico. *Novos Cadernos NAEA*, Belém: NAEA/UFPA, v.2, n.2, 1999.
- ANDRADE, Mônica Viegas et al. **A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1175-1187, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601175&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00130414>.
- ALEIXO, José Lucas Magalhães. **A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família**: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. *Revista Mineira de saúde pública*. N 01, Ano 01, Janeiro a junho. 2002. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/44805926/A-Atencao-Primaria-a-Saude-e-o-Programa-de-Saude-da-Familia>>. Acesso em 11 de dezembro de 2014, 16:45:23.
- ALTHOFF, CR; ELSEN, Ingrid ET al. **Pesquisando a Família**: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-livro, 2004.
- BACKES, Dirce Stein ET al. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LTDA, 1977.
- BELÉM, Portal da Prefeitura Municipal, 2007. Disponível em: <<http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=10&conteudo=2718>> Acesso em: 23 de novembro de 2014, 12:35:17.
- CAMPOS, [et al]. **Tratado de saúde coletiva**. –São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, 871p. : Il. (Saúde em debate; v. 170). ISBN 85-271-0704-X
- REIS, Regimarina Soares ETal. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.
- CARVALHAIS, Maribel; SOUSA, Liliana. **Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes**. *Saúde Soc*. São Paulo, v.22, n.1, p.160-172, 2013.
- DERGAN, João M.B. **História, memória e natureza**: As comunidades da ilha do Combú, 2006. 174f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal do Pará, Pará– Belém – PA, 2006.
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta. **Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar**: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures, Pt: Lusociência, 2012.
- FERREIRA, Denison da Silva. **Dinâmica sócio espacial em comunidades ribeirinhas das ilhas de Abaetetuba-PA** /Denison da Silva Ferreira. - 2014. Orientador: João Santos Nahum. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Geografia Belém, 2014. 1. Cidades e Vilas - Abaetetuba (PA). 2. Vida ribeirinha - Amazônia. 3. Recursos Naturais. 4. Pesca - Abaetetuba (PA). 5. Açaí– Abaetetuba (PA). I. Título. CDD 23. ed. 307.76098115. http://ppgeoufpa.net/images/DISSERTACOES/ANO_2012/DENISON-DA-SILVA-FERREIRA/DISSERTACAO-DENISON-DA-SILVA.pdf

- GONÇALVES, et. al., 2016. Cap. 02. IN: Elsen, Ingrid; MARCON, Sonia Silva, SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; NITSCHKE Rosane Gonçalves. **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Papa-livro, 2016. 486 pág.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde & Doença**. [trad. Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez] – 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 12, p.282- 95.
- HOFFMANN, M. V; OLIVEIRA, I. C. S. **Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica**. Em Pauta–Esc. Anna Nery. Rev. Enferm, Rio de janeiro, v.13, n.4, p.750-56, Out / Dez., 2009.
- JUNGES, José Roque et al. **Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4327-4335, nov. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200005>.
- MARCON, et. al., 2016. Cap. 03. IN: Elsen, Ingrid; MARCON, Sonia Silva, SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; NITSCHKE Rosane Gonçalves. **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Papa-livro, 2016. 486 pág.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 10. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MOURA, E. C.de; SILVA, S. A. **Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará: Um estudo transversal**. Caderno de Saúde Pública, Rio de janeiro, v.26, n.2, Fev.2010.
- PARÁ, Portal da Universidade Federal do, 2006. Disponível em: <<http://www.portal.ufpa.br/imprensa/noticia.php?cod=4602>> Acesso em: 23 de novembro de 2014, 15:12:01.
- REIS, Regimarina Soares Et al . **Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.
- RODRIGUES, Eliana T. **Organização comunitária e desenvolvimento territorial: O contexto ribeirinho em uma ilha da Amazônia**, 2006. 128f. Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Pará, 2006.
- SANTANA, et. al. IN: SILVA, Luzia Wilma Santana. Organizadora. **Família em contexto: multiversas abordagens em investigação qualitativa**. Salvador; Arcádia, 2010. 260p. ll.
- SANTIAGO, Renata Florêncio Et al . **Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, jan. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>.
- SOUZA, et. al., 2016. IN: Elsen, Ingrid; MARCON, Sonia Silva, SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; NITSCHKE Rosane Gonçalves. **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Papa-livro, 2016. 486 p.
- SZYMANSKI, 2004. IN: ALTHOFF, CR; ELSESEN, Ingrid et al. **Pesquisando a Família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-livro, 2004.

- RIBEIRO, Jocilete de Almeida. **Área de proteção ambiental da ilha do Combú, Belém-PA: desafios de implantação e de gestão de uma Unidade de Conservação.**Dissertação (Mestrado em gestão de recursos naturais e desenvolvimento local na Amazônia). Núcleo de meio ambiente da universidade federal do Pará.Belém, 2010, 155 p.
- SILVA, Luzia Wilma Santana da. Organizadora. **Família em contexto: multiversas abordagens em investigação qualitativa.** Salvador; Arcádia, 2010. 260p.1l.
- TEIXEIRA, et. al. IN: SILVA, 2010. SILVA, Luzia Wilma Santana. Organizadora. **Família em contexto: multiversas abordagens em investigação qualitativa.** Salvador; Arcádia, 2010. 260p. 1l.
- TEIXEIRA, Elizabeth. **Travessias, redes e nós: Complexidades do cuidar cotidiano de saúde entre os ribeirinhos,** 1999. 285f. Tese (Doutorado) – Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Pará, 1999.
- VASCONCELOS, et. al., 2016. Cap 07. IN: Elsen, Ingrid; MARCON, Sonia Silva, SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; NITSCHKE Rosane Gonçalves. **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros.**Florianópolis: Papa-livro, 2016. 486 pág.
- WITSKOSKI, Antônio Carlos. **Terras, florestas e águas de trabalho: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais.** Manaus: Editora da UFAM, 2007.
- WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família.** 3ªed. São Paulo: Roca; 2003.
- WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** 4ª ed. São Paulo: Roca, 2009.

9 BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BELL, Judith [tradução Magda França Lopes]. **Projeto de pesquisa:** guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. 4. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.; 23 cm.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**[Tradução Joice Elias Costa. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.; 25 cm.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo [organizado por]: **Métodos de pesquisa.** Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.: il.; 17,5x25cm (Série Educação a Distância).

GIBBS, Graham. [Tradução Roberto Cataldo Costa]; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Lorí Viali. **Análise de dados qualitativos.** – Porto Alegre: Artmed, 2009. 198 p.; 23 cm.

SOUZA FILHO, Zilmar Augusto de. **Acidente vascular cerebral e Famílias:** a abordagem da enfermagem na perspectiva do Modelo Calgary de avaliação da família. [Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEPA - Belém & UFAM- Manaus, sustentada em 2012].

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TÍTULO: **PERCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO AMAZÔNICO/RIBEIRINHO SOBRE A AVALIAÇÃO FAMILIAR DO ENFERMEIRO.**

Caro participante,

O projeto de pesquisa intitulado: **“Percepções das famílias no contexto amazônico/ribeirinho sobre a avaliação familiar do enfermeiro”**, está sendo realizado pela aluna da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, Carla Monique Lavareda Costa, sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. Jacira Nunes Carvalho. Está vinculado à pesquisa realizada na execução do projeto de pesquisa intitulado *“Intervenção de enfermagem às famílias de comunidades menos favorecidas em um contexto sociocultural do norte do Brasil e do norte de Portugal”*, sob o parecer nº 961.277 do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Em consonância com a resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

O estudo tem como objetivo conhecer a percepção das famílias residentes em Piriquitaquara, na Ilha do Combú-PA acerca da avaliação familiar de saúde. Será realizado através de entrevistas gravadas com as famílias no domicílio, durante o período de agosto a dezembro de 2015, sendo a sua colaboração fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa não trará riscos para você, entretanto, poderá se recusar a participar ou deixar de participar a qualquer momento e por qualquer motivo que não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com a pesquisadora, pessoalmente ou por meio do e-mail: carlaufpa@hotmail.com.br.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os dados fornecidos por você serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento. As informações coletadas serão utilizadas eventualmente, na publicação em livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Carla Monique Lavareda Costa Prof.^a. Dr.^a. Jacira Nunes Carvalho

Matrícula: 201206540010 Coren: 18722

Endereço: Av. Duque de Caxias, nº 1310

Endereço: Ps Álvaro Adolfo, nº 64

Bairro: Marco. Contato: (91)9 9215-4121. Bairro: Pedreira. Contato: (91)9 99857181.

Consentimento Pós-Informação

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa intitulada: **“Percepções das famílias no contexto amazônico/ribeirinho sobre a avaliação familiar do enfermeiro”** e me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando no fornecimento de dados.

Local: Combú, ____/____/2016. Assinatura do(a) participante: _____

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS Nº 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PERCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO AMAZÔNICO/RIBEIRINHO SOBRE A AVALIAÇÃO FAMILIAR DO
ENFERMEIRO.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE DAS FAMÍLIAS

Família: _____ Chefe da família: _____

Membros da família: _____

1. Escolaridade dos membros: _____ () sem escolaridade; _____ () fundamental incompleto; _____ () fundamental completo; _____ () médio incompleto; _____ () médio completo; _____ () superior incompleto; _____ () superior completo.
2. Ocupação dos membros _____ () emprego fixo; _____ () trabalha por conta própria; _____ () não trabalha
3. Qual a renda mensal da família: () sem renda () menos de 1 SM () 1 a 2 SM () mais de 2 SM.
4. A família recebe algum benefício do governo: () não () sim qual? _____
5. Tipo de moradia: () madeira () barro () alvenaria () outros: _____
6. Número de cômodos: () 1 () 2 () 3 () mais de 3
7. Quantos adultos moram na casa? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
8. Quantos adolescentes moram na casa? () 1 () 2 () 3 () 4
9. Quantas crianças moram na casa? () 1 () 2 a 5 () 5 ou mais
10. Esgotamento sanitário: () Rede pública () Fossa séptica () Fossa rudimentar () vala direto para o rio.
11. Água que utiliza para beber: () Rede pública () Poço próprio () do rio () Outro _____
12. Qual o tratamento da água consumida: () Filtrada () Hipoclorito () Fervida () Não faz tratamento.
13. Destino do lixo: () a céu aberto () jogado no rio () queimado () enterrado () recolhido pela rede pública.

Condição de vida e saúde

14. Qual a frequência de procura pelo serviço básico de saúde? () semanalmente () mensalmente () bimestral () trimestral () semestral () anual.
15. Qual a situação de doença na família? () gastrointestinal: _____ () dermatológico: _____ () outros: especificar
16. Qual o sinal que indica a procura imediata ao serviço de saúde: () febre () tosse () vômito () diarreia () outros: especificar
17. Qual tratamento utilizado? () prescrito pelo profissional de saúde () indicado por terceiros () uso de ervas medicinais () tratamento em conjunto () outros: especificar
18. Qual a forma de lazer da família? _____
19. Como se dão as relações internas da família? () fraca; () forte; () conflituosa.
20. Como são as relações externas da família (igreja, associação, unidade de saúde, hospital, família extensa, escola, universidade, centro comunitário etc..)?

APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS Nº 02**ROTEIRO DE ENTREVISTA:**

Percepções da família acerca da avaliação de enfermagem no domicílio.

Nº da família: _____

Chefe da família: _____

COMO VOCÊ VÊ A PARTICIPAÇÃO DE UM ENFERMEIRO AVALIANDO
SUA FAMÍLIA EM SEU DOMÍLIO?

APÊNDICE D – QUADRO ANALÍTICO

PERCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS RESIDENTES EM CONTEXTO DE ILHAS NA AMAZÔNIA ACERCA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR DO ENFERMEIRO.

SUJEITOS	UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO	NÚCLEO DE SIGNIFICADO
F1	<i>“Acho bom, porque tem vez que a gente ta precisando. Esses tempos a gente tava precisando, porque a Unidade tava em greve. Aí a minha cunhada adoeceu, aí precisava de tomar soro, aí não tinha quem aplicasse. Teve de ir pro pronto socorro, porque não tinha quem aplicasse. Aí as vezes a gente precisa de uma injeção e não tem. Eu acho bom um enfermeiro vir em casa avaliar”.</i>	<i>“Acho bom, porque tem vez que a gente ta precisando. [...]. Eu acho bom um enfermeiro vir em casa avaliar”.</i>	Precisar do atendimento.
F2	<i>“É legal pra gente que sempre venham fazer uma visita. Pelo menos a gente não fica esquecido”.</i>	<i>“[...] Pelo menos a gente não fica esquecido”.</i>	Sentimento de abandono.
F3	<i>“Bom, porque eles dão importância de vindo fazer esse acompanhamento na casa, éé, vendo como é que tá a situação, éé, a gente faz aquela visita no posto de mês em mês. Mas muitas vezes a gente tá com alguma necessidade de que tenha um acesso ao médico, algum problema que não seja tão grave, mas que as vezes precisa de um acompanhamento de um enfermeiro, sempre vem o enfermeiro fazer a visita. É de extrema importância. E eles acabam tirando as dúvidas também”.</i>	<i>“Bom, porque eles dão importância de vindo fazer esse acompanhamento na casa, [...]. Mas muitas vez a gente tá com alguma necessidade de que tenha um acesso ao médico, mas que as vezes precisa de um acompanhamento de um enfermeiro, sempre vem o enfermeiro fazer a visita. [...]. É de extrema importância. E eles acabam tirando as dúvidas também”.</i>	Sentimento de valorização, precisar do atendimento, dificuldade de acesso e orientações satisfatórias.
F4	<i>“Não tem! Nenhum enfermeiro costuma vir aqui em casa. Nenhum agente de saúde. Muito</i>	<i>“Não tem! Nenhum enfermeiro costuma vir aqui em casa. Nenhum agente de saúde. [...]. Quando vêm eu acho bom,</i>	Sentimento de abandono.

	<i>antes tinha, mas faz cinco anos atrás que não vem enfermeiro. Quando vem eu acho bom, né? Mas faz muito tempo. A gente tem que ir no posto pra poder ser examinado”.</i>	<i>né? [...]”.</i>	
F5	<i>“Eu acho bom. É sempre bom o enfermeiro vir avaliar assim a família. Se tiver alguém doente é bom, né?”.</i>	<i>“Eu acho bom. [...]. Se tiver alguém doente é bom, né?”.</i>	Precisar do atendimento.
F6	<i>“Eu acho bom. É bom ter por perto pra cuidar da gente”.</i>	<i>“[...] É bom ter por perto pra cuidar da gente”.</i>	Precisar do atendimento.
F7	<i>“É bom, porque, é, tipo, (risos)... é bom, né? E vocês que estão se formando, aí vocês pesquisam e ajudam a gente a ver assim, como a gente ta de saúde, bem, avaliar. Se tivesse um enfermeiro aqui ia ser legal”.</i>	<i>“É bom, porque, é, tipo, (risos)... é bom, né? E vocês que estão se formando, aí vocês pesquisam e ajudam a gente a ver assim, como a gente ta de saúde, bem, avaliar. [...]”.</i>	Precisar do atendimento e orientações satisfatórias.
F8	<i>“Eu vejo, éé (pausa), uma participação bem importante. Que se preocupam, né? Com o pessoal daqui, se interessam”.</i>	<i>“[...] Que se preocupam, né? Com o pessoal daqui, se interessam”.</i>	Sentimento de valorização.
F9	<i>“É bom, né? É bom. (pausa). É bom porque a gente não recebe muito essa visita assim. Aí é sempre bom a gente receber”.</i>	<i>“[...] É bom porque a gente não recebe muito essa visita assim.[...]”.</i>	Sentimento de abandono.
F10	<i>“É importante, né? (pausa). Porque pouco (pausa), porque poucas enfermeiras vêm aqui. E tem que ir no posto de saúde e lá a gente encontra aquela dificuldade para ser atendido. Tendo em casa seria melhor”.</i>	<i>“[...] Porque poucas enfermeiras vêm aqui. E tem que ir no posto de saúde e lá a gente encontra aquela dificuldade para ser atendido.[...]”.</i>	Sentimento de abandono e atendimento precário.
F11	<i>“Olha, (risos), não vô mentir que nem vem aqui quase. Aqui não vem ninguém dar o suporte. Se alguém aqui ficar doente só indo pra lá pro posto ou pra Belém. E é difícil as coisas ali no posto, muitas vezes a gente tem que correr pra Belém, porque aqui mesmo tá difícil”.</i>	<i>“[...] Aqui não vem ninguém dar o suporte. [...]. E é difícil as coisas ali no posto, muitas vezes a gente tem que correr pra Belém, porque aqui mesmo tá difícil”.</i>	Sentimento de abandono e atendimento precário.

F12	<i>“Eu to achando legal, sabe, o interesse. Eu tento entender algumas perguntas”.</i>	<i>“Eu to achando legal, sabe, o interesse. Eu tento entender algumas perguntas”.</i>	Sentimento de valorização e orientações satisfatórias.
F13	<i>“Eu acho bom, porque a gente (suspiros) poucas vezes vem, né? Na nossa casa e é muito mas muito difícil mesmo. Só quando o meu avô ficou muito doente que veio, e ficaram vindo praticamente a semana toda. Depois disso, é muito raro vir um enfermeiro. É muito bom quando vem, né? Quando a gente vê né?”.</i>	<i>“Eu acho bom, porque a gente (suspiros) poucas vezes vem, né? Na nossa casa e é muito mais muito difícil mesmo. [...]. É muito bom quando vem, né? Quando a gente vê né?”.</i>	Sentimento de valorização.
F14	<i>“Eu acho uma coisa muito linda, né? (suspiros). Antigamente isso não tinha. Agora tem vez que vem até médico aqui. Eu louvo a Deus. (suspiros). Agora eu me trato no ‘Barros Barreto’, né? E a minha consulta vai ser em fevereiro de novo. Do jeito que eu to eu tenho que ir lá”.</i>	<i>“Eu acho uma coisa muito linda, né? (suspiros). Antigamente isso não tinha. Agora tem vez que vem até médico aqui. Eu louvo a Deus. [...].</i>	Sentimento de valorização e agradecimento a Deus.
F15	<i>“Olha, na verdade, a enfermeira do posto nunca veio aqui. (pausa). Ela vem sempre na casa dos idosos, né? Que precisam, que sabe que eles estão precisando. Aí eles vem, sabe? Por causa dos hipertensos. E desde a época que sou hipertensa nunca vieram aqui, fazer uma visita na minha casa, mas na casa da minha mãe sempre vem”.</i>	<i>“Olha, na verdade, a enfermeira do posto nunca veio aqui. (pausa). [...]. E desde a época que sou hipertensa nunca vieram aqui, fazer uma visita na minha casa, mas na casa da minha mãe sempre vem”.</i>	Sentimento de abandono.
F16	<i>“Eu vejo uma coisa boa, né? (suspiros). Porque uma enfermeira vindo aqui avaliar a família, eu vejo uma coisa boa. (risos)”.</i>	<i>“[...] Porque uma enfermeira vindo aqui avaliar a família, eu vejo uma coisa boa. (risos)”.</i>	Sentimento de valorização.
F17	<i>“Aqui a gente agradece muito a Deus, quando vem. Porque é difícil, né? E aqui tem criança em casa, e nem sempre eu posso sair, pela</i>	<i>“Aqui a gente agradece muito a Deus, quando vem. [...]. E aqui tem criança em casa, e nem sempre eu posso sair, pela dificuldade no transporte, né?[...]”.</i>	Dificuldade de transporte e agradecimento

	<i>difficuldade no transporte, né? Eu acho bom quando vem em casa avaliar”.</i>		a Deus.
F18	<i>“É ótimo, ganhamos muito com essa já visita”.</i>	<i>“É ótimo, ganhamos muito com essa já visita”.</i>	Sentimento de valorização.
F19	<i>“Eu, pra mim, a tua vinda está sendo ótima, a gente tá aprendendo bastante e você tá fazendo o seu trabalho, né? Pesquisando, tirando suas conclusões. Tudo bom!”.</i>	<i>“[...] A gente tá aprendendo bastante e você tá fazendo o seu trabalho, né? Pesquisando, tirando suas conclusões. Tudo bom!”.</i>	Sentimento de valorização.
F20	<i>“Olha, na minha opinião, seria ótimo, porque a gente tinha o agente de saúde, que não tem mais condição de vir por falta de transporte. Nunca mais eles vieram. Era muito bom, porque ela avaliava tudo, daqui levava tudo, e agora não temos mais. Se tivéssemos uma pessoa que se dedicasse era muito bom”.</i>	<i>“[...] Nunca mais eles vieram. Era muito bom, porque ela avaliava tudo, daqui levava tudo, e agora não temos mais. [...]”.</i>	Sentimento de abandono.
F21	<i>“Olha, eu acho ótimo! Pelo menos tem alguém lembrando da gente”.</i>	<i>“[...] Pelo menos tem alguém lembrando da gente”.</i>	Sentimento de valorização.
F22	<i>“Eu acho muito bom, porque as vezes a gente aprende muita coisa, né? Com as perguntas. Tem pergunta assim, que as vezes a gente não entende o que significa aquela pergunta. Eu gostei!”.</i>	<i>“Eu acho muito bom, porque as vezes a gente aprende muita coisa, né? [...] Eu gostei!”.</i>	Sentimento de valorização e orientações satisfatórias.
F23	<i>“Tá bom, né? Eu acho bom! É bom vocês virem para ver como a comunidade está. As famílias”.</i>	<i>“[...] É bom vocês virem para ver como a comunidade está. As famílias”.</i>	Sentimento de valorização.
F24	<i>“Olha, pra mim é muito importante porque a gente tá, é, (pausa), se sentindo seguro de saber que tem alguém que se preocupa pela gente, pelas pessoas, porque nem toda vez as pessoas tem facilidade de transporte e de ir ao posto médico, e vindo aqui fica melhor”.</i>	<i>“[...] tem alguém que se preocupa pela gente, pelas pessoas, porque nem toda vez as pessoas tem facilidade de transporte e de ir ao posto médico, [...]”.</i>	Sentimento de valorização e dificuldade de transporte.
F25	<i>“Tá boa! Eu to achando ótima! É difícil vir</i>	<i>“[...] Eu to achando ótima! É difícil vir gente da</i>	Sentimento de

	<i>gente da Universidade aqui em casa. Uma vez vieram chamar a gente pra fazer exames lá no Bettina, mas não vieram dizer o resultado”.</i>	<i>Universidade aqui em casa. [...]”.</i>	valorização e orientações satisfatórias.
F26	<i>“É uma coisa boa, né? Que chegou pra gente aqui! A gente fica feliz, né? De ver as pessoas aqui em casa! Acho que é uma coisa boa que aconteceu”.</i>	<i>“É uma coisa boa, né? Que chegou pra gente aqui! A gente fica feliz, né? De ver as pessoas aqui em casa! [...]”.</i>	Sentimento de valorização.
F27	<i>“Acho que realmente acontece da gente ter a enfermeira. É muito bom! A gente precisa muito. Nem sempre a gente tem como se locomover daqui até o posto. As vezes a gente não tem barco, não tem como ligar motor. Então tendo enfermeiro, agente de saúde, é muito importante contar com um profissional desse”.</i>	<i>“Acho que realmente acontece da gente ter a enfermeira. É muito bom! A gente precisa muito. Nem sempre a gente tem como se locomover daqui até o posto. [...]”.</i>	Precisar do atendimento e dificuldade de transporte.
F28	<i>“Olha, eu acho ótimo, porque aqui é muito difícil a gente ter recursos, a gente tem que ir atrás. Quando vem assim agente acha muito bom. Muito bom ter ajuda de quem sabe. É ótimo!”.</i>	<i>“Olha, eu acho ótimo, porque aqui é muito difícil a gente ter recursos, a gente tem que ir atrás. Quando vem assim agente acha muito bom. Muito bom ter ajuda de quem sabe. É ótimo!”.</i>	Sentimento de valorização e precariedade do serviço.
F29	<i>“Eu tenho visto uma situação boa, porque melhorou pra muita gente. Em vez de ir pra Belém entrar naquela fila que é um sacrifício, pra pegar uma ficha. Assim é muito mais fácil, aí também vem o médico do Combú”.</i>	<i>“Eu tenho visto uma situação boa, [...]. Assim é muito mais fácil, aí também vem o médico do Combú”.</i>	Sentimento de valorização.
F30	<i>“Eu acho bom. É importante, assim, de ter alguém da área da saúde, falando coisas que a gente não sabe, né? Meu pai passou um tempão doente. E eles vinham aqui em casa, falar de coisas pra gente. Aí eles iam falando, entendeu? Então eu acho isso importante ter, esse acompanhamento. Eu não vou dizer:- ‘há</i>	<i>“Eu acho bom. É importante, assim, de ter alguém da área da saúde, falando coisas que a gente não sabe, né? [...]”.</i>	Sentimento de valorização e orientações satisfatórias.

	<i>eu entendo alguma coisa', não! Eles vem e orientam. Eu acho importante. Coisas que a gente não tem, né? Infelizmente. Até a Agente Comunitária de Saúde tem na área, mas não faz visita. A desculpa é que não tem transporte, como vir. Mas tem muitas por aí que elas mesmas compraram pra ir fazer a visita. Mas na nossa área não ta tendo. Se a gente pudesse ter seria bom, importante".</i>		
--	--	--	--

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção de Enfermagem à famílias de comunidades menos favorecidas em um contexto sócio cultural do norte do Brasil e norte de Portugal

Pesquisador: Jacira Nunes Carvalho

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 17487213.6.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 961.277

Data da Relatoria: 26/01/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de estudo interinstitucional, internacional: entre Belém, Pará, Brasil e Porto, Portugal, com o propósito de estudar o cuidado de enfermagem à saúde das famílias. Tem por objetivo descrever como as famílias moradoras da ilha do Combú e da Vila do Conde enfrentam os problemas de saúde e como eles respondem às intervenções de enfermagem. Para encontrar resposta às questões de pesquisa optou-se pelo método misto (CRESWELL, 2010), Para coletar dados utilizar-se-á genograma, ecograma, o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar de Figueiredo, baseado em Wright e Leahey com adaptação realizada pelos pesquisadores, usar-se ainda a escala de estilo de vida de Nahas e o APGAR de família.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever como as famílias moradoras da ilha do Combú e da Vila do Conde enfrentam os problemas de saúde e de vida familiar e como elas respondem às intervenções de enfermagem.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil sócio-demográfico, cultural e tipológico das famílias residentes na ilha do

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 961.277

Combú (Brasil) e Vila do Conde, (Portugal). Desenvolver a avaliação das famílias moradoras da ilha do Combú e da vila do conde destacando os pontos fortes e frágeis passíveis de intervenção de enfermagem. Desenvolver as intervenções de enfermagem familiar em articulação com as Unidades de Saúde da Família da ilha do Combú e da vila do Conde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo apresenta uma magnitude mínima em relação aos riscos, pois qualquer dano ou desconforto aos sujeitos da pesquisa pode ser previsto previamente sendo minimizado mediante ao comprometimento ético da equipe elaboradora do projeto.

Benefícios:

Como benefícios, o estudo apresenta elevada possibilidade de gerar conhecimento no intuito de fortalecer as ações em saúde e de pesquisa realizadas no contexto da família e no cenário amazônico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado nesta nova versão, dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos, agora apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 961.277

BELEM, 24 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br