

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

LUIZ CESAR RODRIGUES VIEIRA

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: caracterização
da prática e fatores que interferem no desenvolvimento
profissional**

**Taubaté - SP
2021**

LUIZ CESAR RODRIGUES VIEIRA

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: caracterização da
prática e fatores que interferem no desenvolvimento
profissional**

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Educação e
Desenvolvimento Humano: Formação,
Políticas e Práticas Sociais, da
Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Contextos, Práticas
Sociais e Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angela
Boccarda de Paula

**Taubaté - SP
2021**

**SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS – SIBi
GRUPO ESPECIAL DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO – GETI
UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

V658p Vieira, Luiz Cesar Rodrigues

O processo de trabalho do Enfermeiro na estratégia de saúde da família: caracterização da prática e fatores que interferem no desenvolvimento profissional / Luiz César Rodrigues Vieira. – 2021.

233 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2021.

Orientação: Profa. Dra. Maria Angela Boccara de Paula, Departamento de Enfermagem.

1. Saúde da família. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Enfermeiros. 4. Prática profissional. 5. Desenvolvimento Humano. I. Universidade de Taubaté. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Humano. II. Título.

CDD – 610.73

LUIZ CESAR RODRIGUES VIEIRA

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: caracterização da prática e fatores que interferem no
desenvolvimento profissional**

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em educação e Desenvolvimento
Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais,
da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Contextos, Práticas
Sociais e Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angela Boccara de
Paula

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dr. (a) Maria Angela Boccara de Paula
Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. (a) Dr. (a) Elisa Maria Andrade Brisola
Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. (a) Dr. (a) Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar meus passos e permitir que eu alcance as metas profissionais almeçadas até aqui.

A minha mãe, pela companhia, compreensão, por estar ao meu lado sempre com palavras positivas e me fazer acreditar no profissional que eu sou.

A minha esposa Fatima Arthuzo, por percorrer comigo nessa trajetória.

A minha filha Julia. Por compreender a minha ausência às vezes necessária, por me incentivar, por me surpreender a cada dia e me fortalecer cada vez mais como pai.

Ao meu pai (in memoria), quem me inspirou, talvez o maior responsável pela minha escolha profissional.

A minha orientadora Profa. Dra. Angela Boccara, sem definições para agradecer seu profissionalismo, sua atenção e toda a paciência.

Aos amigos especiais que contribuíram e caminharam juntos comigo e me inspiraram a sempre saber mais: Dra. Natalia Abou Hala e Dr Celso Catelani.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Humano, em especial a Profa. Raquel e Marilsa pelo aceite em compor a banca de qualificação.

À Prof^a Dra. Elisa Brisola, pelo aceite em compor a banca e principalmente pelas brilhantes reflexões das aulas durante o programa.

À Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo por se fazer presente novamente na minha formação e por ter me concedido o privilégio de acompanhar suas consultas durante minha graduação.

A todos do Programa de Mestrado da UNITAU, secretaria, direção e professores e em especial aos professores do programa MDH.

Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente
você estará fazendo o impossível.

São Francisco de Assis

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família - ESF. Trata-se de pesquisa de campo, descritiva, exploratória e com abordagem quantitativa, desenvolvida em um município no interior do Vale do Paraíba Paulista, com 20 enfermeiros que atuavam na ESF. Os dados foram obtidos por meio de questionários e formulários, compostos por questões de múltipla escolha e questões dissertativas e escala *likert* para as questões que abordavam a opinião sobre princípios, diretrizes, atribuições realizadas e rotinas desempenhadas. As respostas foram importadas para a base de dados, criada no software SPHINX® e posteriormente foram analisadas por meio da estatística descritiva. A maioria dos participantes era do sexo feminino (18/90%), com idade entre 31 a 40 anos (15/75%), com predomínio de graduados em instituições privadas (08/40%), com no mínimo dois anos de experiência na APS (18/90%), porém a minoria era pós-graduados na área de atuação (09/45%). Sua rotina laboral era desenvolvida em conformidade com a PNAB, porém a educação permanente, os grupos de educação em saúde e as consultas de enfermagem apontaram para a necessidade de mudanças no desenvolvimento das ações e nas rotinas assistenciais. Quanto aos princípios e diretrizes, a equidade foi o único que para 100% (20) dos enfermeiros, as ações eram efetivas e somente 5% (01) mencionaram prática eficaz quanto a participação da comunidade. O enfermeiro conhecia a maioria das ações preconizadas, constatado pelo total de respostas obtidas em relação as atribuições gerais (679/89,3%) e específicas (451/94%). Quanto as atribuições gerais, as ações do eixo "Vigilância em saúde" obtiveram os melhores indicadores (Escore médio = 4,45; DP = 0,67) e entre as atribuições específicas, o eixo do "Cuidado individual, familiar e coletivo" (Escore 4,26; DP= 0,88). A maioria das ações foram avaliadas com escore 4 ou 5, indicando alto grau de contribuição com os propósitos da ESF. As ações dependentes do sistema, recursos da rede e institucionais obteve índices parcialmente satisfatórios, já as ações de participação popular, controle social e participação da comunidade obtiveram os piores indicadores. Entre os fatores que dificultaram ou impediram sua prática, foram identificados: a sobrecarga de atividades (15/75%), a ausência de protocolos (08/40%) e o excesso de atividades burocráticas (09/45%). Apesar de conhecerem as atribuições, a atuação dos enfermeiros vai além de suas responsabilidades, com rotinas que descaracterizam sua prática. Mesmo com os desafios apontados, é inegável a contribuição do enfermeiro no âmbito da APS, porém é necessário repensar a prática de forma que seja desenvolvida para alcançar os princípios e as diretrizes preconizadas na política de atenção básica brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária em Saúde, Enfermeiro, Desenvolvimento Humano, Processo de trabalho e Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the work process of nurses in the Family Health Strategy- FHS. It is a field research, descriptive, exploratory and with a quantitative approach, developed in a city in the countryside of the Vale do Paraíba Paulista, with 20 nurses who worked in the FHS. Data were obtained through questionnaires and forms, consisting of multiple-choice questions, essay questions and Likert scale for questions that addressed opinions about principles, guidelines, assignments performed and routines performed. The answers were imported into the database created in the SPHINX® software and later analyzed using descriptive statistics. Most participants were female (18/90%), aged between 31 and 40 years (15/75%), predominantly graduated from private institutions (08/40%), with at least two years of experience in PHC (18/90%). The minority was postgraduate in the area of their expertise (09/45%). Their work routine was developed in accordance with the PNAB, but continuing education, health education groups and nursing consultations pointed to the need for changes in the development of actions and care routines. Among the principles and guidelines, equity was the only one that for 100% (20) of the subjects the actions were effective. Only 5% (01) rated the practice as effective in terms of community participation. The nurse knew most of the recommended actions, as evidenced by the total number of responses obtained in relation to general (679/89.3%) and specific (451/94%) assignments. As for the general attributions, the actions of the "Health Surveillance" axis had the best indicators (Mean score = 4.45; SD = 0.67) and among the specific attributions, the axis of "Individual, family and collective care" (Score 4.26; SD = 0.88). Most actions were evaluated with a score of 4 or 5, indicating a high degree of contribution to the purposes of the FHS. The actions dependent on the system, network and institutional resources obtained partially satisfactory points; the actions of popular participation, social control and community participation had the worst indicators. Among the factors that hindered or impeded its practice, the following were identified: the overload of activities (15/75%); the absence of protocols (08/40%) and the excess of bureaucratic activities (09/45%). Despite knowing the attributions, the nurses' performance goes beyond their responsibilities, with routines that mischaracterize their practice. Even with the challenges pointed out, the contribution of the nurse within the scope of PHC is undeniable, but it is necessary to rethink the practice so that it is applied to achieve the principles and guidelines advocated in the Brazilian primary care policy.

KEYWORDS: Primary Health Care, Nurse, Human Development, Work Process and Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CE	Consulta de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DRS	Departamento Regional de Saúde
EAB	Equipes de Atenção Básica
EAPs	Equipes de Atenção Primária
ESFs	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAMO	Posto de Atendimento Médico e Odontológico
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TGCA	Taxa Geométrica de Crescimento Anual
TMI	Taxa de Moraldade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Processo de trabalho das Equipes de Atenção Primária.....	44
Quadro 02: Componentes do processo de trabalho de acordo com SANNA (2007) e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família na dimensão assistencial	47
Quadro 03: Atribuições específicas do enfermeiro conforme a PNAB (2017)	48
Quadro 04: Padronização das respostas quanto a periodicidade das atividades analisadas.....	55
Quadro 05 Modelo de questão referente ao conteúdo do formulário: princípios e diretrizes	57
Quadro 06: Modelo de questão - Atribuições gerais e comuns aos profissionais da Atenção Primária.....	58
Quadro 07: Parâmetros utilizados para análise dos dados referente as rotinas institucionais	63
Quadro 08: Escala de classificação do grau de contribuição das ações desenvolvidas com os princípios e diretrizes da atenção básica	64
Quadro 09: Escala de classificação do grau de contribuição das ações desenvolvidas com os objetivos e propósitos da ESF	64
Quadro 10: Intervalo e classificação do Escore Médio	68
Quadro 11 - Calendário de consultas citados pelos enfermeiros como “rotina do MS ou AB” das ações programáticas: Puericultura, Pré-natal, Hipertensão Arterial e Diabetes.....	87
Quadro 12 - Calendário de consultas citados pelos enfermeiros como “rotina do MS ou AB” das ações programáticas: controle do câncer de colo e de mama, tuberculose e hanseníase	88
Quadro 13 - Quadro síntese dos principais resultados em relação as respostas obtidas sobre o grau contribuição das ações desenvolvidas - Vale do Paraíba (2020)	121

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Mapa de Taubaté com cidades limítrofes	26
Figura 02: Redes Regionais de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde, estado de São Paulo	27
Figura 03: Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação ao uso dos protocolos de enfermagem utilizados na rotina de trabalho	29
Figura 04: Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à prática de solicitação de exames laboratoriais ou prescrição de medicamentos em relação ao tipo de programa	84
Figura 05: Distribuição em percentual de enfermeiros que realizam consulta de enfermagem e suas características do acompanhamento nos programas de Puericultura, Pré-natal, Hipertensão Arterial e Diabetes.....	85
Figura 06: Distribuição em percentual de enfermeiros que realizam consulta de enfermagem em relação às rotinas de acompanhamento nos programas de controle do câncer de colo e de mama, tuberculose e hanseníase.....	86
Figura 07: Distribuição em percentual de enfermeiros quanto à prática da visita a puérpera e RN e o tempo que se realiza a visita.....	87
Figura 08: Distribuição em percentual de enfermeiros quanto à prática da consulta a Puérpera e o tempo que se realiza a consulta.....	88
Figura 09: Distribuição em percentual de enfermeiros quanto à prática da consulta de enfermagem e rotina de atendimento a puérpera.....	89
Figura 10: Distribuição em percentual dos enfermeiros quanto ao tipo de consulta de enfermagem a outros grupos e ciclos da vida	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Distribuição populacional de Taubaté em relação às faixas etárias.....	27
Tabela 02: Distribuição dos enfermeiros quanto ao sexo, à idade, e perfil de formação profissional	67
Tabela 03: Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à modalidade e dos cursos de pós-graduações concluída	68
Tabela 04: Distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de permanência na atual equipe e treinamentos oferecidos pela instituição	69
Tabela 05: Distribuição dos enfermeiros em relação ao tempo de profissão e tempo de atuação na ESF	70
Tabela 06: Distribuição dos enfermeiros em relação ao tempo de exercício na ESF e pós-graduação concluída.....	71
Tabela 07: Frequência de realização e caracterização da gestão da agenda de atendimentos	72
Tabela 08: Frequência de realização e caracterização das atividades de gerenciamento de recursos físicos, materiais e infraestrutura da UBS.....	73
Tabela 09: Frequência de realização e caracterização das atividades de supervisão e coordenação dos agentes comunitários (n=20) - Vale do Paraíba, 2020.....	74
Tabela 10: Frequência de realização e caracterização das atividades de supervisão de enfermagem (n=20) - Vale do Paraíba, 2020	75
Tabela 11: Frequência de realização, participação do enfermeiro e caracterização das reuniões de equipe (n=20) - Vale do Paraíba, 2020	76
Tabela 12: Frequência de realização e caracterização das atividades de educação permanente - Vale do Paraíba, 2020	77
Tabela 13: Frequência de realização e caracterização dos grupos de educação em saúde (n=20) - Vale do Paraíba, 2020	78
Tabela 14: Distribuição das atividades e ações de educação em saúde e promoção da saúde (n=20). Vale do Paraíba, 2020.....	79
Tabela 15: Distribuição em percentual das causas determinantes a não realização de educação continuada e permanente e grupos de educação em saúde (n=20) - Vale do Paraíba, 2020	80
Tabela 16: Distribuição das respostas dos enfermeiros (n=20) em relação ao perfil da demanda programada e da demanda espontânea - Vale do Paraíba,	

2020.....	81
Tabela 17: Distribuição do perfil dos atendimentos domiciliares de acordo com a opinião dos enfermeiros (n=20). Vale do Paraíba, 2020	83
Tabela 18: Distribuição em percentual dos enfermeiros e seus respectivos motivos que determinam ou influenciam a não realização das consultas de enfermagem nas ações programáticas (n=20) - Vale do Paraíba-SP (2020)	91
Tabela 19: Distribuição em percentual de respostas em relação a presença dos princípios e diretrizes da APS presentes no trabalho do enfermeiro (n=20) – Vale do Paraíba (2020)	92
Tabela 20: Estatística descritiva das respostas obtidas pelos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações com os princípios e às diretrizes da APS. Vale do Paraíba, 2020	93
Tabela 21 Distribuição do percentual de respostas em relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre suas atribuições gerais, escore médio e desvio padrão das respostas em relação ao grau de contribuição das ações de cada eixo temático (n=20) – Vale do Paraíba (2020)	95
Tabela 22: Estatísticas descritiva do Eixo Temático I “Processo de territorialização, Cadastramento e mapeamento da área de abrangência”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.....	97
Tabela 23: Estatísticas descritiva do eixo temático II “Atenção integral e equânime ao indivíduo, família e coletividade”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais Vale do Paraíba, 2020	98
Tabela 24: Estatísticas descritiva do eixo temático III “Cuidado no domicílio e outros espaços do território adscrito” escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020	100
Tabela 25: Estatísticas descritiva do eixo temático IV “Planejamento e informação em saúde”, escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020	101
Tabela 26: Estatísticas descritiva do eixo temático V “Cuidado longitudinal e produção do cuidado em rede”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais Vale do Paraíba, 2020	103
Tabela 27: Estatísticas descritiva do eixo temático VI “Interdisciplinaridade: trabalho em equipe e educação permanente escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020	104
Tabela 28: Estatísticas descritiva do eixo temático VII “Vigilância em saúde, educação em saúde, prevenção de doenças e controle de agravos”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.....	106

Tabela 29: Estatísticas descritiva do eixo temático VIII - “Gerenciamento dos serviços de saúde”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.....	107
Tabela 30: Estatísticas descritiva do eixo temático XIX- “Participação popular, controle social e exercício da cidadania”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais Vale do Paraíba, 2020.....	108
Tabela 31: Distribuição do percentual de respostas em relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre suas atribuições específicas e escore médio e desvio padrão das respostas em relação ao grau de contribuição das ações de cada eixo temático (n=20) – Vale do Paraíba, 2020	110
Tabela 32: Estatísticas descritiva do Eixo Temático X “Cuidado ao indivíduo, família e coletividade no domicílio e demais espaço COMUNITÁRIOS”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições específicas. Vale do Paraíba, 2020	112
Tabela 33: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XI “Prática assistencial e o desenvolvimento da consulta de enfermagem”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições específicas. Vale do Paraíba, 2020	113
Tabela 34: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XII “Ações de enfermagem no acolhimento e na atenção à demanda espontânea”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições específicas. Vale do Paraíba, 2020.....	115
Tabela 35: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XIII “Atenção às condições crônicas e gestão de casos complexos” escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições específicas. Vale do Paraíba, 2020.	116
Tabela 36: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XIV “Trabalho com grupos e ações coletivas de educação, promoção da saúde e prevenção de doenças” escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições específicas. Vale do Paraíba, 2020	118
Tabela 37: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XV “Supervisão e gerenciamento de rotinas de competência específica”, escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições específicas. Vale do Paraíba, 2020.....	119
Tabela 38: Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação as atribuições reconhecidas como de sua responsabilidade - Vale do Paraíba, 2020.....	123
Tabela 39: Distribuição em percentual das respostas sobre as atribuições as quais os enfermeiros não consideram atribuições recomendadas. Vale do Paraíba,	

2020.....124

Tabela 40: Distribuição em percentual de respostas em relação aos fatores que dificultam e impedem o desenvolvimento das atribuições dos enfermeiros. Vale do Paraíba, 2020125

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Apresentação pessoal e motivação pelo estudo.....	18
1.2 O enfermeiro na estratégia de saúde da família: considerações iniciais	21
1.2.1 Problema.....	24
1.3 Objetivos.....	25
1.3.1 Objetivo geral	25
1.3.2 Objetivos específicos	25
1.4 Delimitação do estudo.....	26
1.4.1 Caracterização do município de taubaté: aspectos geográficos, sociodemográficos, condições de vida e de saúde da população.....	26
1.4.2 Caracterização da rede de atenção à saúde no município de taubaté-sp.....	29
1.5 Relevância do estudo / justificativa.....	34
1.6 Organização do Estudo	35
2. REVISÃO DE LITERATURA	36
2.1 A construção do sus: da medicina previdenciária à estratégia de saúde da família	36
2.2 A Política Nacional de Atenção Básica e o Processo de trabalho na Estratégia de Saúde Da Família	39
2.2.1 Princípios, diretrizes e reflexões sobre sua dimensão assistencial e operacional	41
2.2.2 o processo de trabalho do enfermeiro na estratégia de saúde da família	47
3 METODOLOGIA	53
3.1 Tipo de pesquisa.....	53
3.3 População/Amostra	53
3.2 Instrumentos para coleta de dados	54
3.3.1 Formulário de questões: perfil socioeconômico, profissional e de rotina de atividades de programação local em saúde	54
3.3.2 Questionário: princípios, diretrizes, atribuições gerais e comuns dos enfermeiros.....	55
3.3.3 Procedimentos para coleta de dados	60
3.3.4 Procedimentos para apresentação e análise dos dados.....	61
4 RESULTADOS	67
4.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros	67
4.2 Rotina de atividades laborais desenvolvidas de acordo com a programação local das unidades básicas de saúde	71

4.2.1 Atividades gerenciais: gestão dos serviços de saúde e coordenação do trabalho do ACS e da equipe de enfermagem.....	71
4.2.2. Atividades coletivas e interdisciplinares: educação permanente, educação em saúde e reunião de equipe.....	77
4.2.3 Atividades assistenciais no contexto da demanda programada e demanda espontânea.....	81
4.3 Processo de trabalho do enfermeiro: princípios, diretrizes e atribuições desenvolvidas.....	93
4.3.1 Princípios, diretrizes e contribuição das ações desenvolvidas.....	92
4.3.2 Atribuições gerais e específicas: conhecimento, análise da contribuição das ações e fatores que influenciam a prática.....	95
5 DISCUSSÃO.....	128
5.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros.....	128
5.2 Rotina de atividades laborais desenvolvidas de acordo com a programação local das unidades básicas de saúde.....	134
5.2.1 Atividades gerenciais: gestão dos serviços de saúde e coordenação do trabalho do acs e da equipe de enfermagem.....	134
5.2.2 Atividades coletivas e interdisciplinares: educação permanente, educação em saúde e reunião de equipe.....	139
5.2.3 Atividades assistenciais no contexto da demanda programada e demanda espontânea.....	145
5.3 Processo de trabalho do enfermeiro: princípios, diretrizes e atribuições desenvolvidas.....	154
5.3.1 Princípios e diretrizes: contribuição das ações desenvolvidas.....	154
5.3.2 Atribuições gerais e específicas: conhecimento, análise da contribuição das ações e fatores que influenciam a prática.....	159
6. CONCLUSÃO.....	175
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
REFERÊNCIAS.....	181
APÊNDICE I.....	183
APÊNDICE II.....	184
APÊNDICE III.....	203
APÊNDICE IV.....	219
APÊNDICE V.....	222
APÊNDICE VI.....	224
APÊNDICE VII.....	225
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	226

ANEXO B- CARTA DE APRESENTAÇÃO E INTENÇÃO DO PESQUISADOR ...	229
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	230

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação pessoal e motivação pelo estudo

A escolha pela enfermagem teve influência do meu pai, profissional dedicado à medicina, e que me possibilitou conhecer mais de perto o campo da saúde e me interessar pela área.

Graduei-me em 2006 na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-SP), pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP-SP). Ingressei e conclui três pós-graduações na modalidade lato sensu, duas especializações, Saúde da Família pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF/MG), Enfermagem Neonatal e Pediátrica pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP/SP) e Residência em Saúde da Família também pela UFJF/MG.

Apesar de admirar a enfermagem hospitalar e vivenciar experiências positivas durante a graduação e os estágios em hospitais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) sempre foi minha área de predileção, à qual me dediquei desde minha formação.

Já nos primeiros semestres do curso, as atividades científicas e de extensão das quais eu participava possuíam estreita relação com as ações desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS). Na condição de aluno bolsista, participei de projetos de extensão universitária relacionados aos temas “Educação em saúde e prevenção de doenças cardiovasculares” e “Educação continuada em imunizações”.

Durante os estágios curriculares, identificava-me com a prática assistencial do enfermeiro na ESF, condição que me motivou a realizar estágio extracurricular em Consulta de Enfermagem na saúde do adulto e ao paciente com Hanseníase no Centro de Saúde Escola, unidade integrada à FMB. No último semestre do curso, estava decidido a me pós graduar em ESF, e com a intenção de aprimorar meu conhecimento no âmbito da APS, optei por realizar estágio extracurricular em Unidades de Saúde da Família (360h - SMS/Botucatu-SP).

Minha trajetória profissional na APS iniciava-se em 2007, ao ingressar na

Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Acreditava que seria a melhor opção de aprendizado e aquisição de experiência para que, posteriormente, favorecesse o ingressar na carreira docente.

Apesar das limitações e desafios presentes, as características do processo de trabalho faziam-me acreditar na capacidade das equipes e na resolutividade do modelo de atenção proposto pela ESF.

Após concluir a residência em 2009, ingressei na carreira docente e permaneci por 10 anos, ministrando disciplinas nas áreas de Políticas Públicas de Saúde, Saúde Coletiva e Saúde da Família, além das disciplinas Saúde da Criança e do Recém-Nascido e Enfermagem na Saúde Mental.

Entre os anos de 2009 e 2021, assumi não só as funções de docente e supervisor, mas também de coordenador de estágio no curso de graduação em Enfermagem na área de saúde coletiva, e atuei por dois anos como preceptor em APS no curso de medicina. Assumi funções de coordenador de cursos técnicos nas áreas de enfermagem, gestão em saúde pública, formação em Agente Comunitário de Saúde e Técnico em Vigilância em Saúde. Dado que adotei o foco no campo da saúde coletiva e saúde pública, renunciei a outras oportunidades no ensino e na assistência, as quais não se relacionavam com a APS.

Continuei dedicando-me à APS e, durante os anos de 2013 a 2019, ministrei cursos, palestras e treinamentos para acadêmicos de enfermagem e enfermeiros da rede pública de saúde. Ao longo dessas experiências de educação permanente e educação continuada, pude conhecer as fragilidades e as demandas relacionadas ao campo de trabalho.

A preceptoria e a supervisão de estágio permitiram-me conhecer diferentes cenários de atuação das equipes na APS e identificar diversos desafios presentes nos serviços de saúde. Durante as atividades de supervisão de estágio, pude conhecer diferentes realidades vividas por equipes de saúde da família nos diferentes municípios do Vale do Paraíba. Estabelecer parcerias com enfermeiros do serviço, priorizando a vivência acadêmica das ações preconizadas pelos programas de saúde pública, foi enriquecedor para minha formação.

Conheci realidades que divergiam entre si e em relação ao que se preconizava pelas políticas de saúde e pela legislação profissional do enfermeiro. O processo de trabalho na ESF não se consolidava de acordo com a proposta do modelo assistencial, e na medida que eu conhecia novas realidades, conhecia novas lacunas entre os propósitos da ESF e as atividades desempenhadas pela formação na Saúde da Família.

Observei que a prática do enfermeiro, no que se refere a algumas atribuições, muito divergia dos propósitos preconizados para a APS, e que algumas rotinas e ações não eram desenvolvidas. Apesar de todo o aporte teórico e técnico que instrumentaliza a atuação desse profissional, o enfermeiro enfrentava dificuldades para desenvolver suas atribuições, e por diversos fatores inerentes à sua prática e seu ambiente de trabalho, as ações não eram desenvolvidas de acordo com as normativas do Ministério da Saúde (MS) em seu processo de trabalho.

Em diferentes cenários, percebo: baixa produção de consultas de enfermagem; metodologia inapropriada para práticas de educação em saúde; ausência de planejamento das ações; distanciamento e falta de envolvimento com a prática clínica; além de dedicação exclusiva e excessiva às responsabilidades burocráticas e gerenciais as quais, muitas vezes, eram atribuições comuns à equipe, mas que o enfermeiro às incorporavam ao conjunto de suas atribuições.

Diante dessa trajetória, ainda em construção, como aluno do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano pela Universidade de Taubaté – SP e na condição de enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Pindamonhangaba busco respostas para as seguintes inquietações, as quais me motivaram a desenvolver o estudo.

Atuando no processo de formação do enfermeiro e conhecendo os diferentes cenários da APS, tais inquietações foram norteadoras para reconhecer se a prática desenvolvida está em conformidade com os propósitos da ESF.

1.2 O enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: considerações iniciais

Ao longo da história da saúde pública, os modelos de atenção à saúde adotaram diferentes concepções sobre o processo saúde-doença. Por muitas décadas e até durante o século XX, prevaleceu a hegemonia do modelo biomédico na prática e no ensino das profissões de saúde, em que a atenção estava centrada na doença e na medicalização, baseando-se na visão biomédica de que a saúde é a ausência de doença (FERTONANI et al., 2014).

A ESF é o modelo assistencial adotado para a APS, o qual visa a superação do paradigma biomédico, reconhecido como eixo estruturante do processo de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos princípios e diretrizes da APS. As ações preconizadas baseiam-se nos princípios da vigilância em saúde e no perfil epidemiológico da comunidade, garantindo a resolutividade de grande parte dos problemas de saúde da comunidade, e se configurando como porta de entrada para o sistema de saúde (FERTONANI, 2015).

A ESF foi implantada no Brasil em 1994, quando, primeiramente, tinha como proposta ser um dos programas do Ministério da Saúde, sendo posteriormente consolidada como Estratégia. Ao longo de duas edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi considerada o modelo adotado para APS (BRASIL, 2007).

Segundo a nova PNAB de 2017, a ESF não é a única, mas é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção em saúde no nível primário. Busca o cuidado desde a proteção, prevenção, até a recuperação da saúde. Em uma perspectiva integral e resolutiva, por meio de ações de caráter individual e coletivo, compreende o sujeito inserido no contexto familiar e comunitário (BRASIL, 2017).

De acordo com a resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação, no processo de formação do enfermeiro, este deve desenvolver competências e habilidades específicas para atuar em conformidade com as ações previstas pelos programas de assistência integral, além de planejar e desenvolver ações compatíveis com as diferentes necessidades da população, em

conformidade com as necessidades das Políticas de Saúde e do SUS (BRASIL, 2001).

Nesse cenário de transformação das práticas de saúde, o campo de atuação dos profissionais de saúde e de enfermagem precisou ser reformulado para atender o modelo proposto.

O enfermeiro depara-se, então, com atribuições gerais e específicas, assume responsabilidades com diferentes graus de complexidade técnica, para as quais se faz necessário o conhecimento generalista para, então, assistir a comunidade nos diferentes ciclos de vida, com ações gerenciais, assistenciais, educativas e preventivas, e com foco nas ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Entre os desafios das atividades assistenciais, a consulta de enfermagem é uma das principais atividades dos programas de saúde pública no âmbito da rede básica de saúde, e se encontra em cenário de baixa produtividade no seu campo de atuação (FELICIANO; KOVASC; SARINHO, 2010).

Outro aspecto observado no campo prático, que desponta como uma das atividades inerentes ao enfermeiro, são as ações de educação em saúde e prevenção de doenças. Percebe-se a falta de planejamento e a insuficiência técnica dos enfermeiros para desenvolver grupos, além de se sentirem desmotivados para realizá-los, pois a população e a gestão valorizam a prática clínica em detrimento das ações educativas (MORENO et al., 2015).

Ainda no que tange aos desafios da prática, a enfermagem tem, na sua essência, a gerência como um dos pilares do seu processo de trabalho. Dessa forma, o acúmulo de atividades administrativas contribui para que o enfermeiro priorize tais atividades em detrimento do cuidado e da prática clínica e assistencial (MORENO et al., 2015).

Para Magalhães e Vieira (2011), a APS possui elevada demanda advinda da comunidade e que, portanto, requer dos profissionais da equipe o desenvolvimento de diversas atribuições. Devido às características da profissão, e por assumir a liderança da equipe e adquirir conhecimento interdisciplinar durante sua formação, existe uma problemática de sobrecarga de atividades com acúmulo de funções,

mesmo que estejam no rol das suas atribuições.

Para tanto, existem diversos fatores que podem resultar na sobrecarga do enfermeiro ao assumir as diferentes atribuições. Mesmo que existam atribuições comuns aos integrantes da equipe e à função de coordenador do serviço, as características da profissão colocam-no numa posição de referência para equipe e para a comunidade e, desse modo, as ações acabam centralizadas neste profissional (MORENO et al., 2015).

A existência de rotinas impostas pela gestão, sem muitas vezes considerar a viabilidade para executá-la, pode resultar em não realização das atribuições preconizadas pelos programas de saúde pública. Dessa forma, para atender a demanda do serviço, as ações podem resultar em uma prática sem qualidade, tecnicamente insuficiente e distante do que é proposto pela PNAB e pela legislação profissional. Esse cenário dificulta o profissional encontrar o ponto de equilíbrio para desenvolver as atividades coletivas, educativas, participativas e gerenciais em conformidade com as políticas de saúde e os propósitos da ESF (CAÇADOR et al., 2015).

Diante desse cenário, os princípios e diretrizes não são garantidos pela prática e nem sempre são possíveis de serem implementados, visto que, no cenário real da saúde pública, diversos desafios políticos, estruturais e conjunturais podem tornar os princípios e diretrizes da política de saúde impraticáveis.

É necessário repensar a prática para garantir e implementar o que encontra delineado em seu campo de atuação profissional para contribuir com a sociedade e com o desenvolvimento do SUS

Mesmo com os desafios, de acordo com Kalinowski (2012), os enfermeiros que atuam na APS, se reconhecem como agentes de transformação do modo de produzir saúde, dotados de capacidades específicas e da autonomia relacionada a um desempenho técnico para cumprir as diretrizes das políticas de saúde e alcançar a valorização social.

Apesar dos avanços e da ESF contribuírem com a visibilidade desse profissional e com desenvolvimento da sua prática em todas as dimensões, o

cenário real contribui para que as ações desenvolvidas se configurem como prática que se contrapõem ao ideal e ao recomendado, marcado por desafios no desenvolvimento de suas atribuições (MORENO et al., 2015; CAÇADOR et al., 2015).

O descumprimento aos princípios e diretrizes da PNAB aumenta o risco de prejuízo à qualidade do cuidado prestado e de retrocesso nas conquistas profissionais, comprometendo o delineamento do seu campo de atuação, sua autonomia e sua identidade na Saúde Coletiva e, conseqüentemente, ocasionando prejuízo no processo de efetivação dos princípios e das diretrizes em sua totalidade no âmbito da APS.

1.2.1 Problema

O enfermeiro possui formação generalista e humanística, que o possibilita atuar na APS de forma autônoma, conseguindo desenvolver o cuidado individual e coletivo, com ações que não se limitam ao modelo biomédico, curativista e centrado na técnica e doença.

Esse profissional atua como elemento chave na mudança do modelo assistencial proposto pela ESF, sendo o processo de trabalho baseado em atribuições definidas pela PNAB, princípios e diretrizes da APS e do SUS e legislação profissional.

O caráter inovador da ESF e as demandas presentes na APS culminam em uma série de desafios no campo político e operacional das ações em saúde em que o enfermeiro assume características diversas, as quais resultam na dicotomia entre o saber e o fazer, ocasionando dificuldades para a realização de atribuições e desenvolvimento de competências e habilidades para atuar no SUS, segundo o preconizado para o exercício da profissão.

Segundo a literatura existe uma lacuna entre o que é recomendado pelo modelo proposto e pelas diretrizes da PNAB quando comparado ao que se desenvolve no cenário prático (FELICIANO; KOVASC; SARINHO, 2010; MORENO

et al., 2015, MAGALHÃES e VIEIRA. 2011). Diante desse contexto, surgiram as seguintes inquietações: O enfermeiro conhece as atribuições preconizadas pela PNAB em seu processo de trabalho? Quais atividades desenvolvidas estão em conformidade com as políticas de saúde e com as atribuições preconizadas? Quais fatores ou situações colocam-no em uma situação de não realização de suas atribuições?

Essas e outras questões devem ser estudadas para compreender se o processo de trabalho na ESF está em conformidade com a proposta do modelo assistencial em questão.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho do enfermeiro na ESF.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da ESF.
- Conhecer a rotina laboral dos enfermeiros e verificar se as atividades desenvolvidas estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.
- Verificar se as ações desenvolvidas pelo enfermeiro estão de acordo com os princípios e diretrizes da PNAB.
- Verificar o conhecimento dos enfermeiros que atuam em Unidades da ESF em relação às atribuições preconizadas pela PNAB.
- Identificar fatores que desfavorecem o desenvolvimento das ações e a realização das atribuições do enfermeiro na ESF.

1.4 Delimitação do estudo

1.4.1 Caracterização do município de Taubaté: aspectos geográficos, sociodemográficos, condições de vida e de saúde da população

O estudo foi realizado no município de Taubaté, fundado em 5 de dezembro de 1645 e localizado na Região Metropolitana do Vale do Paraíba. É uma tradicional cidade do leste paulista, que se transformou em centro universitário e industrial do Vale do Paraíba. Destacou-se como o município de maior produção de café em zona paulista e se projeta como centro industrial, pecuarista e rizicultor, além de ter significativa função cultural (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2020).

Possui extensão territorial de 624,885 km e se localiza, estrategicamente, a 120 km de São Paulo - com acesso pelas rodovias Presidente Eurico Gaspar Dutra (BR 116) e Governador Carvalho Pinto (SP 70) - e a 280 km da capital do Rio de Janeiro (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2020). Faz fronteira com os municípios de Monteiro Lobato, Tremembé, Pindamonhangaba, Roseira, Caçapava, Redenção da Serra, Lagoinha e São Luís do Paraitinga, conforme pode ser observado na figura a seguir:

Figura 01: Mapa de Taubaté com cidades limítrofes



Fonte: GOOGLE MAPS (2020)

Possui 309.483 habitantes, com densidade demográfica de 495,2

habitantes/km² e taxa de urbanização de 97,6%. É considerado o 23º município mais populoso do estado de São Paulo e o 61º município com maior densidade demográfica. Nos últimos 10 anos obteve uma Taxa Geométrica de Crescimento Anual (TGCA) de 1%, superior à taxa do estado de São Paulo (0,8%). A população adulta de 20 a 59 anos, corresponde a 59,80%, e a população idosa possui percentual de 15,3% conforme apresentado na Tabela 01 (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2020).

Tabela 01 – Distribuição populacional de Taubaté em relação às faixas etárias

Faixa etária	n	%
0 a 4 anos	19.043	6,10%
9 anos	19.710	6,40%
10 a 19 anos	37.746	12,30%
20 a 59 anos	183.758	59,80%
Idosos	47.104	15,30%
Total	307.361	100,00%

Fonte: Sistema Estadual de Análise de Dados, 2020

Em 2020, tornou-se a 16ª cidade com a melhor qualidade de vida do país, de acordo com IDGM 0,706 (Índice de Desafios da Gestão Municipal), analisando as áreas da educação, saúde, segurança, saneamento e sustentabilidade. Segundo o último Censo de 2010, possui alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (0,8), maior que o índice médio do estado de São Paulo, que foi de 0,78 (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2020).

A economia da cidade conta com 420 indústrias, 2.465 empreendimentos comerciais, 2.293 empresas de serviços em atividade, o que contribui com 81.874 relações de trabalhos formais no ano de 2010 (PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ, 2013). Ainda no campo econômico, em 2017, o município obteve o 54º maior PIB do país, com cerca de R\$ 16,8 bilhões. Os setores de indústria, serviços e administração pública contribuíram, respectivamente, com 43,3%, 47,6% e 8,9% do PIB total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020)

O PIB *per capita* municipal, nesse mesmo ano, foi de R\$ 56.160,07,

superando o PIB médio do estado de São Paulo (R\$ 48.537,53). O salário médio mensal dos trabalhadores formais foi de 3,3 salários-mínimos (33º maior média entre os municípios), e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total foi de 29,3%, obtendo 144º colocação entre os percentuais do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

No que tange às condições de infraestrutura e saneamento básico, com base no número de população residente da área urbana, cerca de 98,6% da população possui abastecimento de água, 99,78% é atendida por serviços regulares de coleta de lixo e 95,3% é atendida por rede geral de esgoto sanitário (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2020).

No tocante aos indicadores vitais, de acordo com o DATASUS, a taxa de mortalidade infantil média, em 2017, foi de 12,53 para 1.000 nascidos vivos, ocupando 230ª posição entre os 645 municípios do estado e, se comparado com outras cidades do Brasil, corresponde à posição 2471ª de um total de 5570 municípios brasileiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Em 2018, a Taxa de Mortalidade Infantil do município foi de 10,13 para cada 1.000 nascidos vivos, sendo menor que a do estado de São Paulo (10,70) e superior à taxa de mortalidade infantil média dos municípios da Regional de Saúde Taubaté – XVII (9,6 para cada 1.000 habitantes). Neste mesmo ano, a taxa de mortalidade geral foi na ordem de 7,02 para cada 1000 habitantes, maior que a do estado de São Paulo, com 6,77 (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DOS DADOS, 2020).

Com relação às principais causas de mortalidade da população de Taubaté, de acordo com os dados disponíveis no DATASUS, no ano de 2009, 30,3% teve como causa as doenças do aparelho cardiovascular, 18,8% relacionada às neoplasias e 14,3% relacionada ao aparelho respiratório. As quatro principais causas de mortalidade e seus respectivos coeficientes de mortalidade para 100 mil habitantes, no município da Taubaté, são: infarto agudo do miocárdio (55,7); doenças cerebrovasculares (42,1); diabetes mellitus (28,1) e neoplasias malignas da mama (21,8). Essas também estão entre as quatro principais causas de mortalidade

no estado de São Paulo e no país.

1.4.2 Caracterização da Rede de Atenção à Saúde no município de Taubaté-SP

Taubaté é um dos 39 municípios que compõe a 17ª Região de Saúde do Estado de São Paulo, além de ser município sede do Departamento Regional de Saúde XVII (DRS XVII-Taubaté). A 17ª Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 17) localiza-se na macrorregião sul/sudeste do estado de São Paulo, sendo composta pelo Departamento Regional de Saúde de Taubaté e seus municípios agregados nas Regiões de Saúde: Alto Vale do Paraíba, Circuito da Fé – Vale Histórico, Litoral Norte e Vale do Paraíba – Região Serrana (Figura 2), abrangendo uma população total de 2.264.594 habitantes (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2014).

Figura 02: Redes Regionais de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde, estado de São Paulo



Fonte: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2014

De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB – 2018), Taubaté possui 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e adota duas modalidades de equipes, ambas previstas pelas normativas do Ministério da Saúde. Para caracterizá-las e compreender a dinâmica do processo de trabalho, é importante conhecer os dois modelos de equipes existentes.

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada em Taubaté em 2002 e, de acordo com dados do DATASUS, de 2005 a 2009 e após implantação, houve melhoras significativas nos indicadores de saúde, principalmente nas causas sensíveis à atenção básica. A taxa de aleitamento materno exclusivo aumentou de 50,8% em 2005 a 75,8% em 2009, e a taxa de mortalidade infantil por diarreia diminuiu de 14,7% em 2005 para 2,2% em 2006. O percentual de cobertura de gestantes em acompanhamento regular no pré-natal, aumentou de 71,5% em 2005 para 92,8% no ano seguinte. Tais dados apontam os benefícios do modelo em uma das áreas estratégicas do Ministério da Saúde, foco das equipes no nível primário de atenção à saúde.

A PNAB prevê duas modalidades de equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde. São elas as Equipes de Saúde da Família (ESFs) e as Equipes de Atenção Básica. Esta última, atualmente denomina-se Equipes de Atenção Primária (EAPs), nomenclatura instituída pela portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019 que definiu as regras de financiamento para ambas (BRASIL, 2019).

A UBS se configura como serviços de atenção primária e como porta de entrada preferencial para a população, com a finalidade de oferecer atendimento clínico básico, de acordo com os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Elas se diferenciam quanto à composição da equipe mínima, dinâmica dos serviços ofertados e arranjo assistencial.

As 35 EAPs estão distribuídas em uma UBS, das quais são vinte Unidades Básicas de Saúde, denominadas “Postos de Atendimento Médico Odontológico” (PAMO), seis Unidades Básicas de Saúde, denominadas “UBS mais”, e outras nove Unidades Básicas de Saúde, denominadas PAMO/ESF, as quais possuem as duas modalidades de equipes (EAPs/ESFs)

Tais equipes realizam os atendimentos previstos para a rede básica de

saúde, tais como consultas com clínico geral, ginecologista, dentista, pediatra, psicólogo, e assistência de enfermeiros, equipe de técnicos, auxiliares de enfermagem e de saúde bucal. Dessa forma, assim como nas ESF, essas possuem um território sanitário de responsabilidade e a equipe é referência para as famílias do bairro em que se localiza, porém, com um arranjo diferenciado.

Ao que se refere à diferença entre os “PAMOS” e “UBS mais”, para essa última, além dos atendimentos da rede básica de saúde, são realizados atendimentos especializados, como cardiologia, ortopedia, endocrinologia, vascular, geriatria e dermatologia. Cada “UBS mais” é referência para mais de uma comunidade, e tais especialidades atuam como equipe de referência para as comunidades assistidas pelas EAPs e pelas ESFs, de acordo com a regionalização dos serviços municipais (PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ, 2017).

Além das EAPs, outra modalidade adotada são as ESFs, desenvolvida em 21 Unidades Básicas de Saúde, incluindo os núcleos da área rural, totalizando 31 ESF. A composição da equipe segue recomendações mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde, composta por médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem.

As ESFs também possuem equipe de saúde bucal. Há também UBS com médico pediatra e ginecologista, atuando como referência para a equipe em casos específicos, além de outros profissionais, como fisioterapeutas e psicólogos nas unidades de PAMOs e ESFs.

Das 21 UBS que operam como ESF, em nove delas há EAPs atuando em conjunto com a ESF, e na mesma UBS, compartilhando da mesma estrutura e rotina de atendimento, porém com profissionais e áreas de abrangência diferentes. Vale ressaltar que nas unidades PAMO/ESF, as quais operam em ambos os modelos, até o momento, só há um único enfermeiro para atender a comunidade da área de abrangência das ESFs e da EAPs.

Ao que se refere ao cenário do estudo, a pesquisa foi realizada nas UBS com equipes de ESF. De acordo com as informações coletadas com a gestão da atenção básica no período do estudo, Taubaté estava em processo de ampliação e reestruturação das equipes de ESF. Sendo assim, duas equipes haviam sido recém-

implantadas há menos de seis meses.

Das 29 equipes distribuídas em 21 UBS, quatro equipes eram da área rural e 25 da área urbana. Durante o período da primeira etapa da pesquisa, três equipes não dispunham de enfermeiros. Tais ausências se devem a duas vagas que seriam preenchidas, segundo o último edital de concurso público, e a uma licença maternidade.

A Rede de Serviços de Saúde de Taubaté de Administração Pública é ampla e complexa, e oferece as principais especialidades em diferentes níveis de assistência e complexidade.

Quanto ao nível secundário de serviços em saúde, para algumas especialidades e para uma parcela da população, os atendimentos desenvolvidos por médicos especialistas ocorrem nas UBS, denominadas “UBS mais”, referências para bairros específicos. Taubaté também oferece atendimento ambulatorial de especialidades médicas e exames complementares na Policlínica Municipal Adulta e Pediátrica e do Ambulatório de Doenças Infecciosas (AMI) (PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ, 2017).

A rede de saúde também conta com uma Unidade de Saúde Especializada para gestantes e recém-nascidos de risco, a qual oferece consultas especializadas no Ambulatório de Segmento de Bebês de Risco, Gestação de Alto Risco, Programa de Planejamento Familiar, além de outras especialidades clínicas, como ambulatório de Cirurgia Pediátrica, Alergia Alimentar, Alergia e Imunologia Pediátrica, Fisiatria, além de ser Centro de Referência Regional de Bloqueio Neuromuscular Periférico (PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ, 2017).

O município possui rede de exames própria e contratada. A oferta de exames complementares ocorre na Policlínica Municipal, assim como alguns procedimentos de pequena e média complexidade, como, por exemplo, as pequenas cirurgias. Para outros exames, possui serviço terceirizado, que oferece o atendimento em sede própria e em diferentes UBS.

A Atenção Psicossocial é composta por três categorias de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). São eles: o CAPS AD 24h, CAPS II e CAPS infantil,

além de dispor de uma enfermaria de psiquiatria no Hospital Universitário e de leitos psiquiátricos em uma das Unidades de Pronto Atendimento.

São cinco as Unidades de Urgência e Emergência que compreendem as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), para o atendimento de casos graves e a situações de urgência e emergência. As UPAs dispõem de equipe médica de generalistas, emergencistas, ortopedistas de plantão presencial e algumas especialidades à distância, como psiquiatria, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia vascular, oftalmologia, odontologia e cirurgia bucomaxilofacial (PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ, 2017)

Na alta complexidade, Taubaté é sede de duas instituições com relevância para a Rede e Região do Vale do Paraíba: Hospital Universitário e o Hospital Regional do Vale do Paraíba. O Hospital Universitário realiza atendimento a todo o Vale do Paraíba e Litoral Norte do Estado de São Paulo e outras regiões. Oferece 182 leitos, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico. O serviço Ambulatorial atende diversas especialidades, além de serviços de diagnóstico. Possui, ainda, um Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia com atendimento 24h e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica e Neonatal (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2021).

Completando a Rede de Serviços de Alta complexidade, o Hospital Regional é um hospital-geral, voltado para casos de média e alta complexidade, com perfil cirúrgico. Possui 249 leitos e é referência para 39 municípios do interior do Estado de São Paulo. Possui Pronto Atendimento Adulto e Infantil, UTI geral e cardiológica, exames clínicos e diagnósticos por imagem, além de Hemodinâmica 24h. A referida instituição também é referência nas especialidades de Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia, Oncologia, Cirurgia Cardíaca, Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, 2021).

Em uma região com ampla rede de serviços de saúde, constata-se a expansão dos cursos de graduação de enfermagem. Nos últimos 10 anos, foram criados mais de cinco cursos. As cidades de Lorena, Caçapava, Ubatuba e Pindamonhangaba possuem uma instituição de ensino e na cidade de Taubaté e São José dos Campos outras quatro instituições.

Por fim, é possível constatar que a ampla rede de serviços de saúde, bem como as características da composição e organização da rede básica de saúde, associadas às informações apresentadas até aqui sobre o município em questão, reúnem condições essenciais e necessárias para desenvolvimento da pesquisa.

1.5 Relevância do estudo / justificativa

A enfermagem é uma profissão dinâmica, sujeita a mudanças no processo de trabalho, especialmente em consequência da incorporação de novos saberes aplicados ao seu campo profissional. Como prática social, contribui com possibilidades concretas para transformação da sociedade e do sistema de saúde, portanto contribui para a atenção às necessidades de saúde da população.

O enfermeiro ganhou visibilidade na ESF e nas novas atribuições, e desenvolve a prática profissional com base nos princípios e nas diretrizes da Atenção Básica. No entanto, há desafios neste cenário que dificultam o processo de trabalho do enfermeiro, resultando em distanciamento entre teoria, prática e atribuições referentes às recomendações técnicas e éticas (BACKES et al., 2012; CAÇADOR et al., 2014).

Ainda que a ESF contribua com a autonomia do enfermeiro, o cotidiano da APS no SUS é marcado pela responsabilização e por um conjunto de atividades variadas que compõem a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde para dar respostas às demandas de saúde. Estas ocorrem em um cenário marcado pela sobrecarga de atividades, responsabilidade por funções mal definidas e condições inadequadas de trabalho. No entanto, questiona-se se esse cenário afeta o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Considerando que o processo de trabalho do enfermeiro é amparado pela legislação profissional e pelas nas recomendações da PNAB, a avaliação desta prática, pode oferecer subsídios para análise da efetividade das Políticas Públicas do SUS, como referencial político e teórico, visando quantificar e caracterizar as ações desenvolvidas.

Nesse contexto, a enfermagem se modifica a partir das necessidades sociais de saúde determinadas pelo momento histórico, político e conjuntural no SUS. Sendo assim, este estudo justifica-se pela importância da atuação deste profissional, ao verificar se as mudanças e a ampliação do seu campo de atuação são efetivas para o cuidado de pessoas, família e comunidade, tendo em vista toda a conjuntura do ambiente de trabalho.

Por fim, as atribuições do enfermeiro no âmbito da atenção básica são orientadas por diretrizes e princípios, e delimitadas no campo político e legal. Torna-se, portanto, relevante verificar se o processo de trabalho na ESF atende ao que recomendam programas e políticas de saúde, compreendendo os fatores que influenciam o desenvolvimento das atribuições, por considerar a compreensão dos fatores que influenciam a melhoria, a efetivação e a consolidação da Saúde da Família.

1.6 Organização do estudo

No segundo capítulo, é abordada a Trajetória histórica da construção do SUS até a criação da ESF. O terceiro capítulo trata da Política Nacional de Atenção Básica e o processo de trabalho na ESF. No quarto capítulo, é descrita a trajetória metodológica adotada e os instrumentos utilizados para coleta de dados são apresentados. No quarto e quinto capítulo são apresentados, respectivamente, os resultados e a discussão acerca do perfil dos sujeitos do estudo, opinião e conhecimento e atribuições realizadas pelo profissional. O sexto capítulo é dedicado à conclusão e, por fim, fazem-se as considerações finais no sétimo e último capítulo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A construção do sus: da medicina previdenciária à estratégia de saúde da família

Até o início do século XX, as intervenções estatais no campo da saúde eram mínimas e se limitavam, basicamente, às campanhas sanitárias, campanhas de vacinação e controle de endemias rurais e epidemias urbanas. Os acessos aos serviços de saúde, inicialmente, foram garantidos aos trabalhadores contribuintes de um sistema previdenciário de assistência médica. Hospitais filantrópicos e profissionais liberais assistiam ao população não contribuinte e excluído do processo (CARVALHO, 2013; BRAGA MACEDO, 2015; PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

A trajetória histórica da medicina previdenciária como antecessora da criação do SUS vai desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, datadas de 1923, até o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e seu desdobramento em INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) em 1973, ambos com a finalidade de oferecer assistência médica e proteção social ao trabalhador contribuinte (BATICH, 2004). Sendo assim a ampliação do acesso à saúde e o processo de criação do SUS surge no contexto das reivindicações populares por melhores condições de saúde, e de acesso à assistência médica previdenciária.

Na segunda metade da década de 70, o governo militar começava a perder força na esfera econômica, levando consigo o sistema INPS/ INAMPS, seja por gastos excessivos ou por fraudes envolvendo os serviços privados. É um período de crescimento econômico, marcado por uma redução da mortalidade infantil, mas também pela existência de doenças crônico-degenerativas, mortes de jovens e adultos jovens por causas externas, impulsionadas pela desigualdade social, pela fome e a falta de saneamento básico (FIGUEIREDO; PORTO JUNIOR, 2017; PONTE, REIS, FONSECA, 2010).

É nesse período de crescimento econômico, que ressurgem os movimentos

sociais e de redemocratização do país, lutando contra o acesso a bens e serviços públicos ou privados de qualidade, restrito às elites políticas e econômicas.

Crescem as reivindicações de acadêmicos, cientistas, profissionais da saúde e líderes de movimentos por melhor qualidade de vida da população e acesso à saúde. Este movimento se fortaleceu e teve seu marco histórico em 1978 denominado Reforma Sanitária, a qual tinha como proposta a construção de uma política de saúde democrática, equânime, justa, descentralizada, universalizada e unificada. A saúde era defendida não somente como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas também como uma questão social, política, pública e de acesso universal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; CARVALHO, 2013).

Contemporânea à Reforma Sanitária Brasileira, ocorre a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma Ata, organizada pela OMS e UNICEF. Os países envolvidos se comprometeram a formular políticas nacionais para implementar a APS como integrante de um sistema de saúde e assinaram a Declaração de Alma-Ata, documento que define os cuidados primários os quais representam e reafirmam o compromisso dos países na promoção da saúde como direito humano fundamental e meta social mundial (GIOVANELLA, 2019).

Os debates caminharam pautados nos princípios de universalização, hierarquização e regionalização. Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito ampliado da saúde e delineou os fundamentos do SUS (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2001). Dois anos mais tarde, ao ser proclamada a Constituição Federal, o país retorna ao regime democrático, e a nova carta constitucional transforma a saúde em um direito de cidadania. Uma das histórias mais importantes no campo das políticas públicas e sociais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O SUS é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, por meio de princípios organizativos e doutrinários. Com isso, os princípios e diretrizes do SUS, a partir desta data, passam a ser um dos pilares da construção de toda e qualquer política e programa de saúde pública. A Lei 8.142/90, além de garantir a participação

da comunidade na gestão do SUS, regulamenta o sistema de financiamento, garantindo autonomia aos estados e municípios (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; MENICUCCI, 2014). As ações e serviços de saúde, garantidos pelo SUS, passam a ser dispostos em rede de serviços de saúde, que deve estar integrada e organizada basicamente em três níveis hierárquicos de assistência progressivos, segundo o grau de complexidade tecnológica (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; MENICUCCI, 2014).

Neste arranjo assistencial, a “Atenção Primária à Saúde” é o primeiro nível de assistência, que já havia se destacado com a Reforma Sanitária e com a Declaração de Alma Ata, em 1978, e que a define como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, a um custo que tanto a comunidade quanto o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalha, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Os conceitos sugeridos para a APS possuem várias denominações, as quais não são excludentes, porém integram um único modelo assistencial, definidos por Starfield (2002) como um conjunto de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, ou seja, o primeiro nível de assistência conectado aos demais níveis que integram o sistema de saúde.

A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 reconhece os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária” como sendo de mesmo significado, e reconhece a ESF como estratégia prioritária e como proposta de consolidação da APS. Dessa forma, fica, então, estabelecido em seu artigo quarto, parágrafo único que:

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Desde sua criação, o objetivo da ESF é contribuir com o modelo assistencial a partir da APS, imprimindo uma nova dinâmica no processo de trabalho na UBS, ampliando a resolutividade e o acesso ao SUS (BRASIL, 1997). Apesar de ser uma estratégia prioritária, em sua última edição, a PNAB foi objeto de críticas de autores e especialistas na área, temendo o risco de retrocesso e interrupção da sua expansão, ao reconhecer outros modelos e arranjos de equipes de APS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; MELO; OLIVEIRA, 2018).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi um dos responsáveis por impulsionar sua criação. Com ações preventivas e de cunho educativo, por meio de visitas domiciliares, contribuiu com a redução de internações hospitalares por causas sensíveis de se prevenir na atenção básica. Com isso, iniciaram-se discussões para o desenvolvimento de um programa com maior abrangência e melhor resolutividade (BRASIL, 2000).

Sendo assim, a ESF vem alcançando resultados relevantes: reduzindo internações, melhorando indicadores de saúde, ampliando o acesso à saúde e fortalecendo os princípios e as diretrizes do SUS, favorecendo a universalização dos cuidados primários e agregando princípios fundamentais para uma APS abrangente, além de melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional (ARANTES; HAMAN, 2016).

Por ser um modelo substitutivo e orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, é considerado uma estratégia em expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária, facilitadora do acesso universal à saúde (BRASIL, 2017).

2.2 A Política Nacional de Atenção Básica e o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família

A PNAB é de caráter norteador aos gestores e profissionais de saúde e possui dimensões técnica, operacional e organizacional, as quais orientam o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e sua contribuição no âmbito da Rede de Atenção do SUS, além de ter uma dimensão política e administrativa garantida pelos mecanismos de gestão política, financeira e estratégica (ALMEIDA,

et al., 2018).

Expressa em 13 artigos, dispõe sobre as generalidades e responsabilidades de cada esfera de governo, além de princípios e diretrizes da APS. É fundamental para o aperfeiçoamento do modelo de atenção e composição das equipes, ações e serviços de saúde no nível primário (BRASIL, 2017).

Sendo assim, pretende-se refletir sobre os princípios organizacionais e operacionais da APS, os quais fundamentam a atuação das equipes na ESF.

2.2.1 Princípios, diretrizes e reflexões sobre sua dimensão assistencial e operacional

O processo de trabalho das equipes na APS orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, bem como outras diretrizes inerentes ao nível primário, que são norteadores e estratégicos para as ações desenvolvidas. São eles a Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização e Hierarquização, Territorialização, População Adstrita, Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Ordenação da rede e Participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Pelo princípio da integralidade, as ações vão desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, até cura e reabilitação. Nessa perspectiva, tais ações devem ampliar a resolutividade e a autonomia das pessoas e da coletividade, com abordagem integral de indivíduos e família, integrando as ações a outros setores e serviços da saúde (SILVA et al., 2018).

Ampliar a resolutividade significa aumentar a capacidade de identificar riscos, ofertar serviços de qualidade, realizar intervenções efetivas e encaminhamento qualificado. Inclui, também, o uso de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades clínicas das equipes de saúde, utilizando de maneira racional os recursos disponíveis (CUBAS et al., 2018).

Com objetivo de garantir a efetividade dos princípios do SUS, a APS assume o papel estratégico por ser a porta de entrada preferencial e de fácil acesso pelo

princípio da universalidade, além de possibilitar o cuidado do indivíduo, identificando os casos de maior risco e vulnerabilidade, que se orienta pelo princípio da equidade (BRASIL, 2017).

O acesso universal pela APS pressupõe a ampliação da cobertura, a qualificação das ações e serviços disponíveis na UBS e a garantia de cuidado contínuo, além da vinculação das famílias e equipes de APS a qual prevê que seja um acesso acolhedor e facilitado (MENEZES et al., 2020).

Outro princípio é o da equidade, inerente às equipes de APS e que prevê a redução das desigualdades de oportunidade para alcançar boas condições de saúde, diminuir os riscos à saúde em relação a disparidade social, étnica, econômica e cultural das famílias e indivíduos, priorizando as ações aos grupos mais vulneráveis (BARROS; SOUSA, 2016).

Mesmo que a APS tenha como um de seus objetivos garantir os princípios do SUS, essa efetividade não se encontra de forma plena, necessitando de uma melhor administração de recursos para fazer valer o direito ao serviço organizado e alicerçado por tais princípios (LEITE et al., 2018).

O modelo assistencial adotado pela APS baseia-se no conceito de vigilância em saúde e elege a família e a comunidade como objeto de cuidado, com delimitação territorial ou área geográfica de abrangência (BRASIL, 2017).

A ESF contribui para a superação do modelo de atenção convencional em que uma das características do processo de trabalho é ampliar o olhar da equipe com foco no indivíduo em seu contexto social, familiar e territorial. Isso resulta no aumento da detecção de problemas de saúde, na identificação de prioridades, no desenvolvimento das ações, na redução das iniquidades e, conseqüentemente, facilita o acesso ao vincular as famílias à uma equipe de referência (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Essa dinâmica é fundamenta pelas diretrizes da Territorialização e Adstrição da clientela, a qual pressupõe que as ações sejam planejadas de acordo com as necessidades sociais e com o perfil epidemiológico da área de abrangência apoiado na Adstrição da população, a qual se caracteriza pelas relações de vínculo e

responsabilização entre equipe e a população (BRASIL, 2017).

Mesmo reconhecendo a família e a comunidade como objetos de atenção para intervenções individuais e coletivas, o cuidado é centrado na pessoa, uma das diretrizes que reconhece a singularidade do ser humano, seu contexto social e familiar como condicionantes e determinantes na vida das pessoas, e que precisam ser considerados na abordagem do indivíduo (BRASIL, 2017).

No tocante ao modelo de Vigilância em Saúde (VS) adotado pela ESF, este visa superar a dicotomia entre as práticas do cuidado coletivo e individual, além de intervir em todas as fases do processo saúde-doença; acompanhar de forma contínua as condições crônicas e de risco à saúde da comunidade; articular ações de promoção; prevenir e recuperar a saúde; atuar de forma intersetorial utilizando recursos do território (FARIA; BERTOLLOZI, 2010).

Nessa perspectiva, o papel estratégico que a APS assume no âmbito do SUS vai além de ser a principal porta de entrada preferencial. Na UBS, o cuidado deve ser contínuo, ao longo da vida e de forma regular para as diferentes condições de saúde ou doença.

Para Starfield (2002), esse cuidado contínuo é um dos atributos essenciais da APS, previsto como uma das diretrizes operacionais definida como Longitudinalidade, sendo considerado um elemento central e exclusivo da APS e caracterizado pelo acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico ou profissional de saúde ao longo do tempo, seja em uma concepção preventiva ou curativa, abordando os múltiplos episódios de doença.

Alinhado ao conceito de Starfield (2002), a APS é o centro de comunicação da RAS, considerada a ordenadora do cuidado, pois racionaliza o uso recursos básicos e especializados a partir das necessidades do indivíduo considerando a APS como a base da rede bem como outros pontos existentes. É a coordenadora do cuidado, uma vez que desenvolve a gestão do cuidado organizando, acompanhando e monitorando o cuidado nos diferentes níveis de atenção no SUS.

Tais níveis de atenção compõe uma rede regionalizada e hierarquizada, a qual se estrutura conforme o grau de complexidade clínica e tecnológica das ações.

Esses conceitos definem as diretrizes reguladoras, as quais operacionalizam o processo da RAS. São elas: a Hierarquização e Regionalização, Coordenação do cuidado e Ordenação da Rede de Atenção em Saúde (BRASIL, 2017).

Para Almeida et al., (2011), uma APS fortalecida deve fazer parte de uma rede estruturada e conectada para mobilizar recursos humanos e financeiros de modo racional. Os serviços de saúde devem integrar diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada, com elevado grau de interdependência com a RAS.

Contudo, para garantir o controle social como princípio fundamental para a gestão do SUS, é preponderante criar mecanismos de participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde por meio da criação de ouvidorias locais, promovendo a cidadania e fortalecendo esse aspecto de controle (BRASIL, 1997).

Considerando que a PNAB reconhece outras estratégias e modalidades de equipes de APS e que o processo de trabalho deve estar em concordância com seus princípios e diretrizes, a ESF é considerada o melhor modelo para se garantir uma cobertura universal, integral, equânime e territorializada (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; MELO; OLIVEIRA, 2018).

Desde sua criação, a ESF teve como objetivo “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde” (BRASIL, 1997).

As equipes na ESF possuem, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou um técnico de enfermagem e uma equipe de agentes comunitários de saúde (ACS), podendo integrar a equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Para garantir a reorganização das práticas na APS, destacam-se algumas características para o desenvolvimento do processo de trabalho, dispostas de I a XIX (Quadro 01), norteadoras do processo de trabalho das equipes de APS.

Quadro 03 - Atribuições específicas do enfermeiro conforme a PNAB (2017)

Descrição das atribuições dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família
I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida.
II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
VIII - Implementar e manter atualizadas as rotinas, os protocolos e os fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Fonte: O autor, 2020

O Ministério da Saúde recomendava que até 2017, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) fosse responsável pelo “cuidado” de uma microárea (área geográfica) com no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2012). No entanto, atualmente, uma das preocupações existente com as alterações da PNAB é a flexibilização da cobertura por número de família/indivíduos, a qual viabiliza diminuir o número de ACS por equipe em áreas e regiões de menor risco ou vulnerabilidade (MELO *et al.*, 2018).

Apoiado no conceito de território e responsabilidade sanitária, conhecer o perfil epidemiológico e as necessidades da comunidade consiste no diagnóstico situacional da área de abrangência. O planejamento e a programação das atividades ocorrem a partir desse processo, com a atuação dos ACS os quais realizam o cadastramento das famílias na área de abrangência, e reconhecem a realidade da

comunidade (BRASIL, 2017).

Diferente da atuação tradicional do setor saúde, que sempre desenvolveu o processo de trabalho centrado no médico, a dinâmica modifica-se para uma abordagem multiprofissional da equipe.

Para Viegas e Penna (2013), com a ESF, desloca-se o saber e o cuidado que antes era centrado no médico para a atuação multiprofissional e o saber em equipe, havendo relação de complementaridade e a interdependência das ações, para se alcançar uma assistência integral e resolutive, com o uso de diferentes habilidades na identificação e resolução dos problemas.

Ao eleger a família e o território como unidade de cuidado, o domicílio passa a ser um dos espaços de atuação das equipes. São realizados atendimentos em domicílio às famílias e às pessoas em residências da área de abrangência segundo o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas. Uma das estratégias adotadas é a visita domiciliar do ACS, a qual visa “orientar as famílias para prevenção de agravos, fortalecer o vínculo e ampliar a visão da equipe em relação às condições reais de vida e do contexto familiar e social (BRASIL, 2017).

Desse modo, o domicílio amplia o olhar da equipe para identificação de necessidades de saúde, facilita o acesso ao serviço de saúde, bem como viabiliza uma atenção integral e equânime.

O modelo de vigilância em saúde adotado pela APS pressupõe, também, a necessidade de implementar ações de prevenção de doenças, objetivando uma prática consciente e de comportamentos preventivos e de promoção da saúde da população (BRASIL, 2017).

No campo das relações, a proximidade existente entre equipes e comunidade possibilita o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso. O vínculo é um componente das relações entre usuário e equipe de saúde, considerado como elemento essencial do cuidado, o qual pode ser potencializado pelo processo de escuta qualificada, responsabilização e acolhimento, ambos essenciais no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2017).

Por fim, para que as mudanças necessárias possam se efetivar, é necessário

criar espaços para educação continuada (EC) e permanente (EP), para romper com a prática tradicional, com foco na doença e no cuidado médico, propondo mudanças no processo de trabalho como objeto de transformação, partindo da reflexão crítica dos profissionais sobre o que está acontecendo e buscando soluções em conjunto com a equipe (FERREIRA et al., 2019).

Em face às políticas de saúde, diante dos desafios mencionados, os princípios, as diretrizes e o processo de trabalho são os elementos centrais da política. Mesmo que ainda sejam preservados os arranjos e a composição das equipes, é importante destacar a necessidade de se desenvolver uma prática que supere os desafios impostos pela gestão.

2.2.2 O processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família

O modo como se desenvolvem as atividades profissionais e como se realiza o trabalho, qualquer que seja, é denominado processo de trabalho (SANNA, 2007). A organização, a gestão e as características dos processos de trabalho em saúde na ESF constituem um dos eixos centrais na reordenação da atenção primária à saúde no SUS (BRASIL, 2017).

Durante o processo de formação do enfermeiro, o desenvolvimento de competências e habilidades para atuar no modelo de atenção em saúde é orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, objetivando atender as reais necessidades de saúde da população e as diretrizes das políticas de saúde vigentes (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2001; WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016).

Na ESF, o enfermeiro é reconhecido como um dos agentes de transformação das práticas de saúde e um dos principais responsáveis por proporcionar a aproximação das políticas públicas com a realidade vivida (DUTRA et al., 2016). Possui conhecimento interdisciplinar, caminha no campo político e social e contribui para compreender as necessidades sociais e produzir saúde (BACKES et al., 2012).

Seu processo de trabalho possui um conjunto de ações e componentes, os quais se configuram em diversas dimensões do seu campo de atuação, assumindo

características específicas e contribuindo, de maneira efetiva, com o modelo assistencial e com os propósitos da ESF (PAULA et al., 2013).

Os componentes do processo de trabalho são definidos como objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produto, e as configuram em cinco diferentes dimensões: assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política (SANNA, 2007).

O quadro a seguir tem como finalidade exemplificar a relação entre os componentes do seu processo de trabalho e sua dimensão assistência.

Quadro 02 – Componentes do processo de trabalho de acordo com SANNA (2007) e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família na dimensão assistência

OBJETO DO PROCESSO DE TRABALHO: indivíduo, família				
Agente	Instrumentos	Finalidades	Métodos	Produto
Enfermeiro	Conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, materiais, equipamentos, espaço físico etc.	Promover, recuperar e manter a saúde	Sistematização da Assistência de Enfermagem (Consulta de enfermagem e Visitas domiciliares)	Pessoa saudável ou com condição de doença controlada e em acompanhamento com a equipe.
DIMENSÃO ASSISTÊNCIA				

Fonte: O autor

Conforme disposto pela PNAB, diversas atribuições são preconizadas para atender as diretrizes do modelo proposto pela ESF, mantendo as características do processo de trabalho na APS. Segundo a PNAB, o enfermeiro possui um conjunto de 36 atribuições preconizadas, dentre as quais 27 são atribuições gerais e nove são específicas. Ambas sintetizadas e descritas no quadro 03.

Quadro 03 - Atribuições específicas do enfermeiro conforme a PNAB (2017)

Descrição das atribuições dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família
<p>I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida.</p> <p>II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;</p> <p>III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;</p> <p>IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;</p> <p>V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;</p> <p>VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;</p> <p>VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;</p> <p>VIII - Implementar e manter atualizadas as rotinas, os protocolos e os fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e</p> <p>IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.</p>

Fonte: O autor, 2020

Além das atribuições específicas, a PNAB preconiza outras 27 atribuições comuns a todos os profissionais, as quais se traduzem, basicamente, em: desenvolver ações como mapeamento, participar do cadastramento, mapeamento da área e territorialização, realizar atenção integral a demanda programada ou demanda espontânea em conformidade com as diretrizes clínicas e protocolos institucionais, seja na UBS ou nos espaços comunitários, participar do acolhimento, desenvolver ações de educação em saúde e educação permanente, participar e

realizar o gerenciamento da unidade de saúde, desenvolver ações de vigilância em saúde, entre outras.

De acordo com suas atribuições, sua atuação não está centrada apenas na clínica e na cura, mas, sobretudo, na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco para prevenir agravos, promover, proteger, recuperar a saúde nos diferentes espaços sociais e em todas as fases do ciclo vital, além de estabelecer uma relação interdisciplinar e multidisciplinar com os profissionais da equipe, planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar as atividades e serviços de saúde (PAULA et al., 2013; DUTRA et al., 2014; FREITAS; SANTOS, 2014).

No que diz respeito às cinco dimensões do seu processo de trabalho, a dimensão “assistir” tem, como objeto de trabalho, o cuidado com o indivíduo, com as famílias, com os diferentes grupos sociais, com as comunidades e com a coletividade (SANNA, 2007; PAULA et al., 2014)

Em síntese, corresponde à assistência de enfermagem, visando recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos pela prática da consulta de enfermagem (CE), das visitas domiciliares (VD), do acolhimento à demanda espontânea e da assistência de enfermagem nos diferentes cenários da ESF, e, quando indicado e necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2017).

A CE ganhou maior visibilidade com a ESF, principalmente pelo papel estratégico que assume por estar inserida na rotina dos programas de saúde pública. Neste contexto, ocorre de forma programada, sistematizada e contínua, intercalada com o médico e de acordo com um calendário mínimo recomendado de acordo com os protocolos institucionais (MATUMOTO et al., 2011; PAULA et al., 2014; BRASIL, 2017).

Ao desenvolvê-la, estão previstas a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicações, asseguradas pela Política Nacional da Atenção Básica e pela lei do exercício profissional nº 7498/86, observadas as disposições legais da profissão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986; BRASIL, 2017). Possui papel estratégico pela ampla contribuição com o processo de educação em saúde, o que aumenta a eficácia do tratamento, dado que ocorrem ações entre o

profissional, o cliente, e muitas vezes, a sua família (GONZALE et al., 2012).

A visita domiciliar é outra importante ferramenta da prática assistencial. É uma ferramenta ou espaço de intervenção importante para ser possível reconhecer as condições de vida das famílias, ampliando o olhar para identificação das necessidades de saúde e identificação de riscos no domicílio, além de não somente possibilitar a atenção ao indivíduo com incapacidade funcional, mas também de ser uma ferramenta importante para o desenvolvimento de ações de busca ativa, vigilância em saúde (GOMES; FRACOLI; MACHADO, 2015).

Devido ao seu conhecimento interdisciplinar, o processo de trabalho do enfermeiro na APS caracteriza-se por práticas de ensino em saúde. Essa dimensão possui finalidades distintas: contribuir com o desenvolvimento profissional da equipe e promover a educação popular em saúde visando a adoção de hábitos saudáveis e qualidade de vida (PAULA et al., 2014; BARTH et al., 2014).

A efetivação da ESF, depende da qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais.

Para Haunsman e Peduzzi (2009), a educação continuada e permanente pode ser entendida como instrumentos de gestão do enfermeiro ao coordenar a equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde. São componentes do processo de trabalho presentes nas relações com a equipe multiprofissional, e contribuem para capacitar recursos humanos para o SUS.

Já com relação à prática de educação popular em saúde, tem como objeto de cuidado o indivíduo, família e comunidade, o desenvolvimento de práticas educativas, sejam individuais, por meio de consultas e visitas domiciliares, ou atividades coletivas, tais como os grupos de educação em saúde e reuniões com a comunidade. Além de prevenir doenças, tais práticas favorecem a assistência de enfermagem com ênfase na qualidade de vida (COSTA et. al, 2020).

No rol de atividades que correspondem às ações de gerenciamento dos serviços de saúde, o enfermeiro assume papel de destaque na APS. Apesar de tais funções não serem apontadas pela PNAB como um atributo específico, o enfermeiro

reúne habilidades para gestão do cuidado, além de ser o principal responsável pela liderança da equipe (PAULA et al., 2014). É o profissional que mais exerce a função gerencial na UBS, além da supervisão de enfermagem, a coordenação e organização dos serviços de saúde (SANNA, 2007; PAULA et al., 2014).

Se considerarmos a dimensão “administração” (ou gerenciamento), definida por SANNA (2007), tal processo tem como finalidade planejar e coordenar as ações nas instituições de saúde e o trabalho das equipes de enfermagem. Nesse contexto, dominar métodos de planejamento, tais com a tomada de decisão, supervisão e auditoria, são características necessárias para exercer a função gerencial (PAULA et al., 2013).

É de sua responsabilidade exercer a função de dimensionar recursos humanos, físicos e materiais necessários para garantir que as atividades sejam desempenhadas. É também o responsável pela gestão da agenda de atendimentos da unidade, garantindo o acesso às consultas programadas e não programadas, desempenhando o papel de supervisor da equipe na tomada de decisão para garantir o atendimento à população (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Na quarta dimensão, qual seja “participar politicamente”, o enfermeiro contribui para que o usuário exerça sua cidadania e possa desempenhar um papel singular na defesa do direito à saúde e do direito à vida, e em conjunto com os usuários. Uma das ações previstas é auxiliar os sujeitos para que se tornem usuários ativos e corresponsáveis pelo autocuidado, pelos próprios direitos e controle social (VENTURA et al., 2012).

Por fim, embora pouco desenvolvida, a pesquisa em Enfermagem também é uma das dimensões e o enfermeiro, para tanto, aprende métodos quantitativos e qualitativos da pesquisa, os quais podem ser aplicados no campo prático, identificando as lacunas existentes entre o saber e o fazer na enfermagem (PAULA, et al., 2014).

Diante desse cenário, com diversas atribuições e ações recomendadas pelas políticas de saúde, o enfermeiro deve assumir um compromisso técnico, ético e humanístico, com ações capazes de promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, contribuindo com o direito de acesso aos serviços de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo aplicada, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa caracteriza-se pela mensuração dos dados das variáveis do estudo, apresentados de forma descritiva e com recursos estatísticos, na qual o pesquisador recorre à descrição e à quantificação de causas, fenômenos e opiniões. Ele também verifica se a relação entre as variáveis estudadas e os dados levantados é aplicável a uma determinada população de mesma característica da amostra do estudo (GIL, 2002).

No campo da saúde pública, as pesquisas utilizam as ferramentas da pesquisa quantitativa para avaliação da opinião dos sujeitos, da qualidade dos programas de saúde, contribuições das ações desenvolvidas com a saúde da população e o impacto das respectivas políticas do setor (ESPERÓN, 2017).

3.2 População/amostra

A população estudada foi composta por enfermeiros que atuavam na rede básica de saúde, na ESF de um município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba. Cabe ressaltar que todas as equipes abordadas deveriam possuir um enfermeiro, e das 31 equipes, havia 29 enfermeiros e duas vagas a serem ocupadas com o último edital de contratação do município, que estava vigente até o início da pesquisa.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa: pertencer à equipe da ESF no município há pelo menos 06 meses e compor a atual equipe há pelo menos três meses. Tendo em vista o processo de expansão do município, as equipes deveriam existir há, pelo menos, 12 meses.

Como critérios de exclusão, foram definidas as seguintes condições: estar em condição de licença médica durante o período da coleta de dados; ter experiência prévia de atuar profissionalmente com o pesquisador no âmbito da APS e compor equipes que atuassem em subnúcleos da área rural.

Os dois últimos critérios foram definidos por dois motivos. O primeiro, para que as respostas dos sujeitos não fossem determinadas por qualquer viés influenciador dado pelo convívio prévio com o pesquisador; o segundo, por se considerar a dinâmica de trabalho das equipes da área rural diferente daquelas da área urbana, e por conta das dificuldades de acesso devido à sua localização geográfica.

Assim sendo, a população inicial foi de 29 sujeitos. Sete foram excluídos pelos critérios estabelecidos, restando 22 enfermeiros, os quais foram convidados para participação. Dois deles recusaram-se a participar da pesquisa, compondo a amostra com 20 enfermeiros.

3.3 Instrumentos para coleta de dados

Para coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: um formulário e um questionário, ambos com questões tanto dissertativas quanto de múltipla escolha, e em forma de escala do tipo *Likert*.

Foi adotada a Política Nacional da Atenção Básica de 2017 como instrumento norteador para elaboração do conteúdo das questões do questionário, o qual teve como base as atribuições preconizadas e os princípios e diretrizes da APS. Quanto ao formulário, seu conteúdo contemplou as principais rotinas e atividades desenvolvidas na UBS.

3.3.1 Formulário de questões: perfil socioeconômico, profissional e de rotina de atividades de programação local em saúde

O formulário é um instrumento de coleta de dados, utilizado para obter

resultados através de observação ou interrogatório, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador à medida que faz as observações ou recebe as respostas do pesquisado, sob sua orientação (GIL, 2007).

Neste, o formulário foi dividido e composto por duas seções (APÊNDICE II), que teve como finalidade obter informações sobre o perfil socioeconômico e profissional e informações sobre a rotina de trabalho e atividades de programação local em saúde. As seções e o conteúdo das questões dividem-se em:

- **Seção A - “Perfil socioeconômico e profissional”**: destinada a obter informações sobre perfil social e demográfico, formação e atuação profissional, tais como idade, sexo, instituição de formação, titulações e pós-graduação, tempo de profissão e de atuação na ESF e na institucional, além do tipo de vínculo empregatício e das capacitações recebidas.
- **Seção B - “Rotina de atividades e participação dos enfermeiros na programação dos serviços de saúde”**: teve como finalidade conhecer a rotina laboral do enfermeiro em relação às atividades desenvolvidas, frequência com que as realizavam e os motivos relacionados a não realização, além de obter as principais características das atividades gerenciais, coordenação de equipe, rotina assistencial e atividades coletivas (grupos de educação em saúde, reuniões de equipe e educação permanente).

As questões eram do tipo dissertativas e de múltipla escolha, e para aquelas que abordavam a rotina de trabalho do enfermeiro, optou-se também pela escala *Likert*, para estimar com que frequência as atividades e a participação do enfermeiro aconteciam.

Para caracterizar a participação dos enfermeiros nas atividades laborais, as opções de respostas foram dispostas em escala que indicassem a periodicidade das ações. Sendo assim as opções de respostas foram DIARIAMENTE, SEMANALMENTE QUINZENALMENTE, MENSALMENTE, EVENTUALMENTE e

NUNCA.

No que se refere às atividades coletivas (grupos de educação em saúde, reuniões de equipe e educação permanente), além de analisar a frequência com que a equipe as realiza, verificou-se também a intensidade que o enfermeiro participava delas. Com a mesma finalidade, as opções de respostas foram ordenadas com o seguinte conteúdo: SEMPRE, NA MAIORIA DA VEZES, ÀS VEZES, NUNCA e NÃO SE APLICA.

Para uniformizar as respostas obtidas pelo formulário e facilitar a escolha das respostas, para cada rotina atribuiu-se diferentes significados, dispostas em níveis crescentes, categorizadas conforme o quadro 04.

Quadro 04 – Padronização das respostas quanto à periodicidade das atividades analisadas

ROTINAS ANALISADAS	SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AS OPÇÕES DE RESPOSTA
Atividades de coordenação, supervisão de enfermagem e ACS, educação permanente e educação em saúde	Nunca (ausência da atividade nos últimos 12 meses); Eventualmente (não é frequente considerando a rotina habitual); Semanalmente (até três vezes na semana); Diariamente (três vezes na semana ou mais); Mensalmente (uma vez ao mês).
Atendimento domiciliar, consulta de enfermagem no contexto das ações programadas e consultas agendadas.	Nunca (ausência da atividade nos últimos 12 meses); Eventualmente (não é frequente considerando a rotina habitual); Semanalmente (até 3 turnos destinado a menos de 12 horas de agendamento); Diariamente (quando superior a 3 turnos destinado a menos de 12 horas de agendamento); Mensalmente (uma vez ao mês).
Consulta de enfermagem no atendimento a demanda espontânea ou acolhimento a demanda espontânea.	Nunca (ausência da atividade nos últimos 12 meses); Eventualmente (não é frequente considerando a rotina habitual); Semanalmente (até 3 turnos dedicado a atividade); Diariamente (quando superior a 3 turnos dedicado a atividade); Mensalmente (uma vez ao mês).

FONTE: O autor (2020) * Hipertensão, Diabetes, Puericultura, Pré-Natal e Puerpério e Controle do Câncer de Colo Uterino e de Mama. ** Ações de controle da Hanseníase e Tuberculose.

3.3.2 Questionário: Princípios, Diretrizes, Atribuições gerais e Comuns dos enfermeiros

O questionário é amplamente utilizado nas pesquisas descritivas quando se propõe um levantamento sobre opiniões, conhecimento, interesses, expectativas e situações vivenciadas pelo sujeito. É a técnica de escolha para coletar as

informações sobre uma realidade quando se propõe quantificar as variáveis em estudo (GIL, 2007).

Neste estudo, o referido instrumento foi composto por três seções que abordavam o conhecimento e o desenvolvimento dos princípios e das diretrizes da atenção básica, as atribuições comuns e as atribuições específicas, além de informações sobre os fatores que dificultavam o desenvolvimento de tais atribuições e de outras ações desenvolvidas. As seções e seus respectivos conteúdo foram:

- **Seção A - “Princípios e diretrizes da Atenção Básica”:** destinou-se a obter informações e opinião sobre as ações e a relação destas com os princípios e diretrizes da AB.
- **Seção B - “Atribuições gerais e comuns”:** teve como finalidade conhecer quais atribuições são desenvolvidas e como são realizadas, além de identificar aquelas que eram desconhecidas e os fatores que dificultavam sua prática.
- **Seção C - “Atribuições específicas:** semelhante à seção B, teve como finalidade conhecer as atribuições específicas no que se refere às mesmas variáveis. Incluiu-se aqui, uma questão sobre as atribuições as quais ele deveria realizar, mas não realizava.

Optou-se também por utilizar uma escala de opiniões do tipo *Likert* para obtenção das respostas, além de questões dissertativas e de múltipla escolha. A escala *Likert* diferencia-se de outros tipos de escalas pois o entrevistado apresenta seu ponto de vista sobre a questão em uma escala de grau variado de intensidade entre dois extremos (POLIT; BECK; HANGLER, 2004). Esse modelo permitiu ao sujeito dessa pesquisa expressar sua opinião baseada em uma realidade vivida e ainda comparar o resultado entre os entrevistados.

Para favorecer a compreensão dos participantes, foi elaborado um roteiro explicativo com informações sobre o preenchimento dos questionários, entregue anexo aos instrumentos. Tais informações foram lidas e esclarecidas previamente

pelo pesquisador antes da entrega aos sujeitos.

As questões da “Seção A” foram compostas por três campos, os quais tiveram como finalidade obter respostas sobre os princípios e as diretrizes da atenção básica. Objetivou-se identificar quais Princípios e Diretrizes estão presentes no processo de trabalho do enfermeiro e o quanto as ações desenvolvidas por esse profissional contribuem com cada um deles.

Para ilustrar os procedimentos adotados para responder às questões, o trecho abaixo demonstra uma das perguntas para elucidar como se deu o seu preenchimento. Segue o modelo de questão para elucidar o preenchimento (Quadro 05).

Quadro 05 – Modelo de questão referente ao conteúdo do formulário: princípios e diretrizes

QUADRO A - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA		
(S) (N) (D)	1. Universalidade: possibilitar o acesso aos serviços de saúde como porta de entrada preferencial ao sistema único de saúde, sem diferenciações, de modo universal e de fácil acesso.	(1) (2) (3) (4) (5)

Os princípios e as diretrizes foram elencados e definidos a partir da Política Nacional de Atenção Básica, dispostos em afirmativas por meio de *checklist*, na qual os sujeitos opinaram sobre o conhecimento e o desenvolvimento desses no âmbito da atenção básica.

Nesse segmento, as opções de respostas eram: “S” de SIM, para cada um dos princípios e das diretrizes que estivessem presentes durante o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, “N” de NÃO, para todos os princípios e as diretrizes que não estivessem presentes no processo de trabalho do enfermeiro e “D”, caso houvesse dúvida ou desconhecimento sobre o significado de cada um deles, impossibilitando a escolha da resposta.

Ainda em relação ao modelo de questão anterior, para cada resposta afirmativa, foi emitida a opinião sobre a contribuição das ações desenvolvidas por meio de opções de respostas dispostas em escalas numéricas de 1 a 5, em que, quanto mais a resposta se aproximava de cinco, maior seria a contribuição das

ações desenvolvidas com efetivação de tais princípios e diretrizes.

O significado das respostas foram: (1) se as ações desenvolvidas NUNCA OU NADA CONTRIBUEM com tais princípios e diretrizes; (2) se as ações desenvolvidas RARAMENTE CONTRIBUEM com tais princípios e diretrizes; (3) se as ações desenvolvidas CONTRIBUEM OCASIONALMENTE com tais princípios e diretrizes; (4) se as ações desenvolvidas QUASE SEMPRE CONTRIBUEM com tais princípios e diretrizes; (5) se as ações desenvolvidas SEMPRE CONTRIBUEM com tais princípios e diretrizes.

Nas Seções B e C, as questões abordaram as ações desenvolvidas que representavam as atribuições comuns e específicas, previstas pela PNAB, incluindo também algumas que não eram de sua responsabilidade, para verificar se ocorria diferenciação. Cabe destacar que, para elaborar o enunciado referente às questões sobre atribuições gerais e específicas, as ações selecionadas foram extraídas das 35 atribuições (26 atribuições comuns e 9 atribuições específicas), previstas pela PNAB.

De 35 atribuições, foram construídas 62 ações, das quais 38 são relacionadas às atribuições comuns (Apêndice III - seção B) e 24 estão relacionadas às específicas (Apêndice III - seção C). A opção de construção do conteúdo das ações a partir das atribuições descritas na PNAB foi adotada para melhor compreensão, identificação e opinião dos respondentes, obtendo um maior número de variáveis a serem avaliadas.

A opinião dos enfermeiros foi obtida utilizando *checklist*, semelhante ao modelo utilizado para as questões sobre os princípios e as diretrizes. A fim de descrever os procedimentos adotados nessa etapa e de proporcionar melhor compreensão dos dados, segue, no quadro 06, modelo de questão extraído do questionário, para elucidar o preenchimento:

Quadro 06 – Modelo de questão - Atribuições gerais e comuns aos profissionais da Atenção Primária

I – Território Adscrito e Diagnóstico Local de Saúde				
(S) (N) (D)	()	Participar do processo de territorialização e mapeamento das áreas de abrangência da equipe.	(1)	(2) (3) (4) (5)

Ao reconhecer as atribuições e opinar sobre quais delas eram preconizadas, os entrevistados identificaram aquelas realizadas e se essas estavam em conformidade com os propósitos da ESF.

Semelhante ao modelo anterior, as opções de respostas foram “S” de SIM para cada uma das atribuições consideradas preconizadas pela PNAB, “N” de NÃO, caso não fossem consideradas preconizadas e “D” quando houvesse dúvida ou desconhecimento sobre as atribuições descritas. Em relação à prática das atribuições recomendadas, aquelas realizadas deveriam ser identificadas assinalando “X” e as que não fossem realizadas, os entrevistados deveriam deixar o espaço em branco.

As opções de respostas sobre o quanto tais atribuições contribuem com a ESF foram dispostas em forma de escala, de 1 a 5, em que, quanto mais próximo de 5, maior é o grau de desenvolvimento das ações.

Tais opções possuem o seguinte significado: (1) INDIFERENTE – atribuições realizadas pelo profissional em nada contribuem com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família; (2) INSATISFATÓRIA – se as atribuições realizadas raramente contribuem com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família; (3) PARCIALMENTE SATISFATÓRIA – se as atribuições realizadas contribuem parcialmente com os objetivos da ESF; (4) SATISFATÓRIA – se as atribuições contribuem com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família; (5) TOTALMENTE SATISFATÓRIA – se as atribuições realizadas atendem plenamente os objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

Importante destacar que, para as respostas obtidas pelas questões em forma de escala, foram estabelecidos valores crescentes de zero a cinco, de forma que cada resposta obteve um escore correspondente. Os valores atribuídos às respostas foram: (1) = 1; (2) = 2; (3) = 3; (4) = 4; (5) = 5.

Finalmente, para fins estatísticos, para as questões sobre “princípios e diretrizes” atribuiu-se a pontuação zero (0) para as respostas que indicassem não haver relação destes com as ações desenvolvidas. Para as questões sobre atribuições gerais e comuns, atribuiu-se o mesmo valor zero (0) para respostas sobre as atribuições as quais não são desenvolvidas.

3.3.3 Procedimentos para coleta de dados

Para atender aos requisitos éticos e obter autorização para realização da pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Secretário de Saúde do município, procedimento este que teve como objetivo solicitar autorização para realizar a pesquisa (APENDICE I) e utilização da infraestrutura mínima das unidades de saúde envolvidas (APENDICE VII). Após obter as autorizações necessárias, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté-SP, e somente após sua aprovação – parecer 3.956.609 – a coleta de dados foi iniciada. A coleta de dados ocorreu entre os dias 15 e 29 de abril de 2020, com interrupção temporária no mês de maio. Após essa data, foi reestabelecida a coleta de dados no dia 1 de junho de 2020, que durou até 30 de setembro do mesmo ano. A interrupção no referido período se deve às recomendações das autoridades sanitárias em cumprimento do distanciamento social, devido à pandemia do coronavírus no ano corrente.

Para verificar a aplicabilidade do instrumento e o nível de compreensão das perguntas dos questionários, ambos foram submetidos a um teste piloto com três enfermeiros que atuavam na ESF, de um município vizinho ao cenário da pesquisa. Para tal procedimento, foi solicitada autorização por escrito ao secretário de saúde do município de Tremembé-SP (APÊNDICE IV). Esclareceram-se dúvidas quanto ao caráter experimental, sem divulgação dos dados dos participantes e se obteve o aceite para início dos procedimentos.

Aos respondentes dessa etapa, também foram realizados esclarecimentos sobre a legalidade e intenção voluntária de participação, que se tratava de um projeto piloto, e que tais dados não seriam divulgados. Para isso, foi entregue um segundo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e declaração de solicitação e de aceite em participar do estudo, que foi lida e assinada pelos enfermeiros em questão (APÊNDICE V). As dificuldades e dúvidas dos respondentes que surgiram durante a avaliação dos instrumentos foram documentadas em impresso próprio elaborado para este fim (APÊNDICE VI). Após testagem e adequações do conteúdo, deu-se início aos procedimentos referentes à coleta de dados.

Para identificação da população do estudo, foi agendada uma visita ao coordenador (a) da ESF do município em questão. No contato, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitadas as seguintes informações: nome dos enfermeiros, tempo de atuação em suas unidades básicas de saúde, endereço e telefone das UBS. De posse de tais informações, foram identificados aqueles que atendiam ao critério de inclusão no estudo.

Cada unidade selecionada foi visitada para que todos os enfermeiros fossem convidados a participar do estudo, tendo esses sido informados sobre os objetivos e sobre o caráter voluntário do presente trabalho.

Aos que manifestaram interesse em participar, foram informados os procedimentos da pesquisa e realizado o agendamento para cada etapa de coleta de dados. Os sujeitos do estudo receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A), o qual apresenta, por escrito, a finalidade do estudo e a forma de participação.

Em dia e horário estabelecidos e em sala reservada, os sujeitos foram submetidos à etapa de aplicação do formulário. Após o término desta etapa, procederam-se a explicação e a entrega dos questionários, o que se considerou a segunda etapa da coleta de dados, entregues e recolhidos em até 48 horas.

Após preenchimento, os questionários ficarão sob a responsabilidade do pesquisador durante cinco anos e, ao término desse período, serão destruídos.

3.3.4 Procedimentos para apresentação e análise dos dados

A análise quantitativa foi desenvolvida com a utilização de técnicas de estatística descritiva simples, e os dados foram apresentados por meio de frequência relativa e absoluta e medidas de dispersão, como média e desvio padrão, apresentados de forma descritiva e com auxílio de recursos gráficos, quadros e tabelas.

Entende-se, por estatística descritiva, um método de dados utilizado para descrever e resumir os dados armazenados quando se pretende caracterizar

isoladamente o comportamento de cada uma das variáveis no conjunto das observações. Para tanto, são utilizados recursos e procedimentos que caracterizam o que é típico no grupo, indicam a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificam como os indivíduos se distribuem em relação a determinadas variáveis (GIL, 2007).

Os dados foram submetidos a três procedimentos diferentes, de acordo com o instrumento e característica das questões, conforme descrito a seguir:

- **Questões de múltipla escolha:** aquelas referentes ao formulário e ao questionário, foram importadas para a base de dados criada no software SPHINX®, onde foram submetidas a cálculos de estatística descritiva simples.
- **Questões dissertativas:** após serem submetidas a análise temática para construção dos enunciados os quais correspondessem às rotinas e características descritas, obteve-se o auxílio do software SPHINX® para calcular as frequências simples e absolutas das atividades e rotinas desenvolvidas.
- **Questões escalares do tipo *Likert*:** o mesmo procedimento adotado com as questões de múltipla escolha foi realizado com as respostas sobre a rotina do enfermeiro; já com relação as respostas obtidas pelo formulário (princípios, diretrizes e atribuições), elas foram transportadas para o SPHINX® de acordo com os escores correspondentes para cálculo estatístico e medida de dispersão.

As variáveis referentes ao perfil profissional e às rotinas de atividades desenvolvidas foram agrupadas por seções temáticas apresentadas ao longo da pesquisa e analisadas à luz da literatura.

Para análise dos dados referente ao processo de trabalho do enfermeiro, foram adotadas as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica. Para análise da rotina da programação local, foram utilizados os parâmetros preconizadas pelo Ministério da Saúde, apresentados no quadro a seguir

Quadro 07 – Parâmetros utilizados para análise dos dados referente as rotinas institucionais

ROTINA E ATIVIDADE ANALISADA	PARÂMETRO UTILIZADO
Rotinas gerenciais, atividades de coordenação, supervisão de equipe, atividades de educação permanente e reuniões de equipe.	Adotou-se a literatura científica e as recomendações disponíveis na PNAB (2017) por não haver um consenso ou diretriz atual em relação as variáveis e rotinas analisadas
Grupos de educação em saúde e reuniões educativas com a comunidade	Parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (2017)
Rotina de consulta de enfermagem aos grupos prioritários e ações programáticas I*	Protocolos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2016) e Cadernos de Atenção Básica (2013).
Visita domiciliar ao recém-nascido e puérpera	Parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (2001)
Rotina de consulta de enfermagem aos grupos prioritários e ações programáticas II**	Parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, BRASIL (2017)

FONTE: O autor (2020) * Hipertensão, Diabetes, Puericultura, Pré-Natal e Puerpério e Controle do Câncer de Colo Uterino e de Mama. ** Ações de controle da Hanseníase e Tuberculose.

As atribuições gerais e específicas e os princípios e diretrizes foram reunidos em tabelas, e as ações analisadas agrupadas em eixo temáticos que representavam as principais características do processo de trabalho na APS.

As respostas obtidas pelas questões abertas presentes no formulário e no questionário foram submetidas à análise temática; análise que possibilitou a construção dos enunciados que correspondessem às ações, rotinas e atividades desenvolvidas.

Para facilitar a comparação da análise dos dados, a opinião obtida pelos enfermeiros recebeu uma classificação em relação aos princípios e diretrizes analisados. Ambos foram submetidos a classificação em cores e atribuído significados aos escores, para melhor comparação e interpretação do grau de contribuição das ações (QUADRO 08).

Quadro 08: Escala de classificação do grau de contribuição das ações desenvolvidas com os princípios e diretrizes da atenção básica

CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DE OPINIÃO DOS ENFERMEIROS		
Escores e respectivas cores correspondentes	Grau de contribuição das ações desenvolvidas com os princípios e diretrizes	Significado da classificação em relação aos ESCORES
CINZA (Escore 0)	Contribuição ausente	Os princípios e diretrizes NÃO ESTÃO PRESENTES no processo de trabalho do enfermeiro
VERMELHA (Escore 1 e 2)	Contribuição mínima	As ações RARAMENTE OU NADA CONTRIBUEM com os princípios e com as diretrizes
AMARELA (Escore 3)	Contribuição parcial	Ações contribuem OCASIONALMENTE com os princípios e com as diretrizes
VERDE (Escore 4 e 5)	Contribuição alta	Ações QUASE SEMPRE OU SEMPRE contribuem com os princípios e com as diretrizes

FONTE: O autor (2020)

O quadro 09 descreve a classificação dos escores em relação às cores e aos significados atribuídos e grau de contribuição com os propósitos da ESF.

Quadro 09: Escala de classificação do grau de contribuição das ações desenvolvidas com os objetivos e propósitos da ESF

CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DE OPINIÃO DOS ENFERMEIROS		
Escores e respectivas cores correspondentes	Grau de contribuição das ações com os propósitos e objetivos da ESF	Significado da classificação em relação aos ESCORES
CINZA (Escore 0)	Contribuição ausente	As atribuições SÃO RECONHECIDAS , porém, não SÃO DESENVOLVIDAS
VERMELHA (Escore 1 e 2)	Contribuição mínima	Atribuições são consideradas INDIFERENTES OU INSATISFATÓRIAS
AMARELA (Escore 3)	Contribuição parcial	Ações consideradas PARCIALMENTE SATISFATÓRIAS
VERDE (Escore 4 e 5)	Contribuição alta	Ações consideradas SATISFATÓRIAS OU TOTALMENTE SATISFATÓRIAS

FONTE: O autor (2020)

As atribuições expressas no questionário foram apresentadas por eixos temáticos e agrupadas de acordo com os significados em comum de cada uma delas. Para cada eixo temático, obtiveram-se de três a seis ações, as quais correspondiam às atribuições preconizadas. Os eixos temáticos das atribuições comuns (I ao IX) e das atribuições específicas (X ao XV) foram nomeados da seguinte maneira:

- I – Processo de territorialização, cadastramento e mapeamento;
- II – Atenção integral e equânime ao indivíduo, à família e à coletividade;
- III – Cuidado no domicílio e outros espaços do território adscrito;
- IV – Planejamento e informação em saúde;
- V – Gestão do cuidado na atenção básica e na rede assistencial;
- VI – Interdisciplinaridade e trabalho em equipe;
- VII – Vigilância em saúde, prevenção e controle de agravos;
- VIII – Gerenciamento dos serviços de saúde;
- IX – Participação popular, controle social e exercício da cidadania;
- X – Cuidado individual, familiar e coletivo no domicílio e demais espaços comunitários;
- XI – Prática assistencial e desenvolvimento da consulta de enfermagem;
- XII – Ações de enfermagem no acolhimento e na atenção à demanda espontânea;
- XIII – Atenção às condições crônicas e gestão de casos complexos;
- XIV – Educação e promoção da saúde e prevenção de doenças;
- XV – Supervisão e gerenciamento de competências específicas;

Com o auxílio do software SPHINX, calculou-se o escore médio para cada uma das variáveis a partir da soma dos escores obtidos pelas respostas. Assim,

atribuiu-se o escore médio de respostas para cada uma das ações analisadas e para cada um dos eixos temáticos, obtidos a partir do grau contribuição médio das ações analisadas. De acordo com tais dados, obteve-se o desvio padrão médio das respostas.

Tais variáveis correspondiam às atribuições, aos princípios e às diretrizes, de forma que quanto maior o escore, mais se atende aos propósitos da Estratégia de Saúde da Família. O quadro 10 apresenta a nomenclatura atribuída aos intervalos dos escores médios em relação ao grau de contribuição das ações.

Quadro 10: Intervalo e classificação do Escore Médio

Intervalo médio	Classificação do escore médio
Zero absoluto	Nulo
0,1 a 1,0	Muito Baixo
1,1 a 2,0	Baixo
2,1 a 3,0	Médio/Regular
3,1 a 4,0	Alto
4,1 a 5,0	Muito Alto

FONTE: O autor (2020)

A média de um escore é definida como o valor que demonstra a concentração dos dados de uma distribuição, ou seja, é uma medida de tendência central, que pode ser interpretada como um valor significativo de determinada variedade de valores. Ao se atribuir valores para as opiniões de um grupo, a média aritmética desses valores pode significar a tendência da opinião coletiva sobre determinada afirmação ou fenômeno estudado (GIL, 2007).

Optou-se pelo desvio padrão, por se tratar de uma medida de dispersão que indica o quanto as respostas são uniformes, ou seja, o quanto esses dados estão distantes de uma média obtida. Quanto menor o desvio padrão, mais próximo da média os dados se encontram, e quanto maior o desvio padrão, mais heterogêneas são as respostas (GIL, 2007).

4. RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados em três seções: perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros, rotina de atividades laborais e por último, análise dos princípios e diretrizes da APS, atribuições realizadas e fatores que influenciam sua prática.

4.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros

A tabela 02 apresenta as variáveis sexo, idade, natureza da instituição formadora, pós-graduação e perfil de escolha pelos cursos de pós-graduação.

Tabela 02 – Distribuição dos enfermeiros quanto ao sexo, à idade, e perfil de formação profissional (n=20). Vale do Paraíba -SP, 2020.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Masculino	02	10,0%
Feminino	18	90,0%
Idade		
25 a 30 anos	02	10,0%
31 a 35 anos	10	50,0%
36 a 40 anos	05	25,0%
41 anos ou mais	03	15,0%
Natureza de instituição formadora		
Municipal	07	35,0%
Privada	08	40,0%
Estadual	02	10,0%
Federal	03	15,0%
Perfil de escolha pelos cursos de pós-graduação		
Saúde pública/saúde coletiva	09	45,0%
Outras áreas de atuação	07	35,0%
Em andamento (outras áreas)	02	10,0%
Não possuem nenhum tipo de pós-graduação	02	10,0%

Dados da pesquisa (2020)

A maioria dos participantes (18/90%) era do sexo feminino, e a faixa etária predominante considerando ambos os sexos variou de 31 a 40 anos, distribuídos entre 31 e 35 anos (10/50%) e entre 36 e 40 anos (5/25%).

Ao que se refere à instituição de formação, houve predomínio de 40% (08) daqueles que haviam cursado a graduação em instituições privadas e uma minoria, que correspondeu a 10% (02), formado por instituições estaduais.

Com relação aos cursos de pós-graduação, a Tabela 03 mostra o perfil dos enfermeiros pós-graduados em relação aos cursos de pós-graduação concluídos.

Tabela 03: Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à modalidade e dos cursos de pós-graduações concluídas (n=16) - Vale do Paraíba - SP, 2020.

VARIÁVEIS	n	%
Modalidade de Pós-graduação		
Mestrado profissional	01	6,3%
Residência multiprofissional	01	6,3%
Especialização	15	93,75%
Cursos de Pós-graduação concluído		
Saúde da Família	7	44,1%
Saúde Pública	4	25,2%
Docência do Ensino Médio e Técnico	2	12,6%
Enfermagem em Terapia Intensiva	3	18,9%
Enfermagem em Urgência e Emergência	2	3,5%
Enfermagem do Trabalho e/ou Saúde do trabalhador	2	12,6%
MBA em Gestão em Saúde	2	12,6%
Mestrado em Saúde Coletiva	1	6,3%
Enfermagem Obstétrica e Neonatal	1	6,3%
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	1	6,3%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

A especialização foi a modalidade mais prevalente entre os pós-graduados (15/93,75%), e os cursos com maior procura foram os de Saúde da Família (07/44,1%) e Saúde Pública (04/25,2%).

Em relação ao regime de contratação, 100% (20) dos enfermeiros possuíam vínculo de regime estatutário. Foi verificada as condições relacionadas ao tempo de permanência na equipe e a realização de treinamentos para atuar na ESF (Tabela 04).

Tabela 04: Distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de permanência na atual equipe e treinamentos oferecidos pela instituição (n=20). Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS	n	%
<u>Tempo de permanência na atual equipe</u>		
De 4 a 12 meses	6	25,0%
De 13 a 23 meses	3	15,0%
De 2 anos a 5 anos	8	40,0%
De 6 a 10 anos	3	15,0%
<u>Treinamento oferecidos pela instituição</u>		
Sim, treinamento em serviço na UBS	15	75,0%
Não recebeu nenhum tipo de treinamento	05	25,0%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

O maior percentual em relação ao tempo de permanência na mesma equipe foi de dois a dez anos (50%/10), entre estes, 40% (08) de dois a cinco anos e 15% (03) de seis a dez anos.

Nem todos os enfermeiros receberam treinamento prévio para atuar na ESF, e a maioria (15/75%) afirmou ter recebido algum tipo de capacitação prévia. Vale destacar que ao mencionarem a participação nas atividades de capacitação prévia, se limitavam basicamente às coleta de citologia oncótica e as rotinas de pré-natal.

No que se refere a experiência profissional, a tabela 05 mostra o tempo de profissão e sua relação com tempo de atuação na ESF.

Tabela 05: Distribuição dos enfermeiros em relação ao tempo de profissão e tempo de atuação na ESF (n=20). Vale do Paraíba - SP, 2020.

Tempo de profissão	Tempo de atuação em ESF				Total
	Até 23 meses	2 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	
De 2 a 5 anos	5,0% (1)	10,0% (2)	-	-	15,0% (3)
6 a 10 anos	5,0% (1)	15,0% (3)	20,0% (4)	-	40,0% (8)
11 a 15 anos	-	10,0% (2)	20,0% (4)	10,0% (2)	40,0% (8)
16 anos	-	-	5,0% (1)	-	5,0% (1)
Total	10,0% (2)	35,0% (7)	45,0% (9)	10,0% (2)	100% (20)

FONTE: Dados da Pesquisa (2020)

Segundo os dados da tabela acima, os participantes possuíam experiência no exercício da enfermagem com, no mínimo, dois anos de atuação na profissão, correspondendo a 80% (16) dos enfermeiros. Sendo assim, o tempo de formação variou de seis a dez anos (08/ 40%) e de 11 a 15 anos (08/40%).

Com relação ao tempo de atuação na ESF, 90% (18) possuíam no mínimo dois anos de experiência, dos quais predominavam 45% (09) dos enfermeiros com seis a dez anos de experiência na ESF.

Verificou-se que 60% (12) dos enfermeiros apresentaram tempo de profissão superior ao tempo de dedicação na ESF, adquirindo experiências em outras áreas de atuação.

A Tabela 06 mostra a distribuição do tempo de exercício na ESF em relação aos cursos de pós-graduação concluído.

Tabela 06: Distribuição dos enfermeiros em relação ao tempo de exercício na ESF e pós-graduação concluída (n=20) – Vale do Paraíba (2020)

Tempo de exercício na ESF	Possui pós-graduação na área de atuação?		
	Sim	Não	Total
De 04 a 23 meses	-	10,0% (2)	10,0 (2)
De 2 a 5 anos	15,0% (3)	20,0% (4)	35,0% (7)
6 a 10 anos	25,0% (5)	20,0% (4)	45,0% (9)
11 a 15 anos	5,0% (1)	5,0% (1)	10,0% (2)
Total	45,0% (9)	55,0% (11)	100% (20)

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

Não houve diferença significativa em relação a distribuição dos percentuais de enfermeiros com pós-graduação no tocante ao tempo de atuação na ESF. Entre os pós-graduados, o maior percentual correspondeu a 25% (04) dos enfermeiros com seis a dez anos de atuação na ESF.

Entre os enfermeiros que não possuem pós-graduação na área e com, no mínimo, dois anos de atuação na ESF, o percentual é de 45% (09), distribuídos da seguinte maneira: dois a cinco anos (04/20%), seis a dez anos (04/ 20%), 11 a 15 anos (01/ 5,0%).

4.2 Rotina de atividades laborais desenvolvidas de acordo com a programação local das Unidades Básicas de Saúde

4.2.1 Atividade gerenciais: gestão dos serviços de saúde e coordenação do trabalho do ACS e da equipe de enfermagem.

As atividades gerenciais, tais como a gestão da agenda de atendimentos, gerenciamento de recursos materiais e de recursos físicos, assim como a supervisão e coordenação das equipes de ACS e de enfermagem, são realizadas por todos os enfermeiros.

A tabela 07 mostra a frequência de realização e a descrição das atividades na gestão de agendamentos e programação de consultas médicas e atendimentos individuais.

Tabela 07: Frequência de realização e caracterização da gestão da agenda de atendimentos (n=20) - Vale do Paraíba, 2020

VARIÁVEIS	n	%
<u>Frequência de realização das atividades</u>		
Diariamente	12	60%
Semanalmente	07	35%
Quinzenalmente	-	-
Mensalmente	01	5%
Não realizam	-	-
<u>Características das atividades desenvolvidas</u>		
I. Remanejar e disponibilizar vagas da agenda de atendimentos de acordo com a avaliação de necessidades e prioridades	16	80%
II. Supervisionar as atividades da equipe no que se refere ao processo de agendamento de consultas	13	65%
III. Monitorar a disponibilidade de vagas e o tempo de espera para consultas programadas e de cuidado continuado	08	40%
IV. Verificar taxa de absenteísmo nas consultas monitorando o número de atendimentos realizados e o número de faltosos	07	35%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

A rotina apresentada na tabela acima é frequente no cotidiano do enfermeiro, dedicando grande parte de sua jornada de trabalho. Isto foi constatado por 60% (12) dos enfermeiros, os quais realizavam tais atividades diariamente e, outros 35% (07), que as desenvolviam semanalmente.

As duas atividades realizadas com maior frequência foram: “remanejar e disponibilizar vagas para os atendimentos de acordo com a avaliação das necessidades e prioridades” (16/80%) e “supervisionar as atividades da equipe no que se refere ao processo de agendamento de consultas” (13/65%).

As mesmas variáveis, quanto à gestão de recursos físicos, de recursos materiais e de infraestrutura, estão descritas na tabela a seguir (Tabela 08).

Tabela 08: Frequência de realização e caracterização das atividades de gerenciamento de recursos físicos, materiais e infraestrutura da UBS (n=20) - Vale do Paraíba, 2020

VARIÁVEIS	n	%
Frequência de realização das atividades		
Diariamente	14	70%
Semanalmente	05	25%
Quinzenalmente	-	-
Mensalmente	01	5%
Não realizam	-	-
Características das atividades desenvolvidas		
I. Realizar, regularmente, a solicitação de insumos, materiais e medicamentos, bem como as solicitações emergenciais	19	95%
II. Supervisionar a solicitação e o controle de estoque de insumos, materiais, medicamentos e imunobiológicos	16	80%
III. Monitorar condições de uso de materiais e infraestrutura, e solicitar equipe de reparo quando necessário	08	40%
IV. Orientar a equipe sobre o uso e consumo racional de materiais e insumos de uso comum da equipe de saúde	07	35%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

As atividades de gerenciamento também podem ser consideradas frequentes no cotidiano dos enfermeiros, visto que 70% (14) dos participantes afirmaram realizá-las diariamente, e outros 25% (05), semanalmente.

Entre as mais frequentes, 95% (19) dos enfermeiros mencionaram a solicitação de insumos, materiais e medicamentos, enquanto outros 80% (16) responderam ser a supervisão e controle de estoque.

No tocante as atividades de supervisão e coordenação dos ACS e da equipe de enfermagem, a frequência e as características com que são realizadas estão descritas na Tabela 09.

Tabela 09: Frequência de realização e caracterização das atividades de supervisão e coordenação dos agentes comunitários (n=20) - Vale do Paraíba, 2020

VARIÁVEIS	n	%
Frequência de realização das atividades		
Diariamente	11	55%
Semanalmente	08	40%
Quinzenalmente	-	-
Mensalmente	01	5%
Não realizam	-	-
Características das atividades desenvolvidas		
I. Orientar a tomada de decisão e o processo de trabalho do ACS (orientações ao usuário, rotinas específicas no âmbito da ESF)	15	75%
II. Acompanhar a produtividade das atividades diárias (nº de visitas realizadas; cumprimento de metas e indicadores)	10	50%
III. Monitorar o resultado das visitas do ACS, bem como as condições de saúde das famílias (vigilância em saúde; indicadores de saúde)	08	40%
IV. Acompanhar e orientar quanto ao uso de ferramentas e instrumentos específicos (cadastro familiar; sistema de informação)	05	25%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

Para 55,0% (11) dos participantes, a supervisão e coordenação do ACS ocorrem diariamente, e, para outros 40% (08), a supervisão era realizada semanalmente.

Entre as ações descritas, aquelas com maiores percentuais foram: “orientar a tomada de decisão e o processo de trabalho do ACS” (15/75%) e “acompanhar a produtividade das atividades diárias” (10/50%).

As mesmas variáveis foram analisadas e caracterizadas em relação à supervisão da equipe de enfermagem, conforme demonstrado na tabela 10.

Tabela 10: Frequência de realização e caracterização das atividades de supervisão de enfermagem (n=20) - Vale do Paraíba, 2020

VARIÁVEIS	n	%
<u>Frequência de realização das atividades</u>		
Diariamente	11	55%
Semanalmente	08	40%
Quinzenalmente	-	-
Mensalmente	01	5%
Não realizam	-	-
<u>Características das atividades desenvolvidas</u>		
I. Acompanhar a assistência de enfermagem nas dependências da UBS e nas visitas domiciliares (realização de curativo, imunização)	17	85%
II. Orientar as condutas de enfermagem no cuidado à família e ao indivíduo (no acolhimento, nas visitas domiciliares e nos atendimentos).	14	70%
III. Acompanhar o desenvolvimento de rotinas administrativas específicas da atenção básica (relatórios, solicitações e produtividade).	09	45%
IV. Capacitar a equipe de enfermagem para desenvolver o processo de trabalho de acordo com as especificidades da APS e do SUS.	08	40%
V. Realizar escala de trabalho, atribuições e de questões relacionadas ao direito do trabalhador (escala de férias, carga horária etc.).	07	35%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

A respeito da supervisão da equipe de enfermagem, tais rotinas eram desenvolvidas diariamente por 55,0% (11) dos participantes, e semanalmente por outros 40,0% (08).

As atividades mais citadas no campo da supervisão técnica foram “acompanhar a assistência de enfermagem nas dependências da UBS e nas visitas domiciliares” (17/85%) e “orientar as condutas de enfermagem no cuidado à família e ao indivíduo” (14/ 85%).

Apesar do menor percentual, 40% (08) dos enfermeiros citaram a prática de capacitar a equipe de enfermagem para desenvolver o processo de trabalho conforme as especificidades da APS e do SUS.

4.2.2. Atividades coletivas e interdisciplinares: educação permanente, educação em saúde e reunião de equipe.

As reuniões de planejamento fazem parte da rotina de 100% (20) das equipes, e a frequência de participação dos enfermeiros é de 100% (20).

Em relação às características das reuniões de equipe, as variáveis identificadas foram: frequência com que a equipe realiza, rotina de participação do enfermeiro (Tabela 11).

Tabela 11: Frequência de realização, participação do enfermeiro e caracterização das reuniões de equipe (n=20) - Vale do Paraíba, 2020

VARIÁVEIS	n	%
<u>Frequência de realização das atividades</u>		
Semanalmente	07	35%
Quinzenalmente	08	40%
Mensalmente	05	25%
Eventualmente	-	-
Não realizam	-	-
<u>Rotina de participação do enfermeiro</u>		
Participa sempre	20	100%
Quase sempre	-	-
Às vezes	-	-
<u>Características das atividades desenvolvidas</u>		
I. Discutir casos complexos e situações de vulnerabilidade estabelecendo plano de intervenção	19	95%
II. Avaliar o processo de trabalho e propor melhorias e readequações (ações, rotinas e atividades desenvolvidas)	13	65%
III. Informar e se atualizar sobre novas rotinas administrativas no serviço de saúde, de acordo com os informes da SMS	12	60%
IV. Programar escala e agenda de visitas domiciliares de acordo com a prioridade e agenda de visitas domiciliares	10	50%
V. Planejar ações em saúde a serem implementadas na rotina da equipe (campanhas, ações educativas e de promoção da saúde)	08	40%

Dados da pesquisa (2020)

Para 40% (08) dos participantes, as reuniões ocorriam a cada quinze dias, e para outros 35% (07), a frequência era semanal. No tocante à rotina de participação dos enfermeiros, 100% (20) afirmaram estar presentes em todos os encontros

As ações citadas com maior frequência foram: “discutir casos complexos e de maior vulnerabilidade, estabelecendo planos de intervenção” (19/95%) e “avaliar o processo de trabalho e propor melhorias e readequações” (13/65%)

Os encontros de educação permanente também foram caracterizados em relação à frequência de realização, rotina de participação dos enfermeiros e características das atividades desenvolvidas (Tabela 12).

Tabela 12: Frequência de realização e caracterização das atividades de educação permanente - Vale do Paraíba, 2020

VARIÁVEIS	n	%
<u>Frequência de realização das atividades</u>		
Semanalmente	-	-
Quinzenalmente	01	05%
Mensalmente	-	-
Eventualmente	12	60%
Não realizam	07	35%
<u>Rotina de participação dos enfermeiros</u>		
Participa sempre	12	60%
Quase sempre	01	05%
Às vezes	-	-
Não são realizados EP	07	35%
<u>Características das atividades desenvolvidas</u>		
I. Orientações eventuais e pontuais durante o processo de trabalho relacionado às ações desempenhadas (conteúdo técnico científico e/ou administrativo)	05	25%
II. Reuniões específicas para informar e orientar a equipe sobre mudanças nas rotinas e nos processos (rotinas administrativas, uso de impressos específicos etc.)	04	20%
III. Utilização da reunião de equipe para promover a atualização científica da equipe (tema emergente relacionado à saúde ou assunto indicado pela gestão do município)	04	20%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

Em 75% (15) das equipes eram realizados educação permanente, porém em 60% (12) delas os encontros aconteciam eventualmente. Quanto à presença dos enfermeiros, 60% (12) afirmaram participar de todos os encontros. Vale ressaltar que 25% (05) dos respondentes não se recordavam de informações do último encontro.

Quanto às características dos encontros, 25% (05) dos enfermeiros realizavam orientações pontuais, relacionadas às rotinas técnicas e administrativas, desenvolvidas durante o processo de trabalho das equipes. Ocorriam de modo esporádico, sem planejamento prévio e participação de todos da equipe de saúde.

As ações de educação em saúde e prevenção de doenças, no tocante as atividades em grupo (Tabela 13), foram descritas em relação ao perfil das atividades e público-alvo, frequência e participação dos enfermeiros.

Tabela 13: Frequência de realização e caracterização dos grupos de educação em saúde (n=20) - Vale do Paraíba, 2020

VARIÁVEIS	n	%
<u>Frequência de realização dos grupos</u>		
Semanalmente	02	10%
Quinzenalmente	05	25%
Mensalmente	11	55%
Eventualmente	01	05%
Não realizam	01	05%
<u>Rotina de participação dos enfermeiros</u>		
Participa sempre	05	25%
Quase sempre	09	45%
Às vezes	05	30%
<u>Perfil dos grupos em relação ao público-alvo</u>		
"Hiperdia" (Hipertensão e Diabetes)	07	35,0%
Grupo de Gestante	04	20,0%
Grupo Comunitário (socialização, artesanato, rodas de conversa)	03	15,0%
Outras temáticas	03	15,0%
Grupo de mães (beneficiadas pelo bolsa família)	03	15,0%
Saúde da Criança	02	10,0%
Reabilitação e promoção da saúde (promovido pelo NASF)	02	10,0%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

Considerando a rotina e a frequência de participação nos grupos de educação em saúde para 95% (19) dos participantes, os encontros ocorriam regularmente, sendo que para 55% (11) a frequência era mensal e para outros 25% (05) era quinzenal. A participação dos enfermeiros pode ser considerada frequente em relação à presença nos encontros, em que 25% (05) alegaram participar sempre, e outros 45% (09), quase sempre.

Já com relação ao quantitativo de grupos realizados, observou-se que o público-alvo variou de um a dois grupos por equipe e, com isso, outros perfis de relevância epidemiológica ficavam de fora da rotina. Nota-se, por exemplo, o baixo percentual de grupos de saúde da criança (02/10%) e de gestante (04/20%).

Ainda sobre as práticas educativas e de promoção da saúde, outras ações e atividades foram citadas como componentes da rotina do profissional (tabela 14).

Tabela 14: Distribuição das atividades e ações de educação em saúde e promoção da saúde (n=20). Vale do Paraíba, 2020.

VARIAVEIS	n	%
Campanhas temáticas mensais do Ministério da Saúde	20	100,0%
Salas de espera	16	80,0%
Programa Saúde na Escola	09	45,0%
Palestras e ações de prevenção de doenças na escola	08	40,0%
Grupo de caminhada	03	15,0%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

As campanhas temáticas instituídas pelo Ministério da Saúde, tais como “novembro azul”, “outubro rosa” e “setembro amarelo”, entre outras, foram citadas por 100% dos enfermeiros. A “sala de espera” foi a segunda atividade mais citada, correspondendo à prática de 80% destes.

Outras ações foram menos citadas, tais como as palestras e ações de prevenção de doenças nas escolas (08/40%), ações do Programa Saúde na Escola (09/45%) e os grupos de caminhada (03/15%).

Na tabela 15, estão descritos os motivos que contribuem para a não realização de grupos de educação em saúde e atividades de educação permanente

por parte dos enfermeiros.

Tabela 15: Distribuição em percentual das causas determinantes para não realização de educação permanente e grupos de educação em saúde - Vale do Paraíba, 2020

VARIÁVEIS	n	%
<u>Motivos para não realizar educação permanente (n=7)</u>		
Falta de tempo por excesso de atividades	4	57,0%
Acredita não ser necessário	1	14,0%
Os ACS já são capacitados	1	14,0%
Está há pouco tempo da UBS não teve oportunidade	1	14,0%
Equipe não aceita	1	14,0%
<u>Motivos para não realizar grupos educação em saúde (n=1)</u>		
Falta de motivação, pois a comunidade não aceita	1	100,0%
Falta de tempo por excesso de atividades	1	100,0%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

O excesso de atividades foi o principal motivo para o não desenvolvimento de ações de educação permanente e correspondeu a 57% (04). Isso levando em consideração apenas o número de enfermeiros que não realizam tais atividades.

A falta de tempo, devido à sobrecarga de atividades e a falta de aceitação da comunidade, foi o principal motivo relatado pelos enfermeiros para a ausência de atividades referentes aos grupos de educação em saúde.

4.2.3 Atividade assistencial no contexto da demanda programada e demanda espontânea

A consulta de enfermagem foi citada como atribuição realizada por 100% (20) dos enfermeiros, seja no atendimento à demanda programada ou na demanda espontânea, com frequência semanal, caracterizada como a atividade desenvolvida por maior tempo de dedicação em sua jornada semanal.

Considerando a rotina de atividades semanais, o tempo disponível para consultas agendadas (demanda programada) foi superior a 12 horas semanais, divididas ao longo da semana. Já com relação às consultas não agendadas

(demanda espontânea), não foi possível estimar o tempo destinado a tais atendimentos, pois eram distribuídos ao decorrer da semana.

Foi solicitado que os participantes mencionassem, no mínimo, três principais demandas atendidas pelo enfermeiro, seja ela agendada ou não. Na tabela 16, é possível verificar tais características, seja na demanda programada ou na demanda espontânea, em relação à finalidade e perfil atendido.

Tabela 16: Distribuição das respostas dos enfermeiros (n=20) em relação ao perfil da demanda programada e da demanda espontânea - Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS	n	%
<u>Demanda programada (consulta agendada)</u>		
Programas de saúde pública (ciclo vital e agravos prioritários)	19	95%
Aconselhamento para IST* e teste rápido	17	85%
Avaliação de indivíduos com feridas (1º avaliação e retorno)	9	45%
Consulta agendada para outras demandas**	7	35%
Retorno para resultado de exames ***	5	25%
Renovação de receitas médicas	1	5%
<u>Demanda espontânea (consulta não agendada e acolhimento)</u>		
Clínica Básica (<i>dor, queda, diarreia, febre, tosse alergias</i>)	14	70%
Queixas ginecológicas (<i>infecções, disúria, amenorreia e outras</i>)	12	60%
Orientações de enfermagem (<i>exames alterados, demanda de autocuidado para doenças crônicas e pacientes acamados</i>)	7	35%
Hipertensão Arterial e Diabetes (<i>crise hipertensiva, hiperglicemia,</i>)	7	35%
<u>Demanda espontânea (consulta não agendada e acolhimento)</u>		
Intercorrências e queixas relacionadas à gestação e puerpério	6	30%
Agendamentos e encaminhamentos diversos (<i>avaliação de prioridades para psicólogo, dentista e encaminhamentos perdidos</i>)	5	25%
Resultado de exames (<i>convocação de casos com resultados alterados e avaliação de resultados sem urgência</i>)	5	25%
Saúde da Criança (<i>febre, diarreia, tosse, dificuldade de respirar</i>)	5	25%
Procedimentos de enfermagem (<i>cateterismo vesical e curativos</i>)	2	10%
Renovação de receitas (<i>medicações em uso contínuo e perda de receita pelo paciente</i>)	5	25%

FONTE: Dados da pesquisa (2020). Nota explicativa: *IST: *infecções sexualmente transmissíveis*. ***Avaliação de citologia oncótica, mamografia, outras condições agudas e crônicas*. *** *Aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, insulino terapia, autocuidado de pacientes em condições crônicas*

A demanda programada foi caracterizada pelo atendimento às condições crônicas, atendimento para prevenção de doenças, diagnóstico precoce e cuidado continuado, além de outras demandas administrativas. O maior percentual destinava-se à atenção aos grupos prioritários (19/95%), com predomínio das consultas de puericultura, pré-natal e controle do câncer de colo uterino, aconselhamento, realização de testes rápidos (17/85%) e consultas de enfermagem para avaliação de feridas (09/45%).

Em relação à demanda espontânea, a maioria dos participantes revelou situações clínicas recorrentes e que demandavam atendimento imediato, prioritário ou para o dia, como, por exemplo, demandas relacionadas à clínica básica (14/70%), saúde da mulher (12/60%) e urgências básicas relacionadas à Hipertensão e Diabetes (07/35%).

Outras demandas com percentuais menos expressivos, consideradas situações não agudas, poderiam ser assistidas na demanda programada, como, por exemplo, orientações de enfermagem (07/35%), avaliação de resultado de exames (05/5%), renovação de receitas (05/25%) e encaminhamentos e agendamentos para outros profissionais (05/25%).

Foi solicitado aos enfermeiros que descrevessem as ações desenvolvidas durante o acolhimento na demanda espontânea. Constatou-se que o enfermeiro é acionado com frequência pela equipe, e, entre as ações descritas, são realizados: escuta inicial, avaliação e identificação de prioridades, encaminhamento e estabelecimento de condutas de enfermagem.

Importante destacar que diferentes desafios foram apontados, tais como baixa resolutividade da equipe (direcionando ao enfermeiro toda e qualquer demanda clínica), ausência de protocolos para tomada de decisão da equipe e decisão clínica do enfermeiro e sobrecarga de atividades que não são de sua competência e responsabilidade.

Nota-se que, em diferentes ocasiões, o enfermeiro assumia a demanda do profissional médico para atender as demandas de prescrições de medicamentos e solicitação de exames.

Sendo assim, ele incluía em sua rotina a renovação de receitas de uso contínuo mediante autorização do médico, confecção de receitas no atendimento compartilhado às situações agudas específicas e prescrição de medicamentos pelo médico, mediante avaliação do enfermeiro. Os motivos se devem à intenção de diminuir a carga de trabalho do médico, reduzir o tempo de espera do usuário e conseguir acesso à avaliação médica.

No que se refere às visitas domiciliares, 100% (20) dos enfermeiros as realiza, semanalmente, de um a dois turnos/período, conforme demanda e solicitações da equipe. Recomendam-se, no mínimo, quatro horas por semana para o enfermeiro realizar visitas, podendo ser ajustado conforme realidade e programação.

Objetivando conhecer o perfil da demanda de atendimentos domiciliares, foi verificada a finalidade dos atendimentos ao solicitar que descrevessem, no mínimo, três condições em que fosse necessária a atenção domiciliar (tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição do perfil dos atendimentos domiciliares de acordo com a opinião dos enfermeiros. Vale do Paraíba, 2020.

Finalidade dos atendimentos domiciliares	n	%
Atendimento domiciliar para cuidados de enfermagem (coleta de sangue, cateterismo, curativo, troca de SNE* e PO**)	17	85%
Atenção ao paciente acamado, deficiente físico ou doença mental incapacitante	16	80%
Atenção nas condições crônicas de pacientes com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção	9	45%
Atenção integral a saúde do idoso (autocuidado, queda, doenças crônicas e outras necessidades)	5	25%
Ações de vigilância em saúde incluindo busca ativa, educação em saúde e prevenção de doenças	4	20%
Assistência nas situações de risco e vulnerabilidade social (violência, maus tratos e necessidades sociais)	2	10%

FONTE: Dados da pesquisa (2020) * SNE - Sonda nasoenteral. ** PO - Pós operatório

Conforme o perfil dos atendimentos domiciliares, são realizadas ações de

vigilância em saúde, tratamento e reabilitação, atenção domiciliar aos pacientes incapacitados e debilitados, além de intervenções no âmbito social e cuidados de enfermagem.

Em relação a esse perfil, os dois atendimentos citados pela maioria foram: atendimento domiciliar para cuidados de enfermagem (17/85%), atenção ao paciente acamado, deficiente físico ou doença mental incapacitante (16/80%) e atenção às condições crônicas de pacientes com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção (09/45%).

Ainda no contexto da prática clínica, foram verificados a existência e o uso dos protocolos de enfermagem, cenário este que evidenciou desconhecimento dos enfermeiros em relação à existência de tais ferramentas, uma vez que 30% dos enfermeiros (06) afirmaram desconhecer-las.

Verificou-se também, o percentual de conhecimento dos enfermeiros em relação aos tipos de protocolos disponíveis na rede básica de saúde (Figura 03).

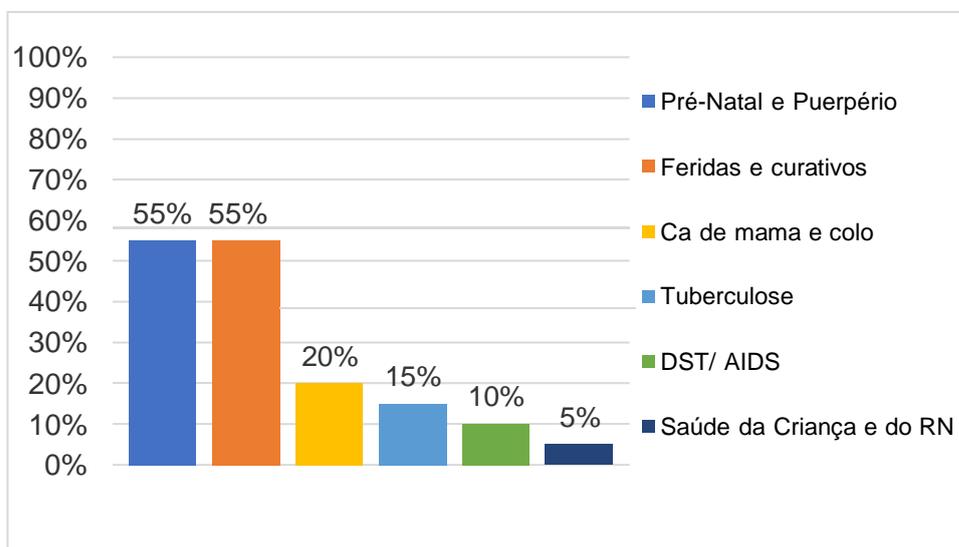


Figura 03: Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação ao uso dos protocolos de enfermagem utilizados na rotina de trabalho (n=20) - Dados da pesquisa (2020).

Houve divergência de resposta em relação à existência de protocolos disponíveis, entre os quais foram reconhecidos cinco diferentes tipos. A maioria dos enfermeiros (11/55%) mencionaram conhecer e utilizar o protocolo de pré-natal e puerpério, e o protocolo de feridas e curativos.

Os percentuais menos expressivos foram obtidos por conhecimento acerca do protocolo de DST/AIDS (02/10%) e Saúde da Criança e do RN (01/5%) além da ausência de protocolos e rotinas relacionadas ao controle da Hipertensão Arterial e Diabetes.

Por último, foi verificado se havia protocolos ou normas técnicas institucionais para prescrição de medicamentos e solicitação de exames na rotina dos programas de saúde pública, conforme a figura 04.

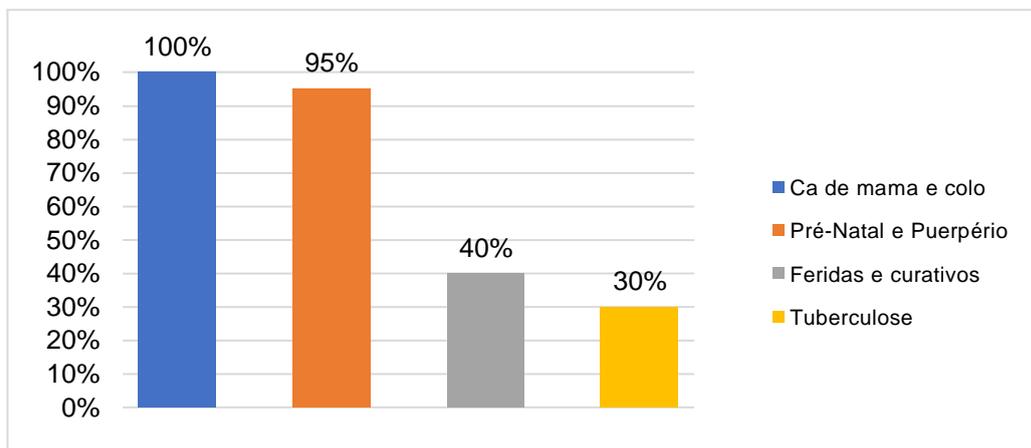


Figura 04: Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à prática de solicitação de exames laboratoriais ou prescrição de medicamentos em relação ao tipo de programa (n=20) - Dados da pesquisa (2020).

Quatro programas foram citados na rotina de prescrição de medicamentos e solicitação de exames. A maioria citou os programas de controle do câncer de colo uterino (20/100%) e as rotinas de pré-natal e puerpério (19/95%).

Ao descreverem as rotinas disponíveis, as condutas limitavam-se, basicamente, à solicitação de exames de rotina de pré-natal, solicitação de escarro para diagnóstico de tuberculose e de mamografia e citologia oncótica, além da prescrição de suplementação para gestante e solicitação de testes rápidos para

diagnóstico de IST e solicitação de exames para diagnósticos de Tuberculose.

Considerando que a consulta de enfermagem é uma das atividades desenvolvidas na atenção aos grupos e agravos prioritários, tal prática foi analisada quanto à rotina de acompanhamento e calendário mínimo de consultas (figura 05).

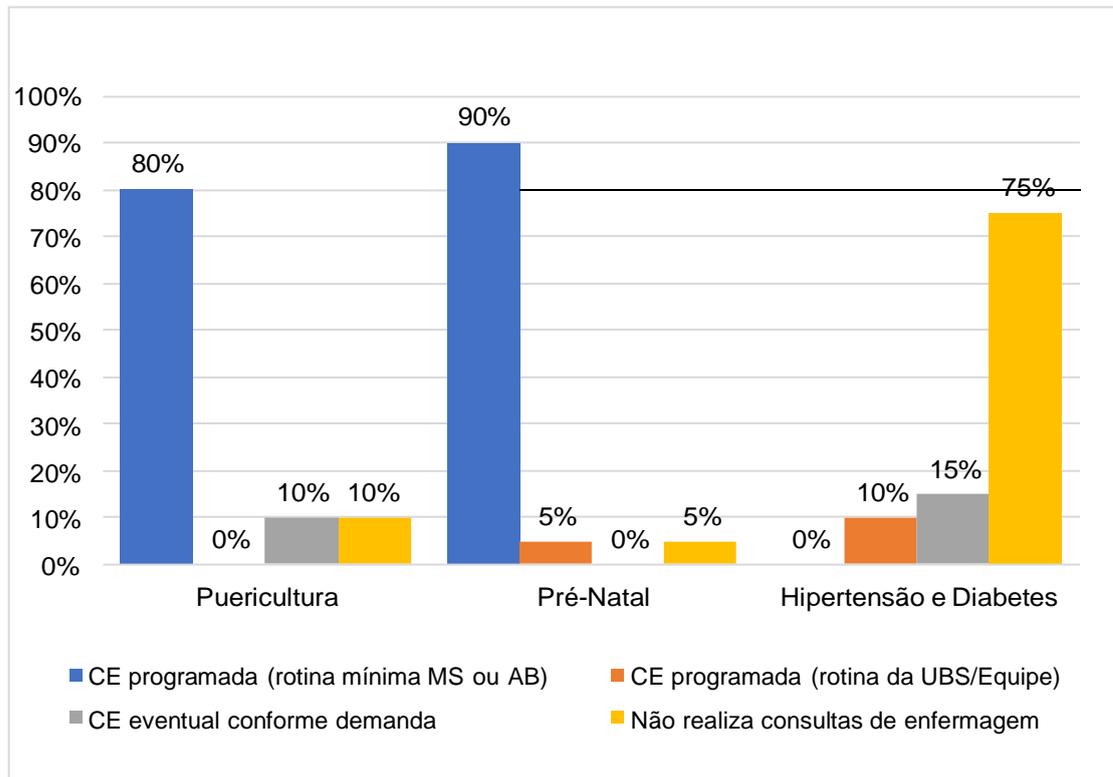


Figura 05: Distribuição em percentual de enfermeiros que realizam consulta de enfermagem e suas características do acompanhamento nos programas de Puericultura, Pré-natal, Hipertensão Arterial e Diabetes (n=20) - Dados da pesquisa (2020).

As consultas de enfermagem nos programas de puericultura e pré-natal eram desenvolvidas, respectivamente, por 90% (18) e 95% (19) dos enfermeiros. Ambas obtiveram os maiores percentuais de adequação às rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde, correspondendo respectivamente a 80% (16) e 90% (18). Já em relação às rotinas de controle da Hipertensão e Diabetes, a maioria dos enfermeiros não as realizavam (15/75%).

As rotinas citadas como protocolo do município estão descritas no quadro abaixo (Quadro 11).

Quadro 11 – Calendário de consultas citados pelos enfermeiros como “rotina do MS ou AB” das ações programáticas: Puericultura, Pré-natal, Hipertensão Arterial e Diabetes.

DESCRIÇÃO DAS ROTINAS INSTITUCIONAIS	
Puericultura	Consultas mensais ou bimestrais no primeiro ano de vida e consultas bimestrais à trimestrais no segundo ano de vida; não havendo padrão de acompanhamento entre os enfermeiros.
Pré-natal	Intervalos de consultas conforme preconizado, porém a consulta de acompanhamento do enfermeiro ocorre até 28 a 32 semanas*.
Hipertensão e Diabetes	Não foram mencionados nenhuma rotina e qualquer protocolo de acompanhamento.

Fonte: o autor (2020) - Nota explicativa*: Não houve consenso em relação ao período que o enfermeiro acompanha variando entre até 28 a 32 semanas

A figura 06 mostra a distribuição dos enfermeiros em relação aos Programas de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, Tuberculose e Hanseníase.

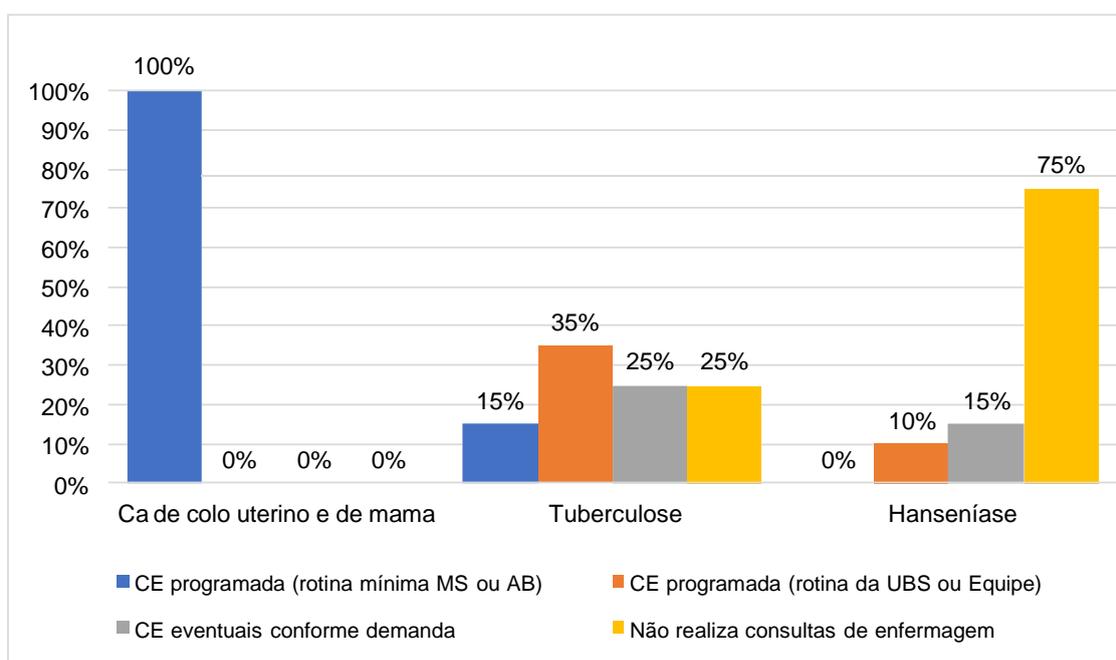


Figura 06: Distribuição em percentual de enfermeiros que realizam consulta de enfermagem em relação às rotinas de acompanhamento nos programas de controle do câncer de colo e de mama, tuberculose e hanseníase.

A rotina de controle do câncer de colo de útero e de mama foi a única em que 100% (20) dos enfermeiros as desenvolviam, conforme rotina do município. Com relação ao controle da Tuberculose, para 15% (03) a rotina estava em conformidade

com o município, enquanto outros 25% (05) não as realizavam.

Sobre o programa de Hanseníase, nenhum outro enfermeiro mencionou qualquer rotina de acordo com as recomendações do município, além de outros 75% (15) que não realizavam qualquer rotina programada.

As rotinas citadas como protocolo do município estão descritas no quadro abaixo (Quadro 12).

Quadro 12 - Calendário de consultas citados pelos enfermeiros como “rotina do MS ou AB” das ações programáticas: controle do câncer de colo e de mama, tuberculose e hanseníase.

DESCRIÇÃO DAS ROTINAS INSTITUCIONAIS	
Câncer de mama	Rotina de rastreamento para o câncer de mama a partir de 40 anos e consulta de enfermagem anual.
Câncer de colo de útero	Exame de papanicolau a partir da primeira relação sexual com consultas anuais e alta do rastreamento dos 64 aos 69 anos.
Tuberculose	1ª consulta para solicitação de exames de escarro e posteriormente, consultas mensais intercaladas entre médico e enfermeiros ao longo de 12 meses.
Hanseníase	Não foram mencionados nenhuma rotina e qualquer protocolo de acompanhamento.

Fonte: o autor (2020)

O gráfico na figura 07 descreve a distribuição em percentual das rotinas de visitas domiciliares ao recém-nascido e puérpera, bem como a idade ao receber a visita domiciliar.



Figura 07 - Distribuição percentual de enfermeiros quanto à prática da visita a puérpera e RN e o tempo que se realiza a visita (n=20) – Dados da pesquisa (2020).

A visita puerperal era realizada por todos os enfermeiros; no entanto, 65% (15) as realizavam com até sete dias (15/65%). Quanto à consulta, a figura 08 mostra a rotina e o percentual de enfermeiros que as realizam.

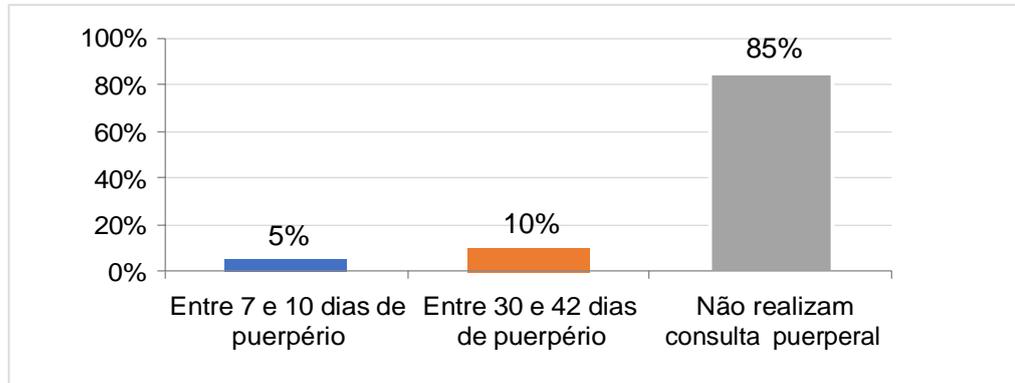


Figura 08: Distribuição em percentual de enfermeiros quanto à prática da consulta a Puerpera e o tempo que se realiza a consulta (n=20) - Dados da pesquisa (2020).

Na assistência ao puerpério, somente 15% (03) afirmaram realizar consultas de enfermagem. Desse percentual, 5% (01) ocorriam entre 7 e 10 dias de puerpério, e outros 10% (02), entre 30 e 42 dias. A figura 09 tem como objetivo apresentar a rotina de consultas médicas e de enfermagem na atenção a puérpera.

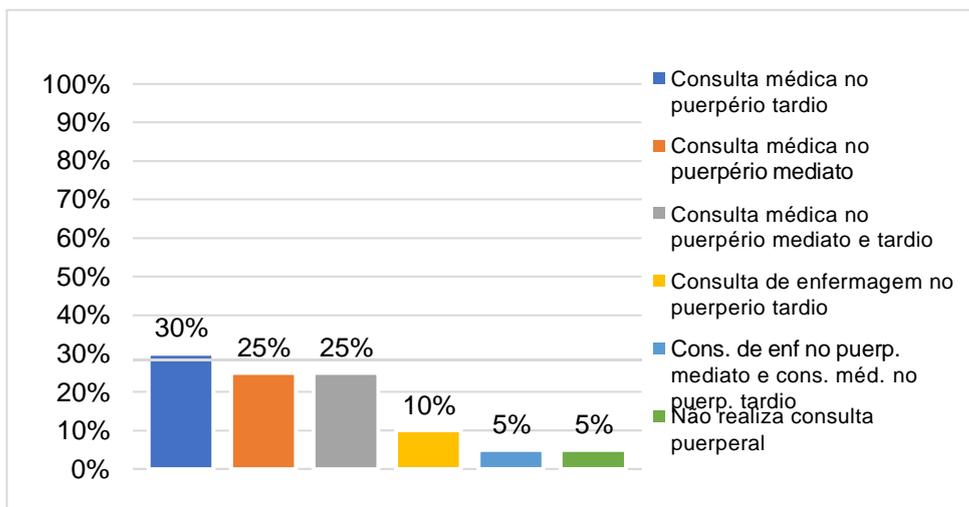


Figura 09: Distribuição em percentual de enfermeiros quanto à prática da consulta de enfermagem e rotina de atendimento a puérpera (n=20) – Dados da pesquisa (2020).

Somente 30% (06) dos enfermeiros mencionaram rotina com duas consultas de puerpério; 25% (05) eram assistidas somente pelo médico e 5% (01) pelo médico e enfermeiro; 30% (06) apenas uma consulta médica no puerpério tardio e outros 5% (01), neste mesmo período, pelo enfermeiro.

Por fim, verificou se os enfermeiros atendiam outros grupos em consulta de enfermagem, a finalidade e rotina de agendamento (figura 10).

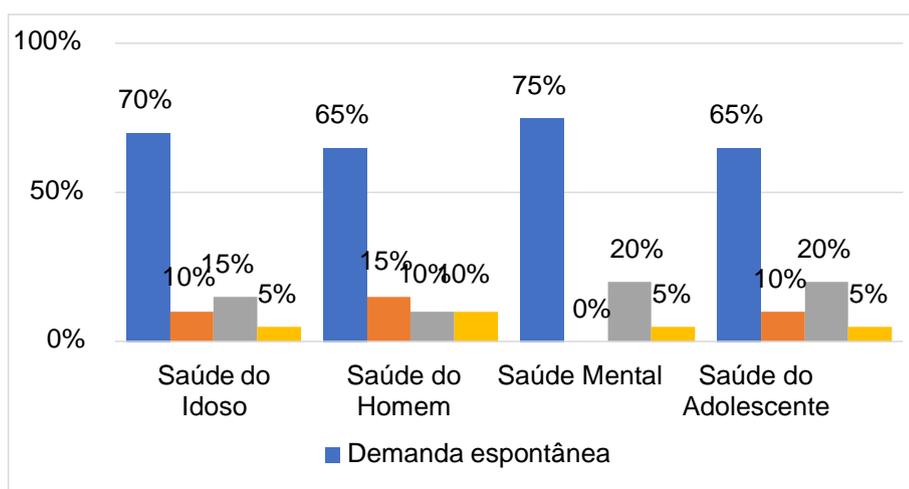


Figura 10: Distribuição em percentual dos enfermeiros quanto ao tipo de consulta de enfermagem a outros grupos e ciclos da vida (n=20) – Dados da pesquisa (2020).

O maior percentual refere-se à consulta de enfermagem em saúde mental (15/75%), no qual foi observada a maior frequência em demanda espontânea frente às consultas agendadas. O menor percentual foi de 15% (03), referente aos enfermeiros que realizam consulta destinada à saúde do homem.

Vale mencionar que, ao responderem esse questionamento, foram orientados a não considerar a consulta de enfermagem como toda e qualquer prática de acolhimento no contexto da demanda espontânea, uma vez que tal atividade nem sempre caracteriza a consulta de enfermagem.

E por último, a tabela 18 mostra os motivos associados ou determinantes para a não realização da consulta de enfermagem no contexto das ações programáticas.

Tabela 18: Distribuição em percentual dos enfermeiros e seus respectivos motivos que determinam ou influenciam a não realização das consultas de enfermagem nas ações programáticas (n=20) - Vale do Paraíba -SP (2020)

Fatores relacionados a não realização da CE	n	%
Encaminha ao especialista de referência (CE ao usuário c/ Hanseníase)	19	95,0%
Segue rotina e protocolo da instituição	17	85,0%
Ausência de um protocolo específico de enfermagem	13	65,0%
A coordenação não exige que seja rotina institucional	5	25,0%
Não percebe a necessidade da CE	5	25,0%
Realiza visita domiciliar em substituição da consulta	5	25,0%
Acordo entre médico e enfermeiro (somente consulta médica)	3	15,0%
Acredita que a consulta médica seria suficiente	4	20,0%
Demanda excessiva e falta de tempo	2	10,0%
Há pouca demanda de pacientes	2	10,0%
Falta de interesse	1	5,0%
Falta sala para atendimento	1	5,0%
Relata não saber o motivo	1	5,0%

Dados da pesquisa (2020)

Os fatores impostos por rotinas institucionais foram os principais motivos para que a consulta não fosse realizada de forma programada. Para 95% (19) dos enfermeiros, a ausência de uma rotina para o paciente com Hanseníase se deve ao fato de serem acompanhados na especialidade. Em seguida, a rotina da instituição e a ausência de protocolos de enfermagem foram outros principais motivos para que a consulta de enfermagem não fosse realizada, sendo citados, respectivamente, por 85% (17) e 65% (13) dos participantes.

Entres os menores percentuais, destacam-se os seguintes motivos: 25% (05) dos enfermeiros não percebiam a necessidade da consulta de enfermagem; outros 25% (05) substituíam a consulta pela visita domiciliar; 15% (03) realizavam-na de acordo com o médico e 20% (04) acreditam que a consulta médica seria suficiente.

4.3 Processo de trabalho do enfermeiro: princípios, diretrizes e atribuições desenvolvidas

4.3.1 Princípios e diretrizes: contribuição das ações desenvolvidas

Foi perguntado aos participantes quais princípios e diretrizes estão presentes em seu processo de trabalho e quais se relacionam com as ações desenvolvidas, respondendo “SIM”, em caso afirmativo, e “NÃO”, em caso negativo (tabela 19).

Tabela 19: Distribuição em percentual de respostas em relação a presença dos princípios e diretrizes da APS presentes no trabalho do enfermeiro (n=20) – Vale do Paraíba (2020)

VARIÁVEIS Princípios e diretrizes	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Universalidade	20	100,0	-	-
Equidade	20	100,0	-	-
Integralidade	20	100,0	-	-
Regionalização e Hierarquização	20	100,0	-	-
Territorialização e Adstrição da clientela	18	90,0	02	10,0
População Adscrita	20	100,0	-	-
Cuidado centrado na Pessoa	20	100,0	-	-
Resolutividade	19	95,0	01	5,0
Coordenação do cuidado	19	95,0	01	5,0
Ordenar a Rede	17	85,0	03	15,0
Longitudinalidade	19	95,0	01	5,0
Participação da comunidade	15	75,0	05	25,0

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

Para 100% (20) dos participantes, os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade, bem como as diretrizes da Regionalização e Hierarquização, População adscrita e Cuidado Centrado na Pessoa, obtiveram respostas “SIM”, ou seja, são princípios e diretrizes que orientam as ações desenvolvidas.

Entre as diretrizes que obtiveram respostas “NÃO”, o maior percentual foi obtido em Participação da Comunidade, a qual 25% (05) dos enfermeiros não a

reconhecia como uma das diretrizes presentes em seu processo de trabalho.

A tabela mostra a distribuição das respostas em relação ao grau de contribuição das ações em relação aos princípios e às diretrizes da APS (Tabela 20).

Tabela 20: Estatística descritiva das respostas obtidas pelos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações com os princípios e às diretrizes da APS. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS	ESCORES DE OPINIÃO DOS ENFERMEIROS Grau de contribuição das ações com os princípios e diretrizes da AB						MEDIDAS DE DISPERÃO	
	0	1	2	3	4	5	Escore Médio	Desvio Padrão
Princípios e diretrizes da Atenção Básica								
I - Universalidade	-	-	-	5,0% (1)	20,0% (4)	75,0% (15)	4,7	0,57
II - Equidade	-	-	-	-	30,0% (6)	70,0% (14)	4,7	0,47
III - Integralidade	-	-	-	10,0% (2)	40,0% (8)	50,0% (10)	4,4	0,68
IV - Regionalização e hierarquização	-	-	-	15,0% (3)	25,0% (5)	60,0% (12)	4,45	0,76
V - Territorialização e adstrição de clientela	10,0% (2)	-	-	10,0% (2)	30,0% (6)	50,0% (10)	4,00	1,52
VI - População adscrita	-	-	-	5,0% (1)	35,0% (7)	60,0% (12)	4,45	0,60
VII - Cuidado centrado na pessoa	-	-	-	5,0% (1)	35,0% (7)	60,0% (12)	4,45	0,60
VIII - Resolutividade	5,0% (1)	-	-	-	35,0% (7)	60,0% (12)	4,40	1,14
XIX - Longitudinal idade	5,0% (1)	-	-	5,0% (1)	25,0% (5)	65,0% (13)	4,40	1,19
X - Coordenação do cuidado	15,0% (3)	-	-	30,0% (6)	15,0% (3)	40,0% (8)	3,50	1,73
XI - Ordenar a rede	5,0% (1)	-	5,0% (1)	25,0% (5)	35,0% (7)	30,0% (6)	3,75	1,25
XII - Participação da comunidade	25,0% (5)	5,0% (1)	40,0% (8)	25,0% (5)	-	5,0% (1)	1,85	1,35
Distribuição da frequência absoluta e percentual de respostas	5,4% (13)	0,4% (1)	3,8% (09)	11,3% (27)	27% (65)	52,1% (125)	3,35	0,89

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Considerando o total de respostas obtidas (n=240), 79,3% (190) se concentraram na faixa dos escore 4 e 5. A maioria dos princípios e diretrizes apresentaram alto grau de contribuição em relação às ações desenvolvidas, obtendo a maioria deles, escore médio muito alto (4,1 a 5,0).

A maioria das respostas se concentrou na faixa de alto grau de contribuição, e segundo a opinião média do grupo, as maiores médias e os melhores indicadores foram obtidos pelos princípios da Universalidade (escore médio = 4,7; DP = 0,57) e da Equidade (escore médio = 4,7; DP = 0,47). Este último foi o único princípio em que 100% (20) dos enfermeiros consideraram as ações desenvolvidas com alto grau de contribuição (escore 4 = 30% e escore 5 = 70%).

As menores pontuações e suas respectivas medidas estatísticas foram obtidas pelas diretrizes ordenação da rede (escore médio = 3,75; DP = 1,25), coordenação do cuidado (escore médio = 3,5; DP = 1,73) e participação da comunidade (escores médio = 1,85; DP = 1,35).

Ainda sobre as três diretrizes em questão, o grau de contribuição das ações obteve os maiores percentuais na faixa 03 (contribuição parcial). O percentual de enfermeiros que atribuíram essa avaliação foram, respectivamente, 30% (06), 25% (05) e 25% (05). A participação da comunidade obteve o maior percentual de respostas para o escore de contribuição mínima, correspondendo a 45% (09) dos enfermeiros.

Por fim, seis diretrizes obtiveram respostas no escore zero, indicando ausência de contribuição das ações, com predomínio de 25% (05) de respostas para variável participação da comunidade.

4.3.2 Atribuições gerais e específicas: conhecimento, análise da contribuição das ações e fatores que influenciam a prática

A tabela 21 mostra a distribuição em percentual de conhecimento dos enfermeiros acerca de suas atribuições de cada eixo temático, obtido pelos pelas

respostas “SIM”, “NÃO”, “DÚVIDAS”, bem como as medidas de dispersão, tais como o escore médio e desvio padrão médio das respostas obtidas.

Tabela 21: Distribuição do percentual de respostas em relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre suas atribuições gerais, escore médio e desvio padrão das respostas em relação ao grau de contribuição das ações de cada eixo temático (n=20) – Vale do Paraíba (2020).

VARIÁVEIS	CONHECIMENTO EM RELAÇÃO ÀS ATRIBUIÇÕES GERAIS				MEDIDAS DE DISPERSÃO	
	Sim	Não	Dúvidas	Total	Escore Médio	Desvio Padrão
I - Processo de territorialização, cadastramento e mapeamento	82,5% (66)	15,0% (12)	2,5% (02)	100% (80)	3,83	1,38
II - Atenção integral e equânime ao indivíduo, família e coletividade	94,1% (113)	4,2% (05)	1,7% (02)	100% (120)	4,00	1,08
III - Cuidado no domicílio e outros espaços do território adscrito	87,0% (87)	9,0% (09)	4,0% (4)	100% (100)	3,80	1,50
IV - Planejamento e informação em saúde	87,5% (89)	12,5% (09)	5,0% (02)	100% (100)	3,74	1,44
V - Gestão do cuidado na atenção básica e na rede assistencial	82,5% (99)	12,5% (15)	5,0% (06)	100% (100)	3,51	1,35
VI - Interdisciplinaridade e trabalho em equipe	97,6% (58)	1,7% (01)	1,7% (01)	100% (60)	3,43	1,71
VII - Vigilância em saúde, prevenção e controle de agravos	100,0 % (60)	-	-	100% (60)	4,45	0,67
VIII - Gerenciamento dos serviços de saúde	93,3% (56)	6,7% (04)	-	100% (60)	4,43	0,68
IX - Participação popular, controle social e exercício da cidadania	85,0% (51)	11,7% (07)	3,3% (02)	100% (60)	2,39	1,92
Distribuição da frequência absoluta e percentual de respostas	89,3% (679)	8,2% (62)	2,5% (19)	100% (760)	3,75	1,30

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Os enfermeiros demonstraram conhecimento elevado para identificar as atribuições preconizadas, obtendo 89,3% (679) de respostas “SIM” e 8,2% (62) de respostas “NÃO”.

O maior percentual de acerto estava relacionado às atribuições do eixo “Vigilância em Saúde prevenção e controle de doenças”, o qual obteve 100% (20) de respostas corretas. Entre o desconhecimento acerca das ações preconizadas, o maior percentual foi obtido pelo eixo “Processo de territorialização, cadastramento e mapeamento”, correspondendo a 15% (12) das respostas, seguido dos eixos “Participação Popular” (07/11,7%), “Planejamento e Informação em Saúde” (15/12,5%) e “Gestão do cuidado na atenção básica” (15/12,5%).

A respeito da contribuição das ações, o escore médio total dos eixos das atribuições gerais obteve o valor de 3,75, o que caracteriza escore médio alto. Nessa perspectiva de classificação, obtiveram escore médio muito alto o eixo VII da “Vigilância em saúde”, (escore médio 4,45; DP = 0,67) e o eixo VIII do “Gerenciamento dos serviços de saúde” (escore médio 4,43; DP = 0,68).

Outros seis eixos obtiveram escore médio alto (3,1 a 4,0). Entre eles, a maior pontuação foi 3,83, obtida pelo eixo I, e que corresponde às ações de territorialização e mapeamento.

O menor escore médio, o que apresentou os piores indicadores, foi obtido pelas ações do eixo IX, “Participação popular, controle social e exercício da cidadania” (escore médio = 2,39 e DP = 1,92).

Foi verificada a opinião sobre cada uma das variáveis sobre as ações relacionadas às atribuições preconizadas e, para cada uma delas, o escore médio obtido pela escala de opinião.

As tabelas 22 a 30 correspondem aos dados estatísticos dos eixos I a IX. Em seguida, serão apresentados tais dados iniciando pelo Eixo I (tabela 22) e Eixo II (tabela 23).

Tabela 22: Estatísticas descritiva do Eixo Temático I “Processo de territorialização, cadastramento e mapeamento da área de abrangência”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS – EIXO I	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Sim	Não	Dúvidas	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF						Escore médio	Desvio padrão
Ações desenvolvidas				0	1	2	3	4	5		
I.A Participar do processo de territorialização e mapeamento das áreas de abrangência	100 % (20)	-	-	5,0% (1)	-	-	20,0% (4)	25,0% (5)	50,0% (10)	3,83	1,25
I.B Identificar recursos do território para realizar as atividades oferecidas pela equipe	80,0% (16)	15,0% (3)	5,0% (1)	5,0% (1)	-	10,0 (2)	15,0% (3)	30,0% (6)	20,0% (4)	3,56	1,36
I.C Cadastrar e manter atualizado o cadastro dos dados de saúde das famílias no SI da Atenção Básica	55,0% (11)	40,0% (8)	5,0% (1)	5,0% (1)	-	0,0% (0)	5,0% (1)	15,0% (3)	30,0% (6)	4,09	1,51
I.D. Utilizar recursos na comunidade para desenvolver ações integradas com outros setores (educação, segurança etc.)	95,0% (19)	5,0% (1)	-	10,0% (2)	-	-	20,0% (4)	40,0% (8)	25,0% (5)	3,63	1,46
Total de frequência e percentual de respostas obtidas	82,5% (76)	15,0% (12)	2,5% (2)	6,3% (5)	0,0% (0)	2,5% (2)	15,0% (12)	27,5% (22)	31,3% (25)	3,83	1,38

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Tabela 23: Estatísticas descritiva do eixo temático II “Atenção integral e equânime ao indivíduo, família e coletividade”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS – EIXO II	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão
II. A Contribuir e/ou realizar atendimento integral desde à demanda espontânea até a DP	100 % (20)	-	-	-	-	-	-	50,0% (10)	50,0% (10)	4,5	0,51
II. B Realizar o cuidado utilizando novos saberes e racionalidades como por exemplo as Práticas Integrativas e Complementares	75% (15)	15% (3)	10% (2)	20,0 (4)	-	10,0% (2)	20,0% (4)	10,0% (2)	15,0% (3)	2,6	1,88
II. C Desenvolver o cuidado ao indivíduo e família de acordo com as rotinas previstas pelos programas de saúde pública	100 % (20)	-	-	-	-	-	20,0% (4)	45,0% (9)	35,0% (7)	4,15	0,75
II. D Utilizar protocolos ou diretrizes clínicas e terapêuticas atuais para prestar assistência individual e coletivas	95 % (19)	5,0% (1)	-	-	-	-	20,0% (4)	40,0% (8)	35,0% (7)	4,16	0,76
II.E Participar do acolhimento aos usuários c/ classificação de risco, se responsabilizando pelo cuidado e vínculo	95 % (19)	5,0% (1)	-	-	-	-	5,0% (1)	60,0% (12)	30,0% (6)	4,26	0,56
II.F Realizar o cuidado com o foco não somente no indivíduo, mas também à família e as necessidades do coletivo e comunidade	100 % (20)	-	-	-	-	-	25,0% (5)	40,0% (8)	35,0% (7)	4,1	0,79
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	94,1% (113)	4,2% (5)	1,7% (2)	3,3% (4)	-	1,7% (2)	15,0% (18)	40,8% (49)	33,3% (40)	4,00	1,08

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

De acordo com a tabela 23, no eixo I, a variável I.A, “participar do processo de territorialização e mapeamento das áreas de abrangência”, foi a única com 100% (20) de reconhecimento dos enfermeiros. Já a variável I.C, “cadastramento e atualização dos dados de saúde das famílias”, obteve o menor percentual (11/55%). A maioria das ações são desenvolvidas, e o percentual de respostas indicando que as ações não eram realizadas foi de 6,3% (5).

Segundo a opinião dos enfermeiros em relação às ações desenvolvidas, foram atribuídos escore 04 ou 05 (contribuição alta) a 58,8% (47) das respostas. Para 15% (12), escore 3 (contribuição parcial). Duas ações foram avaliadas com contribuição parcial (04/20%) e que correspondem a I.A e a I.D. Ainda neste eixo, sobre as ações de cadastramento e atualização dos dados, apesar de demonstrarem baixo conhecimento (11/55%), obteve elevada pontuação (escore médio = 4,09; DP = 1,51). A pontuação mais baixa, apesar de satisfatória, foi alcançada pela variável I.C., identificação de recursos do território (escore médio = 3,56; DP = 1,36).

No eixo II, metade das ações, representadas por II.A, II.C e II.F, foram reconhecidas por 100% (20) dos participantes. A maioria das respostas obtidas (89/74%) estavam distribuídas entre os escores 4 e 5 (contribuição alta) e 15% (18) nos escores 3 (contribuição parcial) com destaque para a variável II.F que, para este escore, obteve o maior percentual (05/25%)

Os melhores indicadores foram obtidos pela variável II. a, “Contribuir e/ou realizar atendimento integral desde à demanda espontânea até a demanda programada” (escore médio = 4,5; DP = 5,1), e para 100% (20) dos enfermeiros, tais ações possuem alto grau de contribuição com a ESF.

Os piores percentuais foram alcançados pela variável II.B, que corresponde ao desenvolvimento das práticas integrativas e complementares no SUS. Para 25% (05) dos enfermeiros, essa prática era desconhecida, 20% (04) não a realizava e para 30% (06) dos enfermeiros foram atribuídos escores 2 (02/10%) e escore 3 (04/20%), além do baixo escore médio no valor de 2,6 e DP = 1,88.

Na sequência dos dados, na tabela 24 e 25 serão apresentadas, respectivamente, as ações do Eixo III, “Cuidado no domicílio e outros espaços do território” e do eixo IV, “Planejamento e informação em saúde”.

Tabela 24: Estatísticas descritiva do eixo temático III “Cuidado no domicílio e outros espaços do território adscrito” escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS – EIXO III	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão
III. A Realizar o cuidado quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (<i>escolas, associações, entre outros</i>)	100 % (20)	-	-	-	-	-	15,0% (3)	45,0% (9)	40,0 (8)	4,25	0,72
III.B Realizar visitas domiciliares e atendimentos em instituições de Longa Permanência e outros tipos de moradia do território	50,0% (10)	30,0% (6)	20,0% (4)	30,0% (6)	5,0% (1)	5,0% (1)	-	5,0% (1)	5,0% (1)	1,2	1,87
III.C Realizar visitas e atendimentos domiciliares de acordo com o planejamento da equipe e necessidades do usuário	100 % (20)	-	-	-	-	-	-	40,0% (8)	60,0% (12)	4,6	0,5
III.D Realizar visitas domiciliares e atendimentos de urgência em domicílio, de acordo com prioridades estabelecidas	90,0% (18)	10,0% (2)	-	10,0% (2)	5,0% (1)	-	15,0% (3)	30,0% (6)	30,0% (6)	3,56	1,65
III. E Realizar atenção domiciliar periódica às pessoas as quais não podem se deslocar até a Unidade de Saúde	95,0% (19)	5,0% (1)	-	-	-	-	10,0% (2)	35,0% (7)	50,0% (10)	4,42	0,69
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	87,0% (87)	9,0% (9)	4,0% (4)	8,0% (8)	2,0% (2)	1,0% (1)	8,0% (8)	31,0% (31)	37,0% (37)	3,8	1,5

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Tabela 25: Estatísticas descritiva do eixo temático IV “Planejamento e informação em saúde”, escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS – EIXO IV	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão
IV.A Planejar e programar as ações da UBS de acordo com os indicadores de saúde e perfil epidemiológico	100,0% (20)	-	-	10,0% (2)	-	-	20,0% (4)	45,0% (9)	25,0% (5)	3,65	1,42
IV.B Utilizar o sistema de informação para analisar a situação de saúde das famílias, avaliando metas e coberturas assistenciais	95,0% (19)	5,0% (1)	-	25,0% (5)	-	5,0% (1)	15,0% (3)	35,0% (7)	15,0% (3)	2,84	1,89
IV.C Utilizar o sistema de informação para realizar investigação clínica e epidemiológica e planejar as ações necessárias	100,0% (20)	-	-	5,0% (1)	-	-	35,0% (7)	35,0% (7)	25,0% (5)	3,7	1,17
IV.D Alimentar o sistema de informação e garantir a qualidade do registro das atividades e das ações realizadas	95,0% (19)	5,0% (1)	-	-	-	5,0% (1)	10,0% (2)	25,0% (5)	55,0% (11)	4,37	0,9
IV.E Acompanhar e alimentar o Sistema de Informação com dados dos programas sociais	55,0% (11)	35,0% (7)	10,0% (2)	5,0% (1)	-	-	-	20,0% (4)	30,0% (6)	4,18	1,47
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	89% (89)	9,0% (9)	2,0% (2)	9,0% (9)	0,0% (0)	2,0% (2)	16,0% (16)	32,0% (32)	30,0% (30)	3,74	1,44

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Das cinco variáveis presentes no eixo III, as ações descritas em III.A e III.C. são atribuições dos enfermeiros reconhecidas por 100% (20) dos entrevistados, enquanto o menor percentual foi obtido por III.B (10/50%). Quanto às atribuições que não são realizadas, duas delas obtiveram percentuais relevantes, descritas em III.B e III.D, e que correspondem, respectivamente, a 30% (06) e 10% (02) em relação ao total de participantes.

A respeito da contribuição das ações, para 68% (68) das respostas as ações eram desenvolvidas com alto grau de contribuição e somente 8% (8,0) correspondiam aos escores de contribuição parcial, obtidos pelas variáveis III.A, III.D e III.E.

Os melhores indicadores foram atribuídos à variável III.E, “Visitas e atendimentos domiciliares” (escore médio = 4,6; DP = 0,5), em que 100% (20) atribuíram escore 4 ou 5. Os piores indicadores e percentuais foram obtidos por III.B, “Visitas domiciliares e atendimentos em Instituições de moradia do território” (escore médio = 1,2; DP = 1,87), em que 30% (06) dos enfermeiros não as realizam.

Com relação ao eixo IV, as ações descritas em IV.A e IV.C foram reconhecidas como atribuições preconizadas por 100% (20) dos participantes. O maior percentual de desconhecimento refere-se a variável IV.E, a qual obteve 35% (07) de respostas negativas e 10% (02) de dúvidas.

Quanto à opinião os enfermeiros, 62% (62) das respostas correspondem aos escores 4 e 5, com destaque para a variável IV.D, “Alimentação e qualidade do registro no sistema de informação”, a qual 80% (16) dos enfermeiros avaliaram tais ações com alto grau de contribuição, obtendo os melhores indicadores (escore médio = 4,37; DP = 0.9).

Os piores indicadores foram obtidos pela variável IV.B, “Utilização do sistema de informação para analisar, avaliar metas e coberturas assistenciais” (escore médio = 1,2; DP = 1,87), assim como os piores percentuais, já que 25% (05) dos enfermeiros não realizavam e 15% (03) consideravam parcialmente satisfatória.

A seguir, na tabela 26, são apresentados os resultados dos eixos V, “Cuidado longitudinal e produção do cuidado em rede”, e na tabela 27, eixo VI, “Interdisciplinaridade: trabalho em equipe e educação permanente.

Tabela 26: Estatísticas descritiva do eixo temático V “Gestão do cuidado na atenção básica e na rede assistencial”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS – EIXO V	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão
V.A Acompanhar e/ou monitorar a continuidade do tratamento do indivíduo em acompanhamento na unidade básica de saúde	95,0% (19)	5,0% (1)	-	-	-	-	20,0% (4)	50,0% (10)	25,0% (5)	4,05	0,71
V.B Participar da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas de ordenação do fluxo do usuário na RAS	65,0 % (13)	25,0% (5)	10,0% (2)	25,0% (5)	15,0% (3)	5,0% (1)	15,0% (3)	0,0% (0)	5,0% (1)	1,38	1,6
V.C Realizar a busca ativa de pacientes após a alta hospitalar e pós a alta de atendimentos de urgência/emergência	90,0% (18)	5,0% (1)	5,0% (1)	-	5,0% (1)	-	25,0% (5)	35,0% (7)	25,0% (5)	3,83	1,04
V.D Conhecer a rede de serviços de saúde considerando o nível de complexidade e finalidade de recursos e serviços disponíveis	100,0% (20)	-	-	-	-	5,0% (1)	15,0% (3)	50,0% (10)	30,0% (6)	4,05	0,83
V.E Acompanhar e monitorar a continuidade do tratamento do indivíduo em outros serviços da RAS	75,0% (15)	15,0% (3)	10,0% (2)	5,0% (1)	-	-	40,0% (8)	25,0% (5)	5,0% (1)	3,27	1,1
V.F Contribuir com a gestão da fila de espera, acompanhando os casos de responsabilidade da equipe	70,0% (14)	25,0% (5)	5,0% (1)	-	-	5,0% (1)	30,0% (6)	10,0% (2)	25,0% (5)	3,79	1,05
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	82,5% (109)	12,5% (15)	5,0% (6)	5,8% (7)	3,3% (4)	2,5% (3)	24,2% (29)	28,3% (34)	19,2% (23)	3,51	1,35

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Tabela 27: Estatísticas descritiva do eixo temático VI “Interdisciplinaridade e trabalho em equipe”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS – EIXO VI	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5		
VI.A Desenvolver ações interdisciplinares como, por exemplo, o projeto terapêutico singular e/ou matriciamento e/ou consulta compartilhada	90,0% (18)	5,0% (1)	5,0% (1)	20,0% (4)	5,0% (1)	5,0% (1)	20,0% (4)	25,0% (5)	20,0% (4)	2,78	1,83
VI.B Participar de reuniões de equipe para acompanhar, planejar e avaliar as ações da equipe e readequar o processo de trabalho	100,0% (20)	-	-	-	-	-	10,0% (2)	35,0% (7)	55,0% (11)	4,45	0,69
VI.C Planejar e participar das atividades de educação permanente e de educação continuada	100,0% (20)	-	-	20,0% (4)	5,0% (1)	10,0% (2)	10,0% (2)	30,0% (6)	25,0% (5)	3,0	1,89
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	97,6% (58)	1,7% (1)	1,7% (1)	13,3% (8)	3,3% (2)	5,0% (3)	13,3% (8)	30,0% (18)	31,7% (19)	3,43	1,71

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

O eixo V (tabela 26) obteve um dos piores percentuais de conhecimento das atribuições, principalmente em relação às variáveis V.B, V.E e V.F, respectivamente com 65% (13), 75% (15), 70% (14) de respostas. O percentual máximo foi obtido pela variável V.D (20/100%), que obteve os piores indicadores e o maior percentual de resposta nos escores 0 a 3 (43/35,8%), concentrando-se o maior percentual na faixa do escore 3 (29/24,2%), assim como V.C (05/25%), V.E (08/40%) e V.F (06/30%).

As ações com os melhores resultados foram “Acompanhar e/ou monitorar a continuidade do tratamento do indivíduo em acompanhamento na unidade básica de saúde” (escore médio = 4,05; DP = 0,71) e “Conhecer a rede de serviços de saúde considerando o nível de complexidade e a finalidade de recursos e serviços disponíveis” (escore médio = 4,05; DP = 0,83). Os piores indicadores foram alcançados pela variável V.B “Participar da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas na ordenação do fluxo do usuário na RAS” (escore médio = 1,38 e DP = 1,6), avaliada como satisfatória por somente 5% (01) dos enfermeiros, enquanto 30% (06) não o realizava.

O eixo VI (tabela 27), também obteve indicadores insatisfatórios, apesar de 61,7% (37) das respostas concentrarem-se na faixa dos maiores escores. Para as três ações o conhecimento foi elevado, com destaque para VI.B e VI.C, as quais o conhecimento foi demonstrado por 100% (20). Os melhores indicadores e percentuais foram atribuídos à variável VI.B, com 90% (18) de respostas nos escores 4 e 5, escore médio = 4,45 e DP = 0,69.

Os escores mais baixos foram obtidos pelas variáveis VI.A, “Práticas interdisciplinares” (escore médio = 2,78; DP = 1,83), e VI.C, “Educação permanente e continuada” (escore médio foi de 3,0 e DP = 1,89). Para as duas variáveis, a porcentagem de resposta distribuídas nos escores de 0 a 3 foi relevante, no total de 50% (10) e 45% (09) respectivamente. Cabe destacar que o percentual de enfermeiros que não realizava tais atividades foi significativo, no valor de 20% (04).

A seguir, a tabela 28 apresenta os resultados obtidos pelas ações de vigilância em saúde, educação e promoção à saúde, e a tabela 29, as ações de gerenciamento dos serviços de saúde e por último, a tabela 30 mostra o eixo IX, o qual apresenta as ações de educação popular, controle social.

Tabela 28: Estatísticas descritiva do eixo temático VII “Vigilância em saúde, educação em saúde, prevenção de doenças e controle de agravos”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS – EIXO VII	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas								
VII.A Realizar a notificação compulsória bem como a busca ativa de casos notificáveis e outros agravos de relevância para saúde	100,0% (20)	-	-	-	-	-	-	45,0% (9)	55,0% (11)	4,55	0,51
VII.B Realizar ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde de acordo com casos de doenças e agravos existentes	100,0% (20)	-	-	-	-	5,0% (1)	10,0% (2)	25,0% (5)	60,0% (12)	4,4	0,88
VII.C Realizar educação em saúde com a população com metodologia e vocabulário adequado para o público-alvo	100,0% (20)	-	-	-	-	-	5,0% (1)	50,0% (10)	45,0% (9)	4,4	0,6
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	100,0 % (60)	0,0% (0)	0,0% (0)	-	0,0% (0)	1,7% (1)	5,0% (3)	40,0% (24)	53,3% (32)	4,45	0,67

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Tabela 29: Estatísticas descritiva do eixo temático VIII - “Gerenciamento dos serviços de saúde”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS – EIXO VIII	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Sim	Não	Dúvidas	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF						Escore médio	Desvio padrão
<i>Ações desenvolvidas</i>				0	1	2	3	4	5		
VIII.A Gerenciar e/ou participar do gerenciamento de materiais e insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (<i>solicitação, uso adequado e preservação do mesmo</i>)	100,0% (20)	-	-	-	-	-	10,0% (2)	30,0% (6)	60,0% (12)	4,5	0,69
VIII.B Realizar e/ou participar da gestão da infraestrutura e de equipamentos da Unidade de Saúde zelando pelo bom uso e manutenção dos recursos disponíveis	100,0 % (20)	-	-	-	-	-	10,0% (2)	45,0% (9)	45,0% (9)	4,35	0,67
VIII.C Gerenciar e/ou participar do gerenciamento de insumos e medicamentos da farmácia da unidade de saúde (<i>solicitação, dispensação e armazenamento</i>)	80,0% (16)	20,0% (4)	0,0% (0)	-	-	-	10,0% (2)	25,0% (5)	45,0% (9)	4,44	0,73
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	93,3% (56)	6,7% (4)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	10,0% (6)	33,3% (20)	50,0% (30)	4,43	0,68

Tabela 30: Estatísticas descritiva do eixo IX - "Participação popular, controle social e exercício da cidadania": escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS - EIXO IX	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
<i>Ações desenvolvidas</i>	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão
IX.A Promover os direitos do usuário e sua participação nos órgãos de comunicação	85,0% (17)	5,0% (1)	10,0% (2)	30,0% (6)	10,0% (2)	10,0% (2)	20,0% (4)	10,0% (2)	5,0% (1)	1,82	1,7
IX.B Participar das reuniões do conselho local e/ou conselho municipal de saúde e incentivar a participação da comunidade	75,0% (15)	25,0% (5)	-	45,0% (9)	10,0% (2)	10,0% (2)	5,0% (1)	5,0% (1)	-	0,87	1,30
IX.C Orientar a população sobre o uso correto e racional dos serviços	95,0% (19)	5,0% (1)	-	-	5,0% (1)	-	10,0% (2)	45,0% (9)	35,0% (7)	4,11	0,99
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	85,0% (51)	11,7% (7)	3,3% (2)	25,0% (15)	8,5% (5)	6,7% (4)	11,7% (7)	20,0% (12)	13,3% (8)	2,39	1,92

O eixo VII corresponde às ações com os melhores indicadores e percentuais obtidos, totalizando 100% (20) de respostas no que se refere ao conhecimento das ações preconizadas e das ações desenvolvidas. A maioria das respostas foram atribuídas aos escores 4 e 5 (56/93,3%) e, entre as variáveis, não houve diferença significativa entre os escores médios.

A variável VII.A, que corresponde às ações de notificações compulsórias e de busca ativa, obteve os melhores percentuais e indicadores (escore 4 = 09/45%; escore 5 = 11/55%; escore médio = 4,55; DP = 0,51). Embora pouco expressiva, houve respostas nos escore 2 e 3 para as variáveis VII.B, “Práticas de educação em saúde”, e VII.C, “Ações de prevenção de doenças” para as quais o maior percentual de resposta foi 10% (02).

Com relação ao eixo VIII, 100% (20) dos enfermeiros se reconhecem como responsáveis pelas ações identificadas em VIII.A e VIII.B. Em contrapartida, 20% (04) já não se considera responsável pelas ações definidas em VIII.C. As opiniões sobre a contribuição das ações com os propósitos da ESF, somadas, obtiveram elevado percentual, 83,3% (50) de respostas, distribuídas entre o escore 4 e o escore 5.

As três variáveis do eixo alcançaram escore médio com intervalo muito alto, e para duas delas, VIII.A e VIII.B, 90% dos enfermeiros atribuíram escore 4 ou escore 5 para as ações descritas. O maior indicador foi obtido por VIII.A, “Gerenciar e/ou participar do gerenciamento de materiais e insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS” (escore médio = 4,5; DP = 0,69).

Por último, no eixo IX, nenhuma das três atribuições alcançaram percentual máximo de conhecimento. O maior percentual foi alcançado pela variável IX.C (19/95%) e o menor percentual pela variável IX.B (15/75%). Entre as ações preconizadas, aquelas descritas em IX.A e IX.B, não são realizadas respectivamente por 30% (06) e 45% (09) dos enfermeiros.

A variável IX.C, “Orientar a população sobre o uso correto e racional dos serviços de saúde” foi a única com indicadores satisfatórios, com 80% das respostas nas faixas de alto grau de contribuição (escore 4 = 45%; escore 5 = 35%; escore médio = 4,11; DP = 0,99).

No tocante à opinião dos enfermeiros e aos valores dos indicadores, os

resultados obtidos foram insatisfatórios. A variável IX.B, “Participar das reuniões de conselho local e/ou conselho municipal de saúde e incentivar a participação da comunidade”, obteve os piores valores para os indicadores (escore médio =0,87 e DP=1,30) e somente 5% (01) dos enfermeiros considera sua prática satisfatória.

Dando seguimento à análise dos dados, a tabela 31 mostra os dados referentes aos seis eixos temáticos, eixo X ao XV, que se referem ao conhecimento do enfermeiro sobre as atribuições específicas e à opinião dos enfermeiros quanto à contribuição das ações representado pelos escores médio.

Tabela 31: Distribuição do percentual de respostas em relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre suas atribuições específicas e escore médio e desvio padrão das respostas em relação ao grau de contribuição das ações de cada eixo temático (n=20) – Vale do Paraíba (2020).

VARIÁVEIS Eixo temático Atribuições Específicas	CONHECIMENTO EM RELAÇÃO ÀS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS				MEDIDAS DE DISPERSÃO	
	Sim	Não	Dúvidas	Total	Escore Médio	Desvio Padrão
X - Cuidado individual, familiar e coletivo no domicílio e demais espaços comunitários	91,2% (73)	7,5% (6)	1,3% (1)	100% (80)	4,26	0,88
XI - Prática assistencial e desenvolvimento da consulta de enfermagem	97,4% (78)	1,3% (1)	1,3% (1)	100% (80)	4,06	1,39
XII- Ações de enfermagem no acolhimento e na atenção a demanda espontânea	92,4% (74)	6,3% (5)	1,3% (1)	100% (80)	4,14	1,43
XIII - Atenção às condições crônicas e gestão de casos complexos	87,5% (53)	6,7% (4)	5,0% (3)	100% (60)	2,96	1,44
XIV - Educação e promoção da saúde e prevenção de doenças	98,7% (79)	1,3% (1)	-	100% (80)	4,10	1,08
XV- Supervisão e gerenciamento de competências específicas	94% (94)	6,0% (06)	-	100% (100)	3,68	1,59
Distribuição da frequência absoluta e percentual de respostas	94% (451)	4,8% (23)	1,2% (06)	100% (480)	3,86	1,30

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

De acordo com a tabela 31, não houve diferença significativa entre as variáveis dos eixos, não só em relação ao conhecimento sobre as atribuições, mas também com relação aos indicadores.

Houve predomínio de conhecimento em relação às atribuições específicas (24 ações analisadas) constatado por 94% (451) de respostas afirmativas em 11 ações de 28 analisadas. Para nenhum dos eixos obteve-se um percentual de 100% (20) de conhecimento; porém vale destacar que o percentual de respostas correspondendo às dúvidas e desconhecimento foram bem discretos, respectivamente 4,8% (23) 1.2% (06) do total de respostas.

O eixo XIII, “Atenção às condições crônicas e gestão de casos complexos”, obteve o menor percentual de conhecimento: 87,5% (53). Já o maior foi obtido pelo eixo XI, “Prática assistencial e desenvolvimento da consulta de enfermagem”, com 97,4% (94) das respostas.

Entre os indicadores de opinião dos participantes, em relação a grau de contribuição das ações, o escore médio foi de 3,86 com DP de 1,30, classificado como escore médio alto. Quanto à classificação dos escores obtidos, de seis eixos, quatro deles alcançaram escore médio muito alto; um deles com médio alto e outro com escore médio regular.

Os maiores escores e os melhores indicadores foram obtidos pelo eixo X, “Cuidado individual, familiar e coletivo no domicílio e demais espaços comunitários” (escore médio = 4,26; DP = 0,88), seguido do eixo XII “Ações de enfermagem no acolhimento e na atenção a demanda espontânea, (escore médio = 4,14; DP = 1,43). O eixo XV “Supervisão e gerenciamento de competências específicas” foi o único que o escore médio estava na faixa de alto grau de contribuição (3,1 a 4,0) no valor de 3,68 e DP de 1,59.

Assim como as atribuições gerais, também foi verificado a opinião sobre e o grau de contribuição de cada uma das variáveis das atribuições específicas, sendo obtidas pelo escore médio da escala de opinião.

A tabela 32 apresenta a estatística do eixo temático eixo X, “Cuidado ao indivíduo, família e coletividade no domicílio e demais espaço comunitários”, e a tabela 33, o eixo XI, “Prática assistencial e o desenvolvimento da consulta de enfermagem”.

Tabela 32: Estatísticas descritiva do eixo temático X “Cuidado ao indivíduo, família e coletividade no domicílio e demais espaço comunitários”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS - EIXO X	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5		
X.A - Realizar o cuidado por meio de Visitas Domiciliares conforme as recomendações e rotinas dos programas de saúde pública	100,0% (20)	-	-	-	-	-	5,0% (1)	35,0% (7)	60,0% (12)	4,55	0,68
X.B - Realizar o cuidado individual ou coletivo à população presente nas escolas, igrejas, associações, fábricas e entre outros	90,0% (19)	5,0% (1)	5,0% (1)	-	-	-	25,0% (5)	50,0% (10)	15,0% (3)	3,89	0,61
X.C - Realizar intervenções de enfermagem que possam contribuir com a melhoria da dinâmica familiar e seu domicílio	80,0% (16)	20,0% (4)	0,0% (0)	-	-	-	20,0% (4)	25,0% (5)	35,0% (7)	4,19	0,83
X.D - Realizar procedimentos de enfermagem nos domicílios, <i>como por exemplo curativo, vacinação, coleta de sangue</i>	95,0% (19)	5,0% (1)	0,0% (0)	5,0% (1)	-	-	5,0% (1)	25,0% (5)	60,0% (12)	4,37	1,21
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	91,2% (83)	7,5% (6)	1,3% (1)	1,3% (1)	-	-	13,8% (11)	33,8% (27)	42,5 (34)	4,26	0,88

Tabela 33: Estatísticas descritiva do eixo temático XI “Prática Assistencial e Desenvolvimento da consulta de enfermagem”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS - EIXO XI	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
<i>Ações desenvolvidas</i>	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão
XI.A - Realizar consulta de enfermagem de acordo com as recomendações dos programas de saúde pública recomendados pelo Ministério da Saúde	95,0% (19)	5,0% (1)	-	-	-	5,0% (1)	10,0% (2)	30,0% (6)	50,0% (10)	4,32	0,89
XI.B - Desenvolver a consulta de enfermagem com ênfase na educação em saúde e mudanças de estilo de vida com promoção de hábitos saudáveis	100,0% (20)	-	-	-	-	-	5,0% (1)	25,0% (5)	70% (14)	4,65	0,59
XI.C - Solicitar e interpretar exames complementares e de rotina de acordo com a legislação profissional e/ou protocolo e/ou normas técnicas da instituição	100,0% (20)	-	-	5,0% (1)	-	-	20,0% (4)	25,0% (5)	50,0% (10)	4,1	1,25
XI.D - Prescrever medicações durante as consultas de enfermagem de acordo c/ a legislação profissional e protocolo e/ou normas técnicas da instituição	90,0% (19)	5,0% (1)	5,0% (1)	25,0% (5)	-	-	10,0% (2)	30,0% (6)	30,0% (6)	3,16	2,04
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	97,4% (78)	1,3% (1)	1,3% (1)	7,5% (6)	0,0% (0)	1,3% (1)	11,3% (9)	27,5% (22)	50,0% (40)	4,06	1,39

As ações relacionadas ao eixo X, “Cuidado ao indivíduo, família e coletividade no domicílio e demais espaço comunitários” (tabela 32), apresentaram os melhores escores, com 75,3% (51) das respostas com os maiores escores.

A variável X.A, “Realizar o cuidado por meio de visitas domiciliares, conforme as recomendações e rotinas dos programas de saúde pública”, obteve os melhores indicadores (escore médio 4,55; DP=0,68), além do melhor percentual de conhecimento (20/100%) obtido entre os enfermeiros. Para 95% (19) dos participantes, as ações dessa variável possuem alto grau de contribuição. Os piores indicadores foram obtidos pela variável X.B, “Realizar o cuidado individual ou coletivo à população presente nas escolas, igrejas, associações, fábricas entre outros” (escore médio = 3,89; DP = 0,61; escore 3= 25%).

Cabe ressaltar que, em relação às intervenções de enfermagem no âmbito domiciliar, apesar de terem alcançado elevado escore médio de 4,19, para 20 % (04) dos enfermeiros tais ações contribuem parcialmente com a ESF, e para outros 20% (04), não se reconhecem tais ações como sendo sua atribuição.

O eixo Temático XI, “Prática assistencial e o desenvolvimento da consulta de enfermagem”, obteve 77,50% (22) das respostas distribuídas entre os escores 4 e 5 e outros 11,3% (09) de respostas no escore 3.

Os melhores percentuais foram obtidos pela variável XI.B, “Desenvolver a consulta de enfermagem com ênfase na educação em saúde (escore médio = 4,65; DP=0,59), seguido da variável XI.A, a qual corresponde a consulta de enfermagem nos programas de saúde pública (escores médio = 4,32; DP = 0,89).

A variável que obteve os piores indicadores foi a prática de prescrição de medicamentos durante as consultas de enfermagem (escore médio = 3,16; DP= 2,04). Para essa mesma variável, 25% (05) dos enfermeiros informaram não realizar tal atribuição.

Dando seguimento à avaliação das ações desenvolvidas, as tabelas 34 e 35 dizem respeito, respectivamente, ao eixo XII “Ações de enfermagem no acolhimento e na atenção a demanda espontânea” e XIII “Atenção às condições crônicas e gestão de casos complexos”.

Tabela 34: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XII “Ações de enfermagem no acolhimento e na atenção à demanda espontânea”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS - EIXO XII	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
<i>Ações desenvolvidas</i>	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão
XII.A - Realizar o acolhimento ao usuário na demanda espontânea com escuta ativa, classificação de risco e conduta de enfermagem	100,0% (20)	-	-	-	-	-	-	35,0% (7)	65,0% (13)	4,65	0,49
XII.B - Realizar orientações e prescrição de cuidados em situações de acolhimento e atendimentos à demanda espontânea	100,0% (20)	-	-	-	-	-	-	35,0% (7)	65,0% (13)	4,65	0,49
XII.C - Prescrever medicamentos em casos específicos no atendimento a demanda espontânea de acordo com a legislação profissional e/ou protocolo da instituição	70,0% (14)	25,0% (5)	5,0% (1)	30,0% (6)	5,0% (1)	5,0% (1)	5,0% (1)	15,0% (3)	10,0% (2)	2,00	2,08
XII.D - Encaminhar ao médico os casos que necessitarem de avaliação adicional ou encaminhamento ao serviço de saúde	100,0% (20)	-	-	-	-	-	-	40,0% (8)	60,0% (12)	4,6	0,5
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	92,4% (74)	6,3% (5)	1,3% (1)	7,5% (6)	1,3% (1)	1,3% (1)	1,3% (1)	31,3% (25)	50,0% (40)	4,14	1,43

Tabela 35: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XIII “Atenção as condições crônicas e gestão de casos complexos”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS - EIXO XIII	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5		
XIII. A - Realizar estratificação e classificação de risco de indivíduos com condições e doenças crônicas	95% (19)	-	5,0% (1)	25,0% (5)	-	-	15,0% (3)	35,0% (7)	20,0% (4)	3	1,94
XIII.B - Considerar aspectos psicológicos, sociais, afetivos e biológicos para estratificar e classificar o risco a saúde	95% (19)	-	5,0% (1)	25,0% (5)	-	-	20,0% (4)	30,0% (6)	20,0% (4)	2,95	1,93
XIII.C - Elaborar e implementar projeto terapêutico singular para indivíduos em condições de maior risco e vulnerabilidade	75% (15)	20% (4)	5,0% (1)	20,0% (4)	-	5,0% (1)	15,0% (3)	10,0% (2)	25,0% (5)	2,93	2,05
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	88,3% (53)	6,7% (4)	5,0% (3)	23,3% (14)	0,0% (0)	1,7% (01)	16,7% (10)	25,0% (15)	21,7% (13)	2,96	1,93

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

De acordo com a tabela 34, a participação do enfermeiro na demanda espontânea (eixo XII) foi avaliada positivamente, com 81,3% (75) das respostas entre os escores 4 e 5. Das quatro variáveis analisadas, foi demonstrado 100% de conhecimento para as variáveis XII.A, XII.B e XII.D. Essas mesmas variáveis apresentaram 100% (20) de respostas nos escores 4 ou 5 e obtiveram os maiores escores médios do grupo.

A prescrição de medicamentos no contexto do acolhimento e da demanda espontânea apresentou um dos piores percentuais entre as variáveis do estudo, obtendo 30% (06) de respostas que ilustram dúvidas ou desconhecimento, e outros 30% (06) afirmaram não realizar as ações relacionada a esta variável.

Ainda com relação à variável XII.C, somente 25% (05) dos enfermeiros as classificaram com alto grau de contribuição, e com relação aos indicadores foram obtidos escore médio = 2,0 e DP = 2,08.

Os piores indicadores foram do eixo XIII (tabela 35), já que que todos os escores médios foram classificados como médio/regular e o maior deles foi obtido pela variável XIII.A (escore médio = 03; DP = 1,94). Em relação à opinião dos enfermeiros sobre as ações desenvolvidas, sabe-se que 53.3% (32) das respostas encontram-se distribuídas fora das faixas de escore 4 e 5. Vale destacar as ações consideradas parcialmente satisfatórias (escore 03) com 16,7% (10) das respostas.

Em relação ao percentual de conhecimento sobre as ações, a variável XIII.C obteve 75% (15) de respostas. Para todas as variáveis, o percentual de enfermeiros que conheciam as ações e não as realizavam foi significativo, demonstrado por XIII.A (05/25%), XIII.B (05/25%) e XIII.C (04/20%).

As três ações previstas pelo eixo XIII apontaram baixos percentuais em relação à opinião dos enfermeiros acerca das ações desenvolvidas. O melhor percentual foi obtido pela variável XIII.A, "Realizar estratificação de risco e classificação de indivíduos com condições crônicas", na qual 55% (11) consideravam que tais ações estavam de acordo com a ESF.

Por último, as tabelas 36 e 37 correspondem, respectivamente, aos eixos XIV "Trabalho com grupos e ações coletivas de educação em saúde" e XV "Supervisão a gerenciamento de rotinas de competências específicas".

Tabela 36: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XIV “Trabalho com grupos e ações coletivas de educação, promoção da saúde e prevenção de doenças”: escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições gerais. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS - EIXO XIV	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
	Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5		
XIV.A - Planejar e/ou participar de ações de educação em saúde e prevenção de doenças tais como <i>campanhas, salas de espera, palestras educativas e outras</i>	100,0% (20)	-	-	-	-	-	-	40,0% (8)	60,0% (12)	4,6	0,5
XIV.B - Planejar e/ou participar de grupos de educação em saúde com ênfase nas mudanças no estilo de vida e prevenção de comportamentos de risco à saúde	100,0% (20)	-	-	-	-	-	2,5% (2)	40,0% (8)	50,0% (10)	4,4	0,68
XIV.C - Avaliar junto com a equipe o impacto das ações de educação em saúde e atividades de prevenção de doenças	100,0% (20)	-	-	10,0% (2)	-	10,0% (2)	30,0% (6)	25,0% (5)	25,0% (5)	3,35	1,5
XIV.D - Identificar situações de risco e vulnerabilidade nas atividades em grupo e encaminhar para o atendimento profissional	95,0% (19)	5,0% (1)	-	-	-	5,0% (1)	25,0% (5)	25,0% (5)	40,0% (8)	4,05	0,97
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	98,7% (79)	1,3% (1)	0,0% (0)	2,5% (2)	0,0% (0)	3,8% (3)	16,3% (13)	32,0% (26)	43,8% (35)	4,1	1,08

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Tabela 37: Estatísticas descritiva do Eixo Temático XV “Supervisão e gerenciamento de rotinas de competência específica”, escore médio, desvio padrão, conhecimento e opinião sobre atribuições específicas. Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS EIXO XV	Considera como atribuições preconizadas?			ESCORE DE OPINIÃO						Medidas de dispersão	
				Opinião dos enfermeiros em relação ao grau de contribuição das ações desenvolvidas com a ESF							
				0	1	2	3	4	5		
Ações desenvolvidas	Sim	Não	Dúvidas	0	1	2	3	4	5	Escore médio	Desvio padrão
XV.A - Elaborar e/ou implementar e manter atualizados normas, rotinas e protocolos de competência na UBS	85,0% (17)	15% (3)	-	5,0% (1)	5,0% (1)	5,0% (1)	20,0% (4)	30,0% (6)	20,0% (4)	3,47	1,42
XV.B - Realizar escala de enfermagem e da equipe de acordo com as atribuições mensais de cada integrante e setores da unidade de saúde	100,0% (20)	-	-	10,0% (2)	-	5,0% (1)	5,0% (1)	40,0% (8)	40,0% (8)	3,85	1,53
XV.C - Participar regularmente das atividades de imunização como integrante da sala vacina, administrando imunobiológicos e analisando a cobertura vacinal da clientela adstrita	85,0% (17)	15% (3)	-	35,0% (7)	5,0% (1)	-	5,0% (01)	25,0% (5)	15,0% (3)	2,29	2,17
XV.D - Coordenar e supervisionar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas dependências da unidade de saúde e comunidade	100,0% (20)	-	-	-	-	-	15,0% (03)	30,0% (6)	55,0% (11)	4,5	0,75
XV.E - Coordenar e supervisionar o trabalho da equipe de enfermagem nas dependências da unidade de saúde e comunidade	100,0% (20)	-	-	-	-	-	10,0% (02)	35,0% (7)	55,0% (11)	4,35	0,69
Distribuição da frequência e percentual total de respostas obtidas	94,0% (94)	6,0% (6)	0,0% (0)	10% (10)	2,0% (2)	2,0% (2)	10,0% (10)	32,0% (32)	25,0% (15)	3,72	1,31

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

O conhecimento sobre as ações preconizadas neste eixo obteve apenas uma atribuição com resposta negativa (XIV.D). Em relação à opinião sobre as ações desenvolvidas, a maioria das respostas obtidas foram distribuídas nos escores 4 (26/32%) e 5 (35/43,8%), sendo que 16,3% (13) das respostas estão no escore 3.

A variável XIV.A, que diz sobre campanhas, salas de espera e palestras educativas, e a XIV.B, que diz sobre os grupos de educação em saúde, foram classificadas com alto grau de contribuição. Quanto à primeira, 100 % (20) obtiveram escore 4 ou 5 e, na segunda o percentual foi de 90% (18).

Embora a maioria das respostas terem sido escores de alta contribuição, nas ações identificadas pelas variáveis XIV.C e XI.D houve percentuais relevantes para os escores de 1 a 3, indicando necessidade de melhor desenvolvimento das ações. Entre as quatro variáveis do eixo, o menor escore médio foi atribuído às ações de “Avaliar junto com a equipe o impacto das ações de educação em saúde e atividades de prevenção de doenças”. Esta obteve a seguinte distribuição: escore 0 = 10%; escore 1 e 2 = 10% (02); escore 3 = 30% (06).

Por último, o eixo XV apontou conhecimento elevado por parte dos enfermeiros, porém para 10% (10) das repostas e o percentual de 10% (10) para as ações as quais os enfermeiros não as realizam.

Com relação à opinião dos enfermeiros no que diz respeito à contribuição das ações desenvolvidas, o maior escore médio foi obtido por XV.E (escore médio = 4,45; DP=0,69) e o menor deles por XV.C (escore médio = 2,44; DP = 2,16). Cabe destacar que 70,0% (70) das respostas obtiveram escore 4 ou 5, e que, apesar de ser a maioria, um percentual expressivo foi obtido fora desse intervalo.

As atividades de supervisão da equipe de enfermagem, trabalho dos ACS, e elaboração de escalas mensais obtiveram os melhores escores. As ações menos desenvolvidas foram: supervisão da sala de vacina, a qual não é desenvolvida por 30% (06) dos enfermeiros; a elaboração de protocolos, normas e rotinas, a qual 5% dos enfermeiros (01) não realiza, e outros 30% (06) realizam, mas apontam a necessidade de melhoria ou prática insatisfatória.

Por último, o quadro 13 tem como finalidade apresentar e resumir as informações mais relevantes em relação as ações desenvolvidas e percentuais obtidos.

Quadro 13 - Quadro síntese dos principais resultados em relação as respostas obtidas sobre o grau contribuição das ações desenvolvidas - Vale do Paraíba (2020)

OPINIÃO DOS ENFERMEIROS	ATRIBUIÇÕES GERAIS		ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS	
	Total de ações	Frequência de respostas	Total de ações	Frequência de respostas
Satisfatórias ou totalmente satisfatórias	38	64,0% (487)	24	72,0% (347)
Parcialmente satisfatórias	34	14,0% (107)	20	11,0% (55)
Indiferentes ou insatisfatórias	16	4,0% (30)	07	2,0% (11)
Não são desenvolvidas	22	7,0% (55)	12	8,0% (38)
Desconhecimento ou dúvidas	17	11,0% (81)	11	6,0% (29)
Percentual total de respostas	-----	100% (760)	-----	100% (480)
PRINCIPAIS PERCENTUAIS OBTIDOS EM RELAÇÃO AS AÇÕES DESENVOLVIDAS				
<u>Ações avaliadas com score 4 e 5 por 100% dos enfermeiros</u>				
1. Garantir atendimento integral desde à demanda espontânea até a demanda programada (II.A)				
2. Realizar visitas e atendimentos domiciliares de acordo com o planejamento da equipe (III.C)				
3. Realizar notificação compulsória bem como a busca ativa (VII.A)				
4. Realizar o acolhimento ao usuário na demanda espontânea (XII.A, XII.B, XII.D)				
5. Planejar e/ou participar de ações de educação em saúde e prevenção de doenças (XIV.A)				
<u>Ações com percentual inferior a 50% correspondendo aos escores 4 e 5</u>				
1. Desenvolver ações interdisciplinares como apoio matricial entre outras (VI. A)				45% (09)
2. Contribuir com a gestão da fila de espera (VI.A)				35% (07)
3. Monitoramento do tratamento do indivíduo na RAS (V.E)				30% (06)
4. Participação nas atividades de imunização (XV.C)				40% (08)
5. Prescrição de medicamentos na demanda espontânea (XII.C)				25% (05)
6. Promoção dos direitos dos usuários no SUS (IX.A)				15% (03)
7. Atualização e cadastro dos dados das famílias (I.C)				45% (09)
8. Elaboração de projeto terapêutico singular para casos mais complexos (XIII.C)				35% (07)
9. Uso da racionalidades em saúde e práticas integrativas (II.C)				25% (05)
10. Visitas domiciliares em outras modalidades de moradia (III.B)				10% (02)
11. Participação nos órgãos colegiados do SUS (IX.B)				5% (01)
12. Participação na elaboração de protocolos da RAS (V.B)				5% (01)

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

De 62 ações analisadas (38 atribuições gerais e 24 atribuições específicas), 100% das ações avaliadas, obtiveram algum percentual de respostas para grau 04 ou 05. Ao considerar o total de respostas obtidas seja para as ações gerais ou específicas, para 64% (487) de respostas as atribuições gerais possuíam grau máximo de contribuição e com relação as questões relacionadas as atribuições específicas, este percentual foi maior, correspondendo a 72% (347) das respostas para a mesma classificação.

Ainda com relação ao quantitativo de atribuições analisadas e avaliadas pelos enfermeiros, para 28 delas obteve algum percentual de dúvidas ou falta de conhecimento para responder se ações preconizadas pela PNAB. No que se refere as atribuições gerais, esse índice foi de 11% (81) das respostas e para a análise do conteúdo das ações específicas, o percentual foi de 6% (29).

Nota-se um número elevado de ações as quais são consideradas parcialmente satisfatória, indiferente ou insatisfatória e que não são realizadas, Portanto, quando verificado junto aos enfermeiros esse percentual é menor. No entanto analisando a somatória de respostas, esse total é de 35% de respostas para atribuições gerais e 21% para as respostas referentes as ações específicas.

Somente sete ações foram consideradas satisfatórias ou totalmente satisfatórias por 100% dos enfermeiros – II.A, III.C, VII.A, XII.A, XII.B, XIV.D e XIV.A. As ações de 1 a 12 obtiveram os piores percentuais para os escores 4 e 5, ou seja, para tais ações, o percentual de enfermeiros que consideram que as ações contribuem plenamente com a ESF foi inferior a 50%.

Observa-se que as cores amarelo, cinza e branco representa o predomínio dos escores e da opinião dos enfermeiros. Sendo assim, as ações da faixa branca, identificadas de 7 a 12, por exemplo, são aquelas com percentuais relevantes de desconhecimento e dúvidas.

Aos enfermeiros, também foi perguntado sobre sete atribuições adicionadas no questionário, as quais não eram de sua responsabilidade, para assim, identificar se as reconheciam como sua função (Tabela 38).

Tabela 38: Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação as atribuições reconhecidas como de sua responsabilidade - Vale do Paraíba, 2020.

VARIÁVEIS de I a VII			
Atribuições analisada pelos enfermeiros quanto a sua responsabilidade	SIM	NÃO	DÚVIDA
I - Prescrever medicações durante as consultas de enfermagem de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde caso o protocolo de enfermagem não esteja disponível	45% (09)	45% (09)	10% (02)
II - Solicitar ao médico a prescrição de medicamentos com base na anamnese e exame físico de enfermagem, na ausência de protocolo da instituição	45% (09)	35% (07)	20% (04)
III - Garantir espaços físicos e ambientes adequados na unidade de saúde para a formação de estudantes da área da saúde, formação em serviço e educação permanente e continuada	45% (09)	45% (09)	10% (02)
IV - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa	30% (06)	55% (11)	15% (03)
V - Desenvolver e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica, garantindo mecanismos que assegurem a qualidade das informações	25% (05)	65% (13)	10% (02)
VI - Realizar assistência de enfermagem no domicílio somente com agendamento prévio e encaminhar toda situação de urgência	40% (08)	50% (10)	10% (02)
VII - Receber, avaliar e documentar os exames laboratoriais solicitados pelo médico, solicitando avaliação do mesmo quando necessário	50% (10)	45% (09)	5% (01)
Distribuição do percentual total de respostas obtidas	40,0% (56)	48,6% (68)	11,6% (16)

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Não houve diferença significativa entre os percentuais de respostas corretas e erradas, com discreto predomínio de respostas corretas. Houve predomínio das questões respondidas corretamente, e, ao escolherem a opção de resposta “NÃO”, 48% (68) dos enfermeiros identificaram que tais ações não eram sua atribuição.

As questões nas quais houve maior percentual de acerto foram relacionadas às variáveis a IV (11/55%), V (13/65%). Em outras quatro questões, o percentual

predominante de respostas incorretas foi: I (09/45%), II (09/45%), III (09/45%) e VII (10/50%).

Por fim, ainda foram incentivados a apontar ações que realizavam em sua rotina, mas que consideravam não ser preconizadas pelas políticas de saúde e rotinas previstas para APS (tabela 39).

Tabela 39: Distribuição em percentual de respostas sobre as ações as quais os enfermeiros consideram não ser recomendadas (n=20). Vale do Paraíba, 2020.

Variáveis relacionadas a prática	n	%
Dispensação de medicamentos	3	15,00%
Manutenção de infraestrutura e materiais	2	10,00%
Renovação de receita e confecção de receita médica	2	10,00%
Acompanhar acadêmicos de medicina	1	5,00%
Gestão do estoque e insumos da farmácia	1	5,00%
Limpeza da área interna da unidade	1	5,00%
Se responsabilizar pela infraestrutura da Unidade de Saúde	1	5,00%
Supervisão do trabalho da limpeza	1	5,00%
Transporte para equipe realizar visita domiciliar	1	5,00%
Treinamento e orientações ao recepcionista	1	5,00%
Em branco	12	60,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Dos 20 participantes, oito opinaram sobre a prática de ações que consideravam não ser sua atribuição legal, e outros doze deixaram a resposta em branco.

Três ações citadas não estão previstas pela PNAB, que não a reconhecem como de sua responsabilidade e são desenvolvidas pelos enfermeiros. Tais ações e seus respectivos percentuais foram: “renovação de receitas e confecção de receita médica” (02/10%), “realizar a manutenção de infraestrutura e materiais” (02/10%), “realizar o transporte para realização de visitas domiciliares” (02/5%).

Outras atribuições previstas pelo exercício da profissão não foram consideradas como prática legítima. São elas: a “dispensação de medicamentos (03/15%)”; “gestão de estoque e insumos do dispensário de medicamentos (01/5%)” e “se responsabilizar pela infraestrutura da unidade de saúde” (01/5%).

Sobre os fatores que interferem negativamente na realização de suas atribuições, foram questionados aqueles que dificultam e aqueles os quais impedem o desenvolvimento da sua prática (Tabela 39).

Tabela 40: Distribuição em percentual de respostas em relação aos fatores que dificultam e impedem o desenvolvimento das atribuições dos enfermeiros. Vale do Paraíba, 2020.

Variáveis relacionadas a prática	Dificultam a realização das atribuições		Impedem a realização das atribuições	
	n	%	n	%
Fatores inerentes ao ambiente trabalho				
Sobrecarga de atividades (<i>diversas e gerenciais</i>)	15	75,0%	10	50,0%
Condições inadequadas de infraestrutura e espaço físico	4	20,0%	5	25,0%
Falta de funcionários (<i>absenteísmo e n° de profissionais</i>)	4	20,0%	2	10,0%
Falta de recursos materiais	5	25,0%	2	10,0%
Fatores inerentes ao profissional				
Características inerentes aos profissionais da equipe (<i>qualificação, colaboração e motivação</i>)	4	20,0%	1	5,0%
Conhecimento técnico e habilidades específicas	3	15,0%	2	10,0%
Relação e comunicação com a gestão				
Dificuldade de comunicação com a gestão	8	40,0%	7	35,0%
Falta de apoio da gestão (<i>reconhecimento e respaldo</i>)	3	15,0%	-	-
Rotinas da instituição				
Ausência de protocolos assistenciais e/ou institucionais	10	50,0%	7	35,0%
Excesso de atividade burocrática	9	45,0%	9	45,0%
Acúmulo de funções por desvio de atribuições	6	30,0%	6	30,0%
Não é rotina da instituição (há profissionais específicos)	-	-	4	20,0%
Outros fatores relacionados				
Característica do território (<i>características geográficas</i>)	2	10,0%	-	-
Ausência de demanda da comunidade	1	5,0%	3	15,0%
Excesso de grupos de WhatsApp	1	5,0%	-	-
Não concorda que seja atribuição do enfermeiro	1	5,0%	-	-
Falta de acesso aos dados epidemiológicos	-	-	2	10,0%
Horário incompatível (sobre o uso do CLS)	1	5,0%	1	5,0%
Falta de conselho local de saúde	-	-	1	5,0%
Não orienta (uso da ouvidoria) pois a população não sabe usar a ouvidoria	-	-	1	5,0%
Resposta em branco	2	10,0%	2	10,0%

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

A sobrecarga de atividades obteve o maior percentual entre os fatores que dificultam as ações (15/75%), e entre aqueles impedem que as atribuições sejam realizadas (10/50%).

No que se refere às dificuldades para realizar as ações preconizadas, os motivos mais frequentes foram a ausência de protocolos assistenciais e/ou institucionais (10/50%), o excesso de atividades burocráticas (09/45%) e a dificuldade de comunicação com a gestão (08/40%).

Tais fatores também foram citados como os mais frequentes entre os que impedem a realização das atribuições preconizadas e, nessa mesma ordem, os percentuais obtidos foram 35% (07), 40% (08) e 45% (09).

Vale destacar que o acúmulo de funções as quais não são atribuições do enfermeiro foi citado como um dos motivos que interferem na realização da prática em ambas as condições, seja como um motivo determinante, seja como uma condição que dificulta o processo de trabalho, citado em ambas as condições por 30% (06) dos enfermeiros.

5 DISCUSSÃO

O processo de trabalho dos enfermeiros foi caracterizado por uma rotina de atividades desafiantes no que se refere a adequação ao que se preconiza nas políticas de saúde no âmbito da APS, especialmente nas rotinas assistenciais e relacionadas à educação em saúde.

Apesar do perfil profissional ser composto por enfermeiros com experiência em ESF, e boa parte deles com formação específica, várias atribuições específicas para atuação do enfermeiro na ESF não eram desenvolvidas, seja pelo desconhecimento ou pela impossibilidade de desenvolvê-la.

O cenário encontrado também foi marcado pelo acúmulo de funções gerenciais e burocráticas e pelo desenvolvimento de atribuições do campo assistencial, os quais nem sempre possuíam respaldo legal para o exercício da profissão, mas que eram realizadas na prática para atender as necessidades da comunidade.

As ações atendiam ao que se preconiza pela PNAB, porém em diversas rotinas havia o distanciamento entre o conhecimento da função preconizada e o que era possível de desenvolver.

5.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros

O predomínio de mulheres no presente estudo corresponde ao perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem no Brasil, onde as mulheres predominam em número quanto à composição das equipes de ESF (MACHADO et al, 2016). Este perfil também se aplica aos trabalhadores de enfermagem que atuam na ESF correspondendo à 85% dos enfermeiros (COTTA et al., 2006; CORREA, et al., 2012; FIRMINO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016).

O fato de que o cuidado é considerado uma habilidade inerente à mulher e que a profissão, na sua origem, é composta predominantemente por mulheres, contribui para o desinteresse dos enfermeiros do sexo masculino nas áreas como,

por exemplo, a ginecologia, obstetrícia, neonatologia e pediatria (SALES *et al.*, 2018). Por esse motivo, é provável que essa realidade se aplique a ESF, uma vez que diversas rotinas no âmbito da APS estão relacionadas à saúde de mulheres, crianças e recém-nascidos, e por esse motivo, esse campo de atuação pode ser rejeitado por enfermeiros do sexo masculino.

Com relação ao perfil etário, a maioria dos enfermeiros era adulto jovem, em plena fase produtiva, com idade predominante entre 31 e 35 anos, desempenhando seu exercício profissional. Essa faixa etária também é predominante em outros estudos, e condiz com o perfil da enfermagem brasileira conforme outros estudos com enfermeiros que atuam na ESF (CORRÊA *et al.*, 2012; FIRMINO *et al.*, 2016; OLIVEIRA, MACHADO *et al.*, 2016; PEDRASA, 2018).

A expansão da ESF absorve uma demanda de jovens recém-formados devido à baixa rotatividade de profissionais neste campo de atuação e, ainda, por ser um modelo em expansão na APS (MEIRA; KURCGANT, 2009; MARSIGLIA, 2011). Apesar do perfil mais jovem, o envelhecimento dessa força de trabalho é esperado com o aumento do tempo de permanência dos profissionais na função, ocasionado pela estabilidade na função determinado pelo regime de contratação (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Indivíduos com idade entre 26 e 35 anos buscam se firmar no mercado de trabalho, bem como se aprimorar para o exercício da profissão. Eles procuram qualificar sua formação profissional, tal qual fizeram aqueles entre 35 e 50 anos, que estão em pleno desenvolvimento da capacidade cognitiva, técnica e de práticas de enfermagem e são considerados preparados e devidamente qualificados para o mercado de trabalho (MACHADO *et al.*, 2016). Diante disso, o perfil mais jovem pode representar enfermeiros em pleno desenvolvimento, que podem buscar por capacitação e treinamento profissional.

Quanto ao perfil de formação, houve predomínio das instituições privadas, assim como ocorre com o perfil da enfermagem nacional. O percentual de enfermeiros formados em instituições privadas corresponde a 57,4% da força de trabalho da enfermagem (MACHADO *et al.*, 2016). Essa é uma realidade da região em que o estudo foi realizado, determinada pelo número de instituições privadas existentes e pela ampliação do número de cursos de enfermagem na região nos

últimos dois anos.

Acerca da formação continuada, a maioria dos enfermeiros era especialista nas diversas áreas, e somente 45% possuía formação em Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva. A maioria dos profissionais não tinha formação específica para atuar na APS. Esse perfil foi constatado em outros estudos, nos quais o percentual de pós-graduados foi superior a 80% dos participantes, porém nem todos eram especialistas na área de atuação (SANTANA et al., 2013; FIRMINO et al., 2016; RAMOS et al., 2009).

Em outra pesquisa realizada no estado de Goiás, apenas 53,1% dos enfermeiros fizeram especialização na área de APS (SANTANA et al., 2013). Contrapondo-se a tais dados, há estudos com profissionais atuantes na ESF em que 71% dos enfermeiros são pós-graduados nas áreas relacionadas à APS ou à Saúde da Família (OLIVEIRA et al., 2016).

Apesar de não haver pré-requisito para atuação na ESF, e nem fatores que impeçam atuação do profissional generalista, a complexidade do processo de trabalho na ESF requer força de trabalho qualificada e especializada, contribuindo com a consolidação do modelo proposto, com a estratégia de expansão e com a reorganização da APS.

Para Scherer (2016), os cursos de especialização em saúde da família contribuem para assistência humanizada, maior valorização da família, maior capacidade de construção de vínculo profissional-pessoal assistida e melhor desenvolvimento de habilidades para ouvir e se comunicar. Também proporciona ao profissional reconhecimento no trabalho em equipe e melhoria da abordagem comunitária e intersetorial. Enfermeiros especialistas possuem melhor conhecimento sobre os atributos da APS e melhor desenvolvimento no processo de trabalho, quando comparado com outros enfermeiros e profissionais que atuam na APS (OLIVEIRA et al., 2016).

Com relação à forma de contratação e seleção dos enfermeiros, 100% eram concursados e submetidos ao regime estatutário. Este perfil assemelha-se à realidade presente na maioria dos vínculos contratuais entre os profissionais de enfermagem dos serviços públicos, e, no Brasil, corresponde a 49,7% dos regimes de contratação (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO FEDERAL DE

ENFERMAGEM, 2013).

Este formato de contratação diminui a rotatividade de profissionais e contribui para a permanência do profissional na equipe, que é uma das premissas da ESF, permitindo, assim, conhecer as necessidades da comunidade e do território, construir vínculo profissional-pessoa assistida e garantir a continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Ainda em relação à rotatividade de profissionais, constatou-se que a maioria dos participantes (75%) faziam parte da equipe há pelo menos 12 meses, podendo atribuir-lhes o tempo suficiente para programação das ações em conformidade com as recomendações ministeriais.

Segundo Oliveira *et al.* (2016), quanto maior o tempo de permanência do profissional em uma mesma equipe, maior é a garantia de continuidade do cuidado e construção de vínculo entre o profissional, indivíduo e família. A experiência em uma mesma equipe possibilita conhecer melhor as necessidades de saúde do território e o perfil epidemiológico da área de abrangência, ampliando a resolutividade das ações.

Tendo em vista a existência de diferentes perfis de formação profissional para atender ao modelo proposto, é importante a capacitação prévia. Após serem contratados, nem todos os enfermeiros receberam treinamento para atuar na ESF (75%) e quando ofertados, limitaram-se a rotina de atenção pré-natal, coleta de citologia oncótica e rotinas gerenciais.

A falta de treinamento prévio é uma realidade constatada em diferentes estudos com enfermeiros de equipes de saúde da família. Alguns deles constataram que 87,5% dos profissionais que atuam na APS foram capacitados (RAMOS *et al.*, 2009). Esse percentual pode ser ainda menor e corresponde, por exemplo, a 68,3% dos profissionais de APS como em estudo no município de São Paulo (MARSIGLIA, 2011).

Desde a concepção do PSF, sabia-se da inexistência de profissionais com o perfil necessário. Portanto, ofertavam-se cursos e treinamentos introdutórios pelas instituições de saúde e polos de educação permanente (COSTA NETO, 2000). É provável que, com as reformas curriculares nos cursos de graduação e com o

processo de consolidação da ESF, os cursos introdutórios deixarão de existir e de ser um pré-requisito para implantação das equipes e contratação dos profissionais para atuar na ESF (FERREIRA; SCHIMIDT; CÁCERES, 2010).

Diante desse contexto, é necessário reconhecer as necessidades do profissional, conhecer o perfil dele e implementar educação permanente durante o processo de trabalho. Para 88,5% dos profissionais que atuam na APS, houve melhor aperfeiçoamento profissional em relação às mudanças na prática e/ou qualidade do serviço após capacitação em serviço (OLIVEIRA et al., 2016).

Apesar da responsabilidade do gestor em promover a qualificação da força de trabalho, o profissional também deve se qualificar por meios próprios para atuar em equipe.

Com relação ao tempo de profissão e atuação na ESF, são enfermeiros experientes, com seis anos a 15 anos de profissão (16/80%) e experiência na ESF de, no mínimo, dois anos. Porém a maioria (60%) não possuía experiência com a ESF quando iniciou na função. Este perfil é identificado na APS, em que 86,4% dos enfermeiros possuem tempo de profissão superior a cinco anos. Contudo, a maioria possui um menor tempo de atuação na ESF (OLIVEIRA et al., 2016). Contrapondo-se a essa realidade, nos estudos de Oliveira e Pedraza (2019), a maioria dos enfermeiros possuía menos de 2 anos de atuação na ESF.

Essa é uma realidade que ocorre, possivelmente, devido à oportunidade restrita para aqueles que querem seguir carreira na APS e também à baixa rotatividade de vagas. Eles terão oportunidades apenas anos mais tarde, após atuar em outras áreas e sem experiência prévia e qualificação para atuar no modelo proposto.

Ainda no tocante ao perfil de formação, o período de graduação dos enfermeiros ocorreu na vigência das mudanças nos currículos dos cursos da saúde. Assim sendo, é presumível que a formação esteja em conformidade com as demandas do SUS. O crescimento exponencial dos cursos de graduação em enfermagem e a reformulação curricular dos cursos existentes devem estar em consonância com as necessidades de aprendizagem que garantam conhecimentos e habilidades para atender as demandas da APS (THUME et al., 2018).

Considerando o tempo de exercício profissional na ESF e a busca pelos cursos de pós-graduação, constatou-se que nem sempre o tempo de atuação despertou interesse dos enfermeiros em se aprimorar na área em que já atuava, uma vez que 45% (09) dos enfermeiros com mais de dois anos de atuação na ESF não possuíam especialização na área em que atuava.

A realização pessoal e o desejo de crescimento profissional podem ser motivadores no início da carreira; já a responsabilidade e o desenvolvimento profissional estão relacionados à necessidade de aprimoramento da área de atuação (CARVALHO et al., 2015). Em relação às fases da vida profissional, quanto maior o tempo de profissão e a experiência na área, menor é o interesse em se aprimorar, visto que as escolhas são guiadas pela lógica racional e feitas com olhar atento às oportunidades de trabalho (MACHADO et al., 2016).

Diante deste conceito, é possível que a falta de motivação e de garantia de estabilidade na função, devido ao regime de contratação, tenha sido um dos fatores que influenciaram a decisão em não se especializar na área de atuação, buscando outras áreas para alcançar outras oportunidades.

É importante destacar, ainda, que a experiência profissional pode ser mais bem aproveitada em conjunto com a formação especializada. Para Ferreira, Schimdt e Cáceres (2010), mesmo após doze anos de atuação na ESF, profissionais encontram dificuldades em atuar no modelo proposto.

A determinação do enfermeiro, com atribuições variadas, como profissional integrante da equipe de saúde da família exige capacitação permanente e formação qualificada para atender a essa nova demanda, fortalecendo, dessa forma, o desenvolvimento da assistência integral quanto ao desempenho profissional. A mudança nos currículos universitários e a busca por cursos de pós-graduação são necessidades que devem caminhar na direção da qualificação da força de trabalho para que a ESF seja consolidada.

Além da importância de que os currículos universitários sejam adequados ao novo modelo, a oferta de cursos de capacitação realizados por meio dos Polos de Capacitação e Educação Permanente, bem como iniciativas da gestão municipal, são duas das estratégias necessárias, principalmente acerca da garantia de efetivação da Política de Educação Permanente e a elaboração de estratégias

atender as novas exigências da área da saúde no campo da APS.

5.2 Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros conforme Planejamento e Programação Local das unidades básicas de saúde

5.2.1 Atividades gerenciais: gestão dos serviços de saúde e coordenação do trabalho do ACS e da equipe de enfermagem.

Na rotina gerencial, o enfermeiro gerencia o acesso ao serviço de saúde, o cuidado desempenhado pela equipe e os recursos necessários para o bom funcionamento da UBS. Com base na rotina constatada, o acesso às consultas é garantido pela gestão da agenda, prática recorrentes no cotidiano dos enfermeiros, desenvolvida por 100% (20) e com frequência diária para a maioria dos participantes (12/60%).

As atividades baseiam-se em: gestão de vagas, avaliando risco e prioridades; supervisão de agendamento e manejo das vagas disponíveis; monitoramento do tempo da fila de espera por consultas e exames programados na UBS; vigilância de faltosos e busca ativa no contexto do cuidado continuado e programado. Se considerarmos as atividades mais frequentes, 80% (16) mencionaram a prática de avaliação e identificação de prioridades para o agendamento de consultas e outros 60% (14) acompanhavam e supervisionavam as equipes durante o processo de agendamento e marcação de consultas.

Essas atividades estão em conformidade com os propósitos da ESF e atendem o que é recomendado pela PNAB (BRASIL, 2017). Com isso, contribuem com os princípios da universalidade, equidade e continuidade da assistência, diminuindo barreiras para a utilização dos serviços de saúde no SUS.

Esse perfil de atividade corrobora com outros estudos, sendo uma das atribuições gerenciais mais frequentes no processo de trabalho e caracterizada por ações semelhantes como o monitoramento dos pacientes faltosos, a gestão das vagas e avaliação de prioridades (COATTO e TRALDI, 2011; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Com isso, garante-se a atenção às consultas programadas e não programadas, desempenhando o papel de supervisor da equipe na tomada de

decisão para garantir o atendimento à população (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Cabe ressaltar que, como integrante da equipe de saúde, a função gerencial não é privativa do enfermeiro; na ausência de um profissional específico para desenvolvê-la, o enfermeiro é quem assume tais funções. É sua atribuição a participação no planejamento, a execução e a avaliação da programação dos serviços de saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986; BRASIL, 2017).

A gestão dos agendamentos deve ser descentralizada e participativa, estabelecendo fluxos e rotinas bem definidas, utilizando escalas e protocolos com estratificação de risco, para que a equipe participe do agendamento com autonomia e resolutividade das ações (COSTA et al, 2013). Nessa perspectiva, a ausência de protocolos e rotinas bem definidas pode dificultar a participação da equipe, resultando em longas filas de espera, sobrecarga dos profissionais responsáveis e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim comprometendo também a resolutividade.

Todavia, nem sempre essa capacidade resolutiva é efetiva, aumentando a dependência da equipe pelo enfermeiro e intensificando as demandas gerenciais de acesso aos serviços de saúde (GALAVOTE, et al., 2016).

Na gestão dos recursos materiais e infraestrutura da UBS, também ocorre ampla participação e envolvimento do enfermeiro, atuando com frequência no gerenciamento de insumos, materiais e equipamentos da unidade, garantindo condições para o funcionamento do serviço e da garantia de atendimento à comunidade.

Tais atividades são recorrentes no seu cotidiano, considerando que 70% (14) as desenvolviam diariamente, realizando a previsão, provisão, controle e uso correto dos recursos necessários. Entre as atividades mais citadas, 95% dos enfermeiros (19) participavam ativamente, desempenhando as funções citadas junto com a equipe, e 80% (16) desenvolviam a supervisão das atividades relacionadas delegando para profissionais responsáveis.

Os resultados corroboram outros estudos, nos quais o gerenciamento de

materiais foi apontado como uma das atividades mais frequentes no cotidiano dos gerentes da UBS. Em uma escala crescente de cinco itens (nunca; quase nunca; indeciso; quase sempre, sempre e sem resposta), 79,3% dos enfermeiros consideraram realizar tais atividades “sempre” ou “quase sempre” (FERNANDES, MACHADO, ANSCHAU, 2009). Em outra pesquisa com 17 enfermeiros atuantes na APS, 52% deles apontaram que as atividades gerenciais são as mais frequentes, incluindo solicitações de insumos e gestão de recursos materiais (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018; COATTO e TRALDI, 2011).

As atividades estão em conformidade com o que lhe é atribuído pela PNAB, uma vez que no referido documento, todo profissional deve contribuir com o gerenciamento dos serviços de saúde incluindo a gestão de recursos materiais. Sendo assim, é de responsabilidade técnica do profissional de enfermagem a conferência, conservação e a manutenção de materiais e equipamentos necessários ao exercício de suas funções, incluindo insumos e materiais diversos, utilizados no âmbito das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SP, 2019; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - GO, 2020).

Vale destacar que uma das funções do gerente de AB é garantir a utilização racional de recursos materiais e equipamentos existentes na UBS, promovendo a qualificação da gestão e da infraestrutura dos insumos (manutenção, logística dos materiais e ambiência) e evitando o desabastecimento de materiais (BRASIL, 2017)

A nova PNAB prevê a inclusão do Gerente de Atenção Básica com ações específicas a este profissional. Sua inclusão na equipe depende da decisão do gestor municipal, e, com a ausência desse profissional nas equipes, as funções podem ser atribuídas a outros profissionais (BRASIL, 2017). Na ausência do profissional específico, o enfermeiro é quem mais se mobiliza para assumir diferentes funções gerenciais, principalmente no âmbito da APS, intercalando com as atividades assistenciais (FERNANDES, 2010; PAULA et al., 2014).

As ações descritas até aqui demonstram o quanto a dimensão administrativa e gerencial requer sua dedicação para o andamento do trabalho das equipes dos serviços ofertados na APS. É importante incluir a participação de outros profissionais sem comprometer as atividades assistenciais, respeitando os limites de atuação de cada profissional e descentralizando ações que recaem sobre um único profissional.

Outra rotina presente no campo gerencial que são realizadas por todos os enfermeiros da presente pesquisa é a coordenação e a supervisão do trabalho do ACS e da equipe de enfermagem (20/100%). Segundo a PNAB, são atribuições específicas do enfermeiro planejar, gerenciar e avaliar ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e do ACS, em conjunto com os outros membros da equipe (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986; BRASIL, 2017).

A supervisão e coordenação das equipes de ACS e de enfermagem é recorrente. Ocorre diariamente para 55% (11) dos enfermeiros, e semanalmente para outros 40% (08). Essa realidade também foi constatada por Rocha (2008), quando mostra que 70,2% dos enfermeiros realizavam a supervisão dos ACS diariamente; com relação à supervisão de enfermagem, esse mesmo percentual foi de 63,8%. Apesar da relevância dessa atribuição, para Sousa (2015), em um estudo com 88 enfermeiros, tal prática é inexistente e pouco frequente, e 6% consideraram não realizar tal função.

Quanto ao perfil das atividades supervisionadas, constatou-se que estão coerentes com o processo de trabalho dos profissionais, guiadas pelas ações de vigilância em saúde e pela supervisão do acompanhamento das condições de saúde das famílias. Caracteriza-se, também, pelo monitoramento das ações e dos indicadores da saúde e pelo apoio e orientação nas tomadas de decisões do ACS.

O predomínio das atividades em orientar a tomada de decisão e o processo de trabalho do ACS (orientações ao usuário, rotinas específicas no âmbito da ESF) foram descritos por 75% (15) dos enfermeiros. A ausência de formação específica do ACS para atuar na APS requer do enfermeiro contato recorrente com a equipe, coordenando e auxiliando na tomada de decisões frente às demandas da família e comunidade em rotinas específicas relacionadas a APS.

Conforme o perfil de ações desenvolvidas, nota-se que o enfermeiro realiza supervisão, ensino e auxílio para desenvolvimento das ações. De acordo com Marinho e Junior (2020), a supervisão do ACS apresenta diversas concepções, tais como as ações de controle (supervisão), apoio (escuta e resolução de problemas) e práticas educativas e de formação (educação para o trabalho). Esse caráter cooperativo pautado nas relações horizontais entre supervisão e equipe, objetivando a aprendizagem e alinhado às diretrizes da PNAB, requer uma prática de supervisão

guiada pelo ensino permanente e interdisciplinar, ampliando a resolutividade do ACS (SILVA *et al.*, 2014).

Considerando as ações de controle, monitoramento e supervisão, 50% (10) dos enfermeiros acompanhavam o resultado do trabalho do ACS, monitorando o alcance das metas e o resultado da produção de visitas e cadastros familiares.

Por se tratar de uma rotina às vezes burocrática e que visa metas e resultados, a supervisão não deve ocorrer descontextualizada das ações de vigilância em saúde e do cuidado às famílias, permitindo que o trabalho do ACS não se torne essencialmente burocrático (MARINHO; JUNIOR, 2020; SILVA *et al.*, 2014).

Quanto a supervisão das ações do técnico/auxiliar de enfermagem, as ações desempenhadas estão alinhadas com o processo de trabalho da enfermagem na ESF. Ficou explícito como a identificação das atividades supervisionadas têm como meta o desenvolvimento de habilidades específicas para atuar na APS. A supervisão de enfermagem baseia-se no ensino das decisões tomadas.

Essa articulação entre as dimensões de educação (ensino) e controle (supervisão) contribui para que o profissional não atue condicionado somente ao fazer técnico, mas que também seja mais reflexivo e crítico ao perceber as necessidades da comunidade (LIMA *et al.*, 2014).

O enfermeiro demonstrou-se presente na supervisão de rotinas específicas do processo de trabalho na APS. Esse perfil pode ser identificado pela necessidade de auxílio e supervisão na tomada de decisão durante visitas domiciliares, no acolhimento à demanda espontânea e na abordagem frente às demandas sociais (70%), nas rotinas administrativas específicas da APS (45%) e na compreensão da RAS e dos princípios e diretrizes do SUS (40%).

Em um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem que atuavam na ESF no contexto da demanda espontânea, percebeu-se que o envolvimento do profissional e a interação com a supervisão amplia a corresponsabilidade e a resolutividade dos profissionais de nível médio (LIMA *et al.*, 2014).

A falta de preparo do profissional de nível médio para atuar no SUS foi constatada por outros estudos em que tais profissionais apresentaram dificuldade para atuar em conformidade com a ESF, principalmente em que se refere à

abordagem das necessidades sociais do indivíduo (OGATA e FRANÇA, 2014; RIBEIRO et al., 2017). Importante destacar que na APS há diversas rotinas administrativas que são atribuídas à equipe de enfermagem. Esse contexto requer uma supervisão que oriente o significado dessas rotinas, evitando o condicionamento às ações burocráticas e descontextualizadas da prática assistencial (LIMA et al., 2014).

Sendo assim, o apoio à equipe de enfermagem frente às demandas dos serviços de APS e prerrogativas do SUS é uma das premissas básicas para garantir que o modelo proposto pela ESF seja efetivado. O enfermeiro deve instrumentalizar a equipe e supervisionar o cuidado individualizado, com ênfase nas necessidades expostas a indivíduos, familiares e da coletividade nos diferentes espaços da comunidade.

Considerando que o enfermeiro desempenha a coordenação da equipe de forma coerente com as necessidades da prática, estudos com análise mais aprofundada para compreender os desafios e a qualidade com que vem sendo a supervisão e a coordenação da equipe podem ser necessários para entender a efetividade e a resolutividade das ações.

5.2.2 Atividades coletivas e interdisciplinares: educação permanente, educação em saúde e reunião de equipe

A prática na ESF como modelo assistencial, que tem a equipe como centro do cuidado, requer a prática interdisciplinar e o trabalho em equipe. A PNAB prevê como atribuição dos profissionais participar de reuniões de equipes, de modo a acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações em equipe (BRASIL, 2017)

As reuniões de planejamento eram realizadas por todos os enfermeiros (20/100%), sendo uma prática frequente no cotidiano das equipes, condição confirmada pelo percentual de enfermeiros que as realizam a cada 15 dias (75%). Tais resultados corroboram com outros estudos em que o desenvolvimento dessa prática ocorre com frequência semelhante. Rocha (2008) constatou que 98,9% (93) dos enfermeiros realizavam reunião de equipe. Para 73,4% (69), as atividades eram

realizadas semanalmente. Para Souza (2015), tal prática era desenvolvida por 96,6% (86) dos enfermeiros, e a maioria com frequência mensal, correspondendo a 62,5% (55).

O enfermeiro reúne habilidades para liderança e coordenação do cuidado, e por este motivo, sua presença nas reuniões de equipe é imprescindível. A frequência com que são realizadas as reuniões se deve à necessidade de planejamento e monitoramento das ações, visando readequação do processo de trabalho e contato periódico entre profissionais da equipe.

Assim, conforme constatado entre as equipes, a PNAB recomenda haver um espaço na agenda dos profissionais para se dedicar ao trabalho interdisciplinar por meio das reuniões de planejamento (BRASIL, 2017). Segundo os parâmetros de programação local das ações e dos serviços de saúde instituídos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), não há consenso em relação à frequência com que as reuniões devem ser realizadas. A última versão do Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Primária – PMAQ, recomendava que as reuniões fossem realizadas semanalmente, adequando à realidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

Quanto à estrutura, funcionalidade e finalidade dos encontros, as reuniões foram caracterizadas como um momento de diálogo entre os profissionais, e que, de acordo com as definições da PNAB, a reunião é um momento para analisar, discutir, planejar, programar, avaliar e acompanhar as ações da equipe, a partir dos dados disponíveis, visando a readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2017).

As duas ações citadas com maior frequência entre os enfermeiros desse presente estudo foram: “discutir casos complexos e de maior vulnerabilidade estabelecendo plano de intervenção” (19/95%) e “avaliar o processo de trabalho e propor melhorias e readequações” (13/65%). Essas características vão de encontro com as recomendações de que as reuniões sejam espaços democráticos de diálogo interdisciplinar, de planejamento das ações, com discussões de casos para resolução de problemas e levantamento de problemas realizado pela equipe (VOLTOLINI et al., 2019).

Tais características corroboram com os propósitos da ESF, dado que as

reuniões possibilitam o compartilhamento de saberes entre profissionais, fortalecem a prática do cuidado, centrado no usuário, aumentam a resolutividade e a integração nas diferentes áreas e contribuem com a qualidade das ações (PEDUZZI et al., 2013).

Quanto à dimensão ensinar, duas funções relacionadas ao campo de atuação do enfermeiro estão previstas no seu processo de trabalho. O enfermeiro deve se responsabilizar e participar ativamente nos processos de educação permanente e de educação em saúde, desenvolvendo e planejando as ações necessárias (SANNA et al., 2007; PAULA et al., 2014).

Com relação à educação permanente, os resultados apontaram para a necessidade de se repensar a prática visando aumentar a frequência dos encontros e o número de equipes que realizam e modificar a rotina das equipes.

É necessário aumentar o quantitativo das atividades nas rotinas das equipes, uma vez que 35% (07) dos enfermeiros não realizavam tais atividades. Embora não haja parâmetro definido para o quantitativo de programação dessas rotinas, recomenda-se que tal prática seja realizada regularmente a partir das necessidades da equipe e conforme a realidade local (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003; BRASIL, 2015).

Tais resultados estão de acordo com outros estudos, em que as ações de educação permanente também foram apontadas como uma das atividades realizadas com menor frequência entre equipes da ESF (PAULA et al., 2014; FIRMINO et al., 2016). Contrapondo-se a tais resultados, outros estudos demonstram que tais práticas são desenvolvidas por um percentual maior entre os enfermeiros. Para Rocha (2008), 86,2% dos enfermeiros desenvolvem educação permanente semanalmente, assim como nos estudos de Sousa (2015), em que 73% dos enfermeiros afirmaram desempenhar tal prática com maior frequência.

Ainda a respeito da educação permanente, o enfermeiro foi apontado pela maioria dos participantes dessa pesquisa como o profissional que está presente em todos os encontros (12/60%), é um dos principais mobilizadores da equipe e o principal responsável por tais ações. Cabe ressaltar que o enfermeiro não é o único responsável, mas o principal agente de mudança pela sua formação, voltada para compreensão das políticas públicas de saúde e habilidades de supervisão e ensino

em equipe (BARTH et al., 2014).

A educação permanente deve estar integrada ao cotidiano das equipes, com carga horária, espaço e tempo suficiente para que todos os integrantes da equipe e de todas as categorias profissionais participem do processo (BRASIL, 2017).

Com relação ao formato, temas e finalidade das práticas de educação permanente, as atividades desenvolvidas limitavam-se ao modelo de “educação continuada” ou “educação para o serviço”. Embora não haja consenso na literatura sobre tais conceitos, nota-se a diferença em relação ao conceito de educação permanente instituído pelas Políticas do Ministério da Saúde (PEIXOTO et al., 2014; SILVA e DUARTE, 2015).

A educação para o serviço, também denominada supervisão e orientação para a prática, predominou entre 45% dos participantes (itens I e III da tabela 17). Caracteriza-se por situações pontuais para atender as rotinas institucionais e qualificar a força de trabalho desenvolvida na maioria das vezes por meio da relação de supervisão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018). Outras atividades semelhantes a educação continuada tinham como finalidade promover o conhecimento complementar e promover a atualização científica entre os profissionais, com temas emergentes e aperfeiçoando as habilidades específicas de cada profissão (PEIXOTO et al., 2014; SILVA e DUARTE, 2015).

Assim, apesar da PNAB reconhecer a educação continuada como uma prática necessária, a Educação Permanente é um componente específico no processo de trabalho das equipes que atuam na ESF (BRASIL, 2017). A diferença é que ela deve estar centrada no saber comum da equipe, em que todos compartilham conhecimento de forma interdisciplinar com foco na resolução de problemas reais do ambiente de trabalho e na produção de conhecimento multiprofissional (BRASIL, 2013). Pelas características dos encontros, este formato não foi constatado.

Assim, ficou evidente a necessidade de aumentar o número de ações destinadas ao ensino em serviço, e de se repensar as ações de forma coletiva, com base na realidade da prática sem excluir outros modelos. Ademais, deve-se incluir todos da equipe de saúde e desenvolver o aprendizado a partir das necessidades e realidades vivenciada pela equipe.

Com relação às práticas de educação em saúde, o enfermeiro foi apontado como o responsável pelas atividades educativas, seja no desenvolvimento, planejamento e coordenação.

A participação do enfermeiro nos grupos de educação em saúde caracteriza-se por uma prática frequente, a qual foi constatada por 70% (14) dos enfermeiros entrevistados. As atividades eram realizadas periodicamente, com frequência que variava de semanal a mensal (18/90%). No entanto, a respeito do público-alvo e da natureza dos grupos, a média por equipe foi de um a dois grupos (média de 1,2 por equipe). Essa aproximação com as práticas de educação em saúde foi identificada por Rocha (2008), uma vez que 100% dos enfermeiros em seu estudo realizam alguma prática de educação em saúde, e 84% deles consideraram identificar que essa prática ocorre pelo menos cinco vezes por semana.

No entanto, tais ações apresentaram desafios no que diz respeito à cobertura e ao perfil dos grupos pois limitavam-se, em sua maioria, àqueles instituídos pelos programas do Ministério da Saúde, com foco nas condições crônicas prioritárias ou nos ciclos de vida e rotinas verticalizadas. Tal condição pôde ser constatada pelo número de equipes que oferece grupos de “Hiperdia” (07/35%) seguido por “Gestantes” (04/20%) e “Saúde da criança” (02/10%). Nota-se baixa oferta para grupos de relevância clínica, epidemiológica e social, assim como para outros grupos sociais, outros perfis etários e outros ciclos vitais, como saúde da mulher, do idosos, do homem e do adolescente. A baixa oferta afeta até mesmo outros grupos sociais com finalidades diversificadas, como autocuidado, socialização e promoção da saúde.

Esse cenário com ampla participação do enfermeiro, baixa cobertura em relação ao público-alvo e oferta de grupos orientados pelos programas do Ministério da Saúde também foi constatado por Sousa (2015), quando aponta que a prática de educação em saúde era realizada por 100% dos enfermeiros, dos quais 98,9% desenvolvem grupos de educação em saúde. Para 77,5% dos enfermeiros, os grupos ocorrem mensalmente, e entre os mais citados pelos enfermeiros foi o de Pré-Natal, 58,4% (52), e o Hiperdia, 56,2% (50). Outros temas como IST/AIDS, tabagismo e meio ambiente ainda são pouco frequentes.

Para Maffaccioli e Lopez (2011), o perfil do grupo também estava

condicionado aos grupos prioritários, entre outras condições patológicas como tuberculose, asma, hipertensão e diabetes. A média de grupos por equipe também foi baixa, considerando o tipo de grupo ofertado.

Vale ressaltar que na assistência em saúde e no âmbito da APS, as atividades em grupo e as ações de educação em saúde e prevenção de doenças geralmente são organizadas de acordo com demandas programáticas e são cada vez mais atuais e frequentes (MAFFACCIOLI e LOPEZ, 2011; MENDONÇA e NUNES, 2015).

A prática com grupos de educação em saúde no contexto dos programas de saúde pública é uma das ações prioritárias e recomendadas pelas políticas de saúde. Porém, oferecer grupos educativos apenas para os grupos prioritários em cumprimento das normativas locais, desconsiderando o perfil epidemiológico e social, pode comprometer o acesso às ações de promoção da saúde e de fortalecimento das práticas com ênfase nas condições crônicas.

As campanhas temáticas demonstraram-se eficazes quanto as oportunidades oferecidas (20/100%) entre todas as outras modalidades. Para Sousa (2015), tal fato se justifica pois são ações de caráter normativo, verticalizado e pontual, assim como as campanhas e palestras que, em seu estudo, apresentaram maior adesão por parte das equipes.

Quanto aos recursos utilizado para desenvolver a prática, o território e os equipamentos sociais da comunidade foram pouco citados pelos participantes do estudo, com exceção ao Programa Saúde na Escola, o qual já é desenvolvido no espaço escolar. Ao citar o uso de palestras, aulas expositivas e omitir informações sobre outros métodos participativos e dialógicos, demonstra-se que ações de educação em saúde não eram desenvolvidas com base em metodologias participativas, limitando-se à transmissão de informações e orientações verticalizadas.

A PNAB atribui ao profissional a prática de educação em saúde com vocabulário de fácil compreensão e metodologia apropriada ao público-alvo (BRASIL, 2017). A dificuldade ou falta de escolha por uma metodologia apropriada é uma realidade entre os profissionais de APS, sendo necessário aprimorar tal prática de modo que não se limite apenas à transferência de informações, mas sim incluindo a construção compartilhada de saberes (técnicos e populares) e participação ativa

do usuário (BARBOSA et al., 2010; ROCKER; NUNES; MARCON, 2013).

Também foram analisados os fatores e motivos que determinavam a não realização das práticas de educação permanente e de educação em saúde. O tempo escasso devido à demanda excessiva de atividades foi apontado como o principal motivo para não realizar educação permanente. Em estudo com enfermeiros em unidades de saúde, a sobrecarga de trabalho e a falta de motivação também foram apontados como um dos motivos para não realizar educação permanente no âmbito da APS (BARTH et al., 2014).

Já no que diz respeito aos grupos de educação em saúde, a falta de tempo por excesso de atividades e a falta de interesse da comunidade são condições que dificultam a prática, sendo citadas por Rocker, Nunes e Marcon (2013).

Por fim, o enfermeiro na condição de conhecedor das políticas públicas de saúde, das habilidades de ensino e gestão, dotado da função de coordenador e com habilidades de liderança e comunicação poderá contribuir com a mudança deste cenário, mobilizando a equipe e capacitando profissionais na direção de melhores práticas de educação em saúde e educação permanente no âmbito do SUS.

5.2.3 Atividades assistenciais no contexto da demanda programada e demanda espontânea

Segundo a rotina analisada, a prática da consulta de enfermagem vem sendo consolidada no âmbito da APS e sendo realizada diariamente, ocupando mais que a metade da carga horária semanal dos enfermeiros.

Tais dados corroboram com outros estudos em que a consulta de enfermagem se mostrou frequente, correspondendo a 71,3% do tempo destinado a atividades assistenciais observadas (PAULA et al., 2014). Sousa (2015) constatou que, apesar do elevado percentual, a consulta de enfermagem não é realizada por todos os profissionais, mas é praticada por 98,9% dos enfermeiros. Para Rocha (2008), 95,8% dos enfermeiros indicaram realizá-la diariamente na maioria das ocasiões.

Vale ressaltar que a consulta de enfermagem é uma prática preconizada

desde a implantação da ESF e atualmente ainda é negligenciada ou praticada esporadicamente, assim como foi constatado na pesquisa de Firmino et al (2016), em que apenas 46,67% (17) dos enfermeiros que atuam na APS as realizam regularmente.

Outras demandas como a saúde do homem, saúde do idoso e saúde mental, não foram citadas como clientela recorrente nos atendimentos programados, condição que nos remete a considerar que a prática da consulta de enfermagem ainda segue um modelo normatizado para atender aos programas e rotinas institucionalizadas. Diante desse cenário, sugere-se estabelecer rotinas e estratégias de captação e acompanhamento contínuo a outros grupos.

Quanto ao perfil da demanda espontânea, as situações e condições clínicas mais frequentes caracterizavam-se por necessidades de “atendimento prioritário” ou “atendimento para o dia”, como, por exemplo, demandas relacionadas à clínica básica (14/70%), queixas ginecológicas (12/60%) e urgências relacionadas à Hipertensão e Diabetes (07/35%). Esse perfil corresponde ao que se propõe pelo Ministério da Saúde, já que, de acordo com a PNAB, a demanda programada deve coexistir com o atendimento à demanda espontânea, para garantir a resolutividade esperada para a ASP (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Com relação ao perfil dos atendimentos, neste estudo e em outras literaturas consultadas, no contexto da demanda programada a consulta de enfermagem encontra-se atrelada e limitada às ações programáticas, em sua maioria os programas como pré-natal, puericultura, prevenção do câncer de colo de útero, aconselhamento e testes rápidos para IST (RAMOS et al., 2008; ROCHA, 2008; SOUSA, 2015; FIRMINO et al., 2016).

Algumas condições crônicas agudizadas eram assistidas na demanda espontânea, assim como algumas condições crônicas estabilizadas. Diante dessa situação, deve-se tomar o cuidado com o manejo correto dessa demanda, para que não se configure um entrave para ESF, já que isso estimula a cultura histórica popular de procurar pelos serviços de saúde na presença dos problemas, independente da urgência constatada (GOI et al., 2015).

No entanto, o enfermeiro deve acolher e avaliar as demandas não urgentes, o que pode ser resultado da baixa resolutividade ou da falta de acesso na demanda

programada. Assim, estabelece o equilíbrio entre as ações programadas e não programadas, associadas à classificação de risco e vulnerabilidade.

Ainda com relação ao acolhimento à demanda espontânea, constatou-se que o enfermeiro é acionado com frequência pela equipe para solucionar demandas que poderiam ser encaminhadas a outro profissional ou resolvidas por um integrante do acolhimento. A título de exemplo, a presente pesquisa destaca a demanda para agendamentos e encaminhamentos com outros profissionais (05/25%) e a prática de renovação de receitas de uso contínuo (05/25%).

Para Bohusch (2019), esse tipo de demanda destinada aos médicos, dentistas, psicólogos, entre outros, pode caracterizar uma demanda imediata, que em caso de impossibilidade de atendimento, tem grandes chances de recair sobre o enfermeiro, seja pela sua proximidade com a equipe ou até mesmo por este profissional ter conhecimento interdisciplinar. Nesse contexto, a implantação de fluxos internos, normatizações e rotinas bem definidas podem auxiliar a equipe na tomada de decisão, prevenindo a sobrecarga de um único profissional e descentralizando as ações (GUERRERO, 2013).

Vale ressaltar que a atuação do enfermeiro no acolhimento à demanda espontânea, é clara e bem definida pela PNAB, mas no campo prático, pode resultar na sobrecarga de atividades e utilização inadequada do tempo. Assim, o profissional se vê na condição de sobrecarga de atividades para atender todas as demandas da comunidade, seja pelo excesso de demanda ou pela sobrecarga de funções as quais não lhe são atribuídas.

Ainda nesse contexto, a ausência de protocolo clínico para situações específicas torna o enfermeiro dependente da decisão médica em atender o paciente, como a prática de confecção ou renovação de receitas sob orientação do médico. Isso não deve ser confundido com o atendimento compartilhado e com a interconsulta proposta pelo SUS no âmbito da APS (BRASIL, 2013). Por fim, as situações mencionadas reforçam a necessidade de revisão das ações desempenhadas no campo prático, visto que se depara com situações que não possuem amparo ético e legal e não são descritas pela PNAB (BRASIL, 2017) e nem pela Lei do Exercício Profissional (CONSELHO FERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Ao se deparar com situações clínicas, são necessárias condutas eticamente

aceitas, estabelecidas ou não por protocolo, sem necessidade de avaliação médica, resultando na “consulta de enfermagem de demanda espontânea” (BOHUSCH, 2019). Portanto, percebe-se a necessidade do gerenciamento dessa demanda, resultando em mudanças no processo de trabalho, redefinindo as funções de cada integrante da equipe e ampliando a sua resolutividade, garantindo o acesso com qualidade e estabelecendo condutas política e eticamente aceitas.

Sendo assim, os dados revelam que a consulta de enfermagem permite acompanhar o cuidado continuado e de demanda espontânea, perfil esse que vai de encontro com a rotina de atendimentos da APS, pois além de ser porta de entrada, também contribui com o cuidado contínuo e longitudinal na atenção às condições crônicas.

Com relação às atribuições da dimensão assistencial, a visita domiciliar era realizada por 100% (20) dos enfermeiros. Considerando que o tempo mínimo reservado na agenda foi de quatro horas por semana para todos os participantes, a rotina adotada pelas equipes corresponde às recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Contrapondo-se a tais resultados, outros estudos apontam a rotina de visita domiciliar pouco frequente, sendo realizada esporadicamente, apesar de ser importante ferramenta para o cuidado e uma das práticas que mais contribuem com resolutividade das equipes na ESF.

Segundo Sousa (2015), o cuidado domiciliar era executado por 37,1% dos enfermeiros; outros 48,3% (43) realizavam visitas domiciliares esporadicamente; 25,9% (23) faziam mensalmente e 6,7% (06) realizava-as eventualmente. De acordo com Gomes, Fracoli e Machado (2015), para 26% dos enfermeiros a frequência de visita era semanal; para outros 19%, era mensal, e para outros 31% ocorriam raramente, demonstrando assim uma prática abaixo da realidade do presente estudo.

Os perfis dos atendimentos domiciliares estão em conformidade com o preconizado, garantindo atenção ao indivíduo com algum grau de incapacidade funcional; atenção às condições crônicas aos indivíduos impossibilitados de se locomover a UBS; ações de vigilância em saúde, educação em saúde e prevenção de doenças; avaliação e identificação de riscos e vulnerabilidade social (BRASIL, 2017). Embora não tenha sido citado, recomenda-se o cuidado compartilhado com

as equipes de atenção domiciliar em casos de maior complexidade, além de atendimentos de urgência (BRASIL, 2020).

O perfil predominante foi relacionado aos cuidados de enfermagem para procedimentos básicos (17/85%), atenção ao paciente com perda de capacidade funcional (16/80%) e atenção às condições crônicas (09/45%). Os atendimentos domiciliares mais frequentes realizados pelos enfermeiros contribuem diretamente com a integralidade do cuidado, diminuindo as iniquidades, ampliando o acesso e garantindo a continuidade da assistência – desde um procedimento técnico eventual até um acompanhamento periódico pelo profissional.

Para subsidiar as ações no âmbito da APS, as equipes de saúde da família deverão seguir recomendações específicas do Ministério da Saúde por meio de protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017).

Na contramão dessa recomendação, identificou-se desconhecimento por parte dos enfermeiros em relação à existência dos protocolos de enfermagem (06/30%). O conhecimento acerca das rotinas de prescrição de medicamentos e solicitação de exames também foram insuficientes, obtendo maiores percentuais nas rotinas relacionadas à saúde da mulher.

Esse cenário representa o descumprimento das atribuições que são de responsabilidades do enfermeiro, como por exemplo, implementar e manter atualizados as rotinas, os protocolos e os fluxos relacionados à área de competência na UBS (BRASIL, 2017). Os protocolos de enfermagem foram criados a partir das necessidades dos enfermeiros em relação à prática clínica, para garantir respaldo para tomadas de decisão no âmbito da APS. Tal ferramenta legitima a prática clínica, amplia a resolutividade através de condutas seguras e de qualidade (ARAÚJO et al., 2020; KAHL et al., 2018).

Vale destacar que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames laboratoriais foram alvo de críticas pelos participantes, consideradas incompletas e limitadas em relação ao que se preconiza nos programas de saúde pública. Tais dados corroboram com outros autores, que apontam esse mesmo problema na rotina, além de pouca clareza nas ações, hábitos e atribuições limitadas, quando

comparadas com as preconizadas pelo Ministério da Saúde (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Na atenção às ações programáticas, somente a consulta de enfermagem para prevenção do câncer de colo de útero e de mama obteve percentual de 100% (20) de adequação às rotinas mínimas do Ministério da Saúde, seguido das rotinas de puericultura e pré-natal. Nota-se que o público materno infantil vem despontando como um dos grupos de maior cobertura em relação às consultas de enfermagem desenvolvidos com frequência nas diferentes realidades locais (RAMOS et al., 2008; ROCHA, 2008; SOUSA, 2015; FIRMINO et al., 2016).

Considerando que os piores percentuais foram em relação à ausência da consulta de enfermagem ao indivíduo com Tuberculose (05/25%), Hipertensão e Diabetes (15/75%) e Hanseníase (15/75%), essa condição pode acarretar prejuízo frente às ações de vigilância em saúde e controle de agravos, tendo em vista a contribuição da consulta de enfermagem com a continuidade do cuidado de casos crônicos.

É importante registrar que indivíduos com condições crônicas, acompanhados em consultas de enfermagem, demonstraram melhora na adesão ao tratamento, acesso facilitado aos serviços de saúde, atendimento mais amplo, contínuo e minucioso (SILVA et al., 2015). A consulta de enfermagem possibilita a criação de vínculo com o indivíduo, família e comunidade, considerando-o como singular e coletivo, promovendo a qualidade de vida e favorecendo a adesão ao tratamento (SAPAROLI, 2008).

A consulta de enfermagem, apesar de ser uma prática frequente, nem sempre era realizada de forma programada, sistematizada, contínua e intercalada com a consulta médica ou com base em um calendário mínimo de acompanhamento.

Os maiores percentuais em relação ao cumprimento das rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde referem-se às consultas para controle do câncer de colo de útero e de mama (20/100%), pré-natal (18/90%), puericultura (16/80%), e visita ao recém-nascido e puérpera (13/65%). Observou-se que para esses casos, na maioria das ocasiões, os parâmetros institucionais eram superiores às rotinas do Ministério da Saúde, atendendo as recomendações (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Outro dado relevante foi a falta de padronização acerca da rotina de visita domiciliar ao recém-nascido e puérpera e para a consulta puerperal, já que mesmo aquelas que atendiam as recomendações do Ministério da Saúde, quando citadas, divergiam entre si. Para 65% (13) dos enfermeiros, a visita puerperal ocorre com até sete dias. 30% (06) dos enfermeiros mencionaram duas consultas no puerpério.

Apesar das divergências de rotinas municipais, as consultas puerperais – que deveriam ocorrer com até 07 dias, além de um retorno entre 30 e 42 dias (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016) – estão de acordo com o parâmetro recomendado da Rede Cegonha e último Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Tais cadernos preconizam uma visita domiciliar na primeira semana de vida, seja pelo médico ou enfermeiro (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

As rotinas de acompanhamento regular ao indivíduo com agravos crônicos transmissíveis e não transmissíveis foram caracterizadas como uma prática desconhecida por alguns e sem seguimento de uma rotina institucional padronizada. A prática da consulta de enfermagem ao paciente com Tuberculose, apesar dos baixos percentuais, foi a única rotina citada conforme o protocolo do Ministério da Saúde, com seis consultas de enfermagem anuais e intercaladas com o médico (BRASIL, 2001).

Apesar da contribuição do enfermeiro com o cuidado ao doente com Tuberculose, prioriza-se, na maioria das ocasiões, as ações de vigilância em saúde, monitorando a resposta ao tratamento e o controle de transmissão, além do estabelecimento de vínculos e responsabilização com o tratamento a partir da escuta qualificada e do diálogo com paciente e equipe.

Outra rotina programada ficou ainda mais evidente em relação a Hipertensão, Diabetes e Hanseníase. Em estudo de avaliação das práticas de acompanhamento de indivíduos com Hipertensão e Diabetes, todos os indicadores apresentaram resultados críticos. Somente em 1,5% dos prontuários dos indivíduos que apresentaram HAS e/ou DM constava pelo menos um registro dessa atividade nos últimos 12 meses; desses, apenas um apresentou número adequado de consulta, segundo o risco cardiovascular individual (RADIGONDA et al., 2014). No estudo de Souza et al (2015), 46,1% não desenvolviam a consulta de enfermagem conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Contra-pondo-se a tais dados, numa realidade em que se propôs investigar as ações do programa de DM, as consultas de enfermagem foram apontadas como adequadas para 100% dos enfermeiros, com destaque aos procedimentos realizados no atendimento (TAVARES et al., 2011). Em outra investigação, a atuação dos enfermeiros nas ações de controle da Hipertensão Arterial estava além dos 76% das ações recomendadas. No controle do Diabetes, os valores alcançaram resultados similares (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

É durante as visitas domiciliares que os enfermeiros conhecem a realidade do recém-nascido com a finalidade de analisar a interação mãe-filho e sua capacidade de desempenhar cuidados ao recém-nascido. Além disso, identifica situações de risco à saúde de ambos (LUCENA et al., 2018). No tocante à rotina de puericultura, o enfermeiro demonstra-se preparado e capaz de promover o crescimento e desenvolvimento infantil, visando uma assistência adequada, manutenção do vínculo com a família e educação de todo conjunto familiar, tendo como foco a criança e o meio social no qual ela está inserida (CAMPOS et al, 2011).

Na assistência à gestante, a resolutividade da consulta de enfermagem e satisfação com a consulta de enfermagem está em torno de 70%, frente às situações vividas da gestante, e no preparo da mulher para o momento do parto (SILVA et al., 2015; DIAZ et al., 2010). Vale destacar que, ao realizar a consulta de enfermagem no cuidado à saúde da mulher, sua atuação é ampliada para além de rotinas e diretrizes clínicas de rastreamento, estabelecendo espaço de aproximação, acolhimento e empoderamento, para então assumir o controle sobre sua saúde, estabelecendo hábitos saudáveis e fortalecendo a autonomia da mulher (DURAND; SCHÜLTER; HEIDEMANN, 2013).

Diante de tais dados, é inegável a contribuição da consulta de enfermagem no que se refere a ampliação do acesso aos serviços de saúde e sua contribuição numa perspectiva da integralidade pela importância das ações de prevenção de doenças e agravos nos diferentes ciclos vitais.

Apesar dessa situação ainda estar atrelada ao modelo tradicional da saúde pública, cumprindo o que lhe é normatizado e instituído pelos principais programas outras demandas, a saúde mental obteve maior frequência no atendimento demanda espontânea (15/75%), assim como o idoso (14/70%), o adulto (13/65%) e o

adolescente (12/60%). Dessa forma, há a necessidade de ampliar a prática para uma atenção programada com ênfase na promoção da saúde de outros grupos etários e indivíduos com outros agravos mais prevalentes.

Para atender essa demanda, a consulta de enfermagem revela-se como um importante meio para o desenvolvimento da prática clínica, pautada no princípio da integralidade e na prática baseada em evidência, desenvolvida com competências e habilidades técnicas e cognitivas, para atender à satisfação das necessidades de saúde e doença do indivíduo (KHAL et al., 2017)

No entanto, ainda é muito comum a prática da consulta baseada em um roteiro clínico pré-estabelecido por diretrizes de programas e elaborado a partir das necessidades biológicas do indivíduo, o que torna necessária a revisão da prática clínica do enfermeiro, para que ela se constitua integral e resolutive, centrada no usuário e na autonomia do sujeito para desenvolver a assistência ao indivíduo sadio ou doente, contribuindo com a consolidação do SUS (MATUMOTO et al., 2011).

A consulta de enfermagem configura-se então como uma prática que deve ser realizada de modo contextualizado e participativo, pois pode propiciar condições para melhoria da qualidade de vida do usuário do serviço de saúde, e não somente ser instituída por programas e rotinas verticalizadas.

Quanto aos motivos e fatores que determinaram ou influenciaram a decisão do enfermeiro em não realizar a consulta de enfermagem foi justificada pela inexistência de protocolos da instituição que recomendava tal prática em rotinas específicas (15/85%), bem como a ausência de protocolos específicos de enfermagem (13/65%). Tais condições corroboram com outros estudos que apontam a inexistência de apoio técnico para a prática clínica de enfermagem, como a falta de supervisão técnica e a ausência de protocolos institucionais recomendando a consulta de enfermagem nos programas e rotinas municipais (MATUMOTO et al., 2015).

Apesar do respaldo técnico, ético e legal, a rotina institucional e a cobrança da gestão parecem ser determinantes para o engajamento dessa prática. A prática se insere nas ações programáticas ao desempenhar as competências técnicas e clínicas, contribuindo com o acesso e atenção às principais condições e agravos, que devem ser acompanhados na APS.

A influência do conteúdo das rotinas e as decisões do enfermeiro requerem a necessidade de Programas de Educação Permanente para instrumentalizá-los para a prática clínica. Nesse modelo de acompanhamento e a partir do monitoramento das condições de saúde do indivíduo, a visão de dois profissionais – médico e enfermeiro – podem favorecer a integralidade do cuidado, a partir das competências específicas e em comum.

Tais programas devem ser instituídos e voltados para a consulta de enfermagem com apoio técnico e supervisão à prática clínica, promovendo espaços para a reflexão crítica sobre o próprio fazer, implementando protocolos assistenciais específicos, para, então, propiciar conhecimento técnico-científico (saber-fazer) e atuar considerando a realidade epidemiológica da região, e não somente centrado em rotinas programáticas assistenciais (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

A prática da consulta apresentou lacunas entre o que se preconiza para as ações da atenção básica e o que é praticado, mas quando norteada pelos princípios e diretrizes dos programas, contribui com o acesso e com a continuidade da assistência.

O cuidado contínuo e longitudinal, além de ser uma das diretrizes da APS, configura-se como um atributo da consulta de enfermagem, garantido pelo enfermeiro através de uma assistência contínua, sistematizada e integrada às necessidades de saúde da comunidade. A assistência conta com ações preventivas e curativas, fortalecendo as ações de vigilância em saúde e contribuindo com saúde pública sob várias vertentes – favorece o acesso, a integralidade e possibilita o olhar ampliado para o indivíduo além da doença.

5.3 Processo de trabalho do enfermeiro: princípios, diretrizes e atribuições desenvolvidas

5.3.1 Princípios e diretrizes: contribuição das ações desenvolvidas

A operacionalização dos princípios e das diretrizes do SUS e da RAS, previstos pela portaria de aprovação da PNAB, são determinantes para a implantação do modelo que propõe a APS, pois orientam as ações e os serviços

ofertados pelas equipes da ESF (BRASIL, 2017). O caráter inovador da ESF evidencia uma série de desafios e de características diversas; uma delas é garantir que os princípios do SUS sejam efetivados no campo assistencial.

Constatou-se que a maioria dos enfermeiros desenvolvia as ações orientada por princípios e diretrizes da APS e do SUS, porém nem todas as ações desenvolvidas eram consideradas totalmente satisfatórias.

Sobre princípios doutrinários, 100% (20) dos enfermeiros consideraram que as ações estão atreladas aos princípios fundamentais do SUS. A equidade foi o único princípio cujas ações contribuíam em sua totalidade para 100% (20) dos enfermeiros. Já em relação à universalidade e à integralidade, para tais condições, os percentuais foram respectivamente 95% (19) e 90% (18). Apesar de elevados, os três princípios são direitos conquistados democrática e constitucionalmente. Assim, esperava-se que fossem reconhecidos e efetivos para 100% dos enfermeiros.

Tais dados corroboram com aqueles de outros estudos envolvendo profissionais de saúde que atuam na APS. Apesar dos desafios para efetivá-lo na prática, o modelo proposto pela ESF, em que o profissional julga alcançar e promover mudanças nas formas de pensar e produzir saúde no Brasil, valoriza a luta pela conquista do direito à saúde e, conseqüentemente, amplia os horizontes de sua atuação ao identificar a APS como um local para a prática da universalidade, equidade e trabalho em equipe (SORATTO et al., 2015).

Vale ressaltar que a opinião dos participantes em relação à efetividade das ações desenvolvidas pode sofrer interferência do conhecimento de políticas de saúde e de ações preconizadas, além da percepção que os profissionais possuem em relação aos desafios do SUS encontrados na prática (SORATTO et al., 2015; WINTERS, PRADO, HEIDEMAN, 2016).

Estudos que se propõem a avaliar a opinião de enfermeiros que atuam na ESF revelam que a prática busca alcançar, diariamente, as doutrinas que permeiam o SUS. Os profissionais envolvidos reconhecem a importância de seu cumprimento na prática clínica, porém identificam alguns desafios, principalmente inerentes ao sistema, à qualidade da oferta de serviços e de acesso a outros níveis de complexidade. Esses desafios dificultam a operacionalização e a efetivação dos princípios doutrinários no âmbito da APS (LINNARD et al., 2011).

Com relação às diretrizes da APS, a maioria é contemplada na prática e pela maioria dos enfermeiros. Contudo, esse percentual diminui quando perguntado o grau de contribuição das ações, demonstrando que, na opinião do profissional, nem sempre as ações contemplam as diretrizes em sua totalidade.

Os melhores percentuais foram obtidos pelas diretrizes da Regionalização, Hierarquização, População Adscrita e o Cuidado centrado na pessoa, as quais indicaram que as ações contribuíam de maneira satisfatória com as diretrizes. Esses foram, respectivamente, 85% (17), 95% (19) e 95% (19). Essas três diretrizes foram as únicas reconhecidas como componentes da prática de 100% (20) dos participantes.

Esse resultado assemelha-se ao encontrado em outro estudo, no interior de Minas Gerais, no qual três atributos da APS foram avaliados quanto à suas presenças nos serviços de saúde. A orientação comunitária, o enfoque familiar e a competência cultural foram atributos reconhecidos e avaliados de maneira satisfatória pelos enfermeiros, principalmente aqueles que atuavam na ESF. Quando comparado com a prática na UBS tradicional, houve diferença e melhora dos indicadores (FERREIRA et al., 2016).

Tais atributos da APS correspondem às diretrizes da PNAB. Para Starfield (2002), as ações em nível primário na saúde devem ser praticadas e orientadas considerando o contexto familiar e comunitário do indivíduo, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural, e, dessa forma, orientam-se pelos atributos da APS (orientação comunitária, enfoque familiar e competência cultural). Contudo, o cuidado centrado da pessoa deve basear-se na singularidade do indivíduo, família e comunidade, valorizando os aspectos socioculturais do indivíduo numa perspectiva ampliada de cuidado à saúde e participação ativa no cuidado (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

O atributo da longitudinalidade é uma das diretrizes preconizadas que garante a atenção em saúde ao longo do tempo, com vinculação e responsabilização da família pela equipe de saúde (STARFIELD, 2002). O princípio da população adscrita é a diretriz que contempla tais propósitos, uma vez que estabelece a existência da vinculação da comunidade a uma equipe da UBS, favorecendo a continuidade e longitudinalidade do cuidado (SANTOS; ROMANO; ENGSTRON, 2018).

As ações também foram bem avaliadas no que se refere às diretrizes da resolutividade (19/95%) e hierarquização (17/85%), que, quando desempenhadas simultaneamente, resultam na efetividade da outra.

O princípio organizacional da hierarquização e regionalização tem como objetivo estruturar a rede em níveis de complexidade a partir da APS. A baixa acessibilidade às consultas com especialistas decorrentes da demora no agendamento, a insuficiência de leitos, a deficiência do sistema de referência e contrarreferência são fatores que dificultam sua operacionalização (LEITE et al., 2018).

Para que tais diretrizes sejam efetivadas na totalidade, o enfermeiro deve garantir o acesso aos serviços de saúde, não só considerando a UBS como porta de entrada, mas como agente coordenador do cuidado em outros níveis. Assim, fortalecem-se outros atributos da APS, tais como a integralidade dos serviços disponíveis e serviços prestados e a acessibilidade, dois dos quatro atributos essenciais da APS, que se relacionam intimamente com a existência e garantia de uma rede de serviços hierarquizada (STARFIELD, 2002).

Com relação à resolutividade, para que as ações garantam sua efetividade, é necessário aumentar a capacidade de atender e resolver a demanda, além de garantir o encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos em outros níveis de atenção - atenção primária, ampliar o acesso, as ações ofertadas e a capacidade de solucionar as demandas e necessidades advindas da comunidade (COSTA et al., 2014).

A coordenação do cuidado e a ordenação da rede são outras duas diretrizes cujas efetividades das ações dependem de fatores inerentes à organização do sistema de saúde. A primeira se mostrou insatisfatória para 30% (06) dos participantes, e 15% (03) dos enfermeiros não a realizava; a segunda obteve 25% (05) de percentual para ações parcialmente satisfatórias, e 05% (01) indicando insatisfação.

Contraopondo-se aos resultados obtidos, a coordenação do cuidado foi apontada como um dos atributos com melhor avaliação, seja no âmbito geral (FERREIRA et al., 2016), ou no âmbito específico, considerando as ações de saúde da criança (ARAUJO et al., 2017).

Diante de tais resultados, é necessário que a atenção primária seja capaz de integrar o cuidado necessário por meio da coordenação das ações e dos serviços ofertados ao usuário, com um conjunto de ações e informações que atenda suas necessidades de saúde de forma articulada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

A falta de padronização de condutas, o referenciamento ineficaz, a falta de comunicação, a indefinição de fluxos claros, a limitação técnica dos profissionais, a baixa qualidade da assistência, a falta de planejamento e a insuficiência da oferta de consultas e exames especializados são alguns dos fatores que acabam por dificultar o acesso à saúde do usuário e contribuir com a avaliação negativa (ALELUIA et al., 2017)

Na coordenação do cuidado, o enfermeiro deve: acompanhar a situação da gestão da fila de espera no âmbito da RAS; comunicar com outros níveis de assistência; encaminhar os usuários para outros serviços com racionalidade; esgotar as possibilidades terapêuticas e garantir a escuta dos usuários e o acesso de forma que a UBS seja o serviço de porta de entrada.

O princípio da “participação da comunidade” é uma das diretrizes na APS, o que obteve o maior percentual de respostas (14/70%) indicando insuficiência das ações e o maior percentual indicando que tal prática não é desenvolvida (05/25%). Essa diretriz deve contar com a participação das pessoas nas ações de saúde, desenvolvendo competências para o cuidado e participando de ações intersetoriais, da organização e da orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social (BRASIL, 2017).

Tais dados indicam a falta de articulação dos enfermeiros, da equipe e da comunidade no desenvolvimento da gestão do SUS e no cuidado em saúde, já que a participação da comunidade nas práticas em saúde e o controle social são princípios fundamentais da ESF, desde a criação do PSF (BRASIL, 2017).

De acordo com Winters, Prado e Heideman (2016), a inserção precoce do acadêmico no campo de trabalho da saúde coletiva e na comunidade deve ocorrer de forma gradual e permanente ao longo da formação. Acadêmicos submetidos ao modelo proposto possuem melhor compreensão sobre princípios e diretrizes e reconhecem o enfermeiro como principal responsável pela consolidação da ESF.

As opiniões encontradas até aqui sugerem avanços e desafios em relação à contribuição da ESF para se alcançar os princípios e diretrizes. Os escores mais baixos apontam para aspectos que precisam ser aperfeiçoados para uma concepção diferenciada e de respeito ao sujeito e ao modo de se fazer saúde, seja no cotidiano das equipes, nos processos de gestão ou até na formação dos profissionais.

5.3.2 Atribuições gerais e específicas: conhecimento, análise da contribuição das ações e fatores que influenciam a prática

O presente estudo demonstrou predomínio do conhecimento do que é preconizado pela PNAB, porém nem todas as ações que ele reconhece são realizadas. Em relação ao total de ações analisadas, obteve-se 94% (451) de acertos para as atribuições específicas e 89% (679) para as atribuições gerais, porém o quantitativo de respostas referente ao que ele não desenvolve na prática foi de 7% (53) para as atribuições gerais e para 8,1% (39) para as específicas.

Vale ressaltar que o maior desafio não é garantir que as ações sejam realizadas e cumprir com as prerrogativas em relação as atribuições preconizadas, e sim desenvolvê-las com base nos princípios e fundamentos da ESF.

Na opinião dos participantes, o processo de trabalho do enfermeiro, na maioria das ocasiões, contribui de forma plena com a APS. Tendo em vista sua opinião sobre as atribuições gerais, 64% (487) das respostas apontam que as ações contribuem com os propósitos da ESF; com relação às atribuições específicas, esse percentual foi de 72% (347). Outros 14% (107) e 11% (55) apontam para a necessidade de melhoria das ações, tendo em vista que elas contribuem de maneira parcial.

Tais resultados corroboram com outras pesquisas, pois mesmo conhecendo suas atribuições no campo da APS, nem sempre os enfermeiros as desenvolvem devido à falta de tempo e o excesso de atividades. Em várias ocasiões, para se desenvolver uma atividade, às vezes é necessário deixar de realizar outra (FELICIANO, KOVACS, MARINHO, 2010; BACKES et al., 2012; CAÇADOR et al., 2015).

Por se tratar de um grupo de enfermeiros – muitos com formação específica

na área – com experiência na ESF, apesar de demonstrarem conhecimento elevado, esperava-se que o conhecimento em relação às atribuições preconizadas, fossem de 100%. Todas as atribuições devem ser garantidas na prática, exceto os casos para as quais a realidade local não se faz necessário ou que não se preconizava pela instituição.

Foi possível identificar que, na prática, há uma dicotomia descrita por ações desenvolvidas e preconizadas. O enfermeiro não reconhecia atividades que, mesmo desenvolvidas, não eram preconizadas.

Essa dicotomia foi constatada por 40% (56) das respostas que reconheciam como sua função atribuições não preconizadas. Infere-se que o cotidiano do enfermeiro na ESF é marcado por responsabilizar-se por um conjunto de atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do serviço, bem com o trabalho preconizado pelas políticas de saúde (CAÇADOR et al., 2015).

A “solicitação de prescrição médica, mediante avaliação de enfermagem” (09/45%) e a “prescrição de medicações na ausência de protocolos” (09/45%), não são rotinas preconizadas, porém foram reconhecidas como legítimas pelos enfermeiros. Para Bohusch (2019), são ações desenvolvidas com frequência no âmbito da APS e da ESF, descaracterizando o papel deste profissional e associando-o a uma submissão e dependência do profissional médico.

Vale destacar que o atendimento compartilhado entre médico e enfermeiro é uma prática legal e recomendada para o atendimento à demanda espontânea, a qual visa facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde (BRASIL, 2013). Porém, a solicitação de exames complementares e a dispensação de receitas na impossibilidade de atendimento médico só é considerado legítima se contextualizada ao processo de enfermagem e normatizada em rotinas preconizadas pelo município ou pelos programas de saúde pública (BRASIL, 2017; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

A contradição entre “não realizar o que se preconiza” e “realizar o que não se recomenda” é uma realidade constatada em outros estudos. Muitas vezes, o desvio de função e o desenvolvimento de atividades que não estão previstas pelas políticas de saúde e pela legislação profissional é ocasionado pela falta de conhecimento, pela rotina imposta pelo cotidiano, pelas limitações do processo de trabalho e pela

compreensão do profissional acerca da sua função (MAGALHÃES; VIEIRA, 2011; MORENO *et al.*, 2015).

Considerando as ações recomendadas, é fundamental que o enfermeiro identifique em seu processo de trabalho se as ações desenvolvidas contribuem com a ESF com base numa prática idealizada e em um resultado a ser alcançado.

Ao analisarmos a opinião dos enfermeiros em relação as ações que eles desenvolvem, foram apontados desafios da prática nas dimensões gerencial, assistencial, educativa e política, que por sua vez estão atreladas às dimensões do processo de trabalho do enfermeiro (SANNA, 2007).

5.3.2.1 Ações relacionadas à dimensão gerencial

As ações gerenciais obtiveram resultados satisfatórios quanto ao “Gerenciamento dos serviços de saúde” (Eixo VIII) e “Supervisão e gerenciamento de competências específicas” (Eixo XV). Os percentuais de conhecimento alcançaram, respectivamente, 93% (56) e 94% (94) de respostas indicando conhecimento. Já em relação à contribuição das ações com a ESF, os percentuais foram, respectivamente, 83,3% (50) e 70% (70). Na opinião dos enfermeiros, as ações que mais atendem os propósitos da ESF são atividades de gestão de recursos físicos e materiais (20/100%).

A gestão de recursos materiais e infraestrutura, além de ser frequente no cotidiano, é apontada como uma das com maiores dificuldades, devido à escassez de materiais e recursos físicos (COATTO e TRALDI, 2011; MADUREIRA e SANTOS, 2016). Há de se valorizar a importância desse tipo de gestão, a qual fornecerá os recursos necessários exercendo papel central na busca de um serviço eficiente de saúde para a população

Diante de tais dados, o enfermeiro reafirma seu papel de gerente quanto à supervisão, coordenação e liderança das equipes de saúde, além da gestão de unidades assistenciais. Tal condição se deve ao acúmulo de conhecimento técnico e prático acerca dos insumos e recursos diversos, conferindo-lhe a capacidade para

julgá-los quanto à funcionalidade e qualidade de ações indispensáveis para o cuidado em saúde (CHAVES, CAMELO, LAUS, 2011; MADUREIRA et al., 2016).

Outras atribuições que se relacionam com funções específicas da supervisão de enfermagem obtiveram percentuais abaixo do ideal, demonstrando desconhecimento e insuficiências das ações. Somente 50% (10) dos participantes realizam elaboração de protocolos, normas e rotinas de maneira satisfatória e outros 15% (3) desconheciam essa atividade; 30% (06) não participavam das atividades de imunização e outros 20% (04) não as reconheciam como sua atribuição; por fim, 10% (2) não realizava escala de enfermagem e outros 5% (1) considerava essa insuficiente.

O excesso de demanda, ou até mesmo a falta de planejamento para a supervisão e a dinâmica de organização dos serviços de saúde, podem ser uns dos fatores que os distanciam de diferentes funções. Porém, chama a atenção o fato que a maioria das ações que são específicas da enfermagem ficam em segundo plano para suprir outras demandas do serviço.

Diante do que foi exposto, a importância dos protocolos, normas e rotinas no âmbito da APS difere daqueles da área hospitalar, uma vez que a conduta e o procedimento adotado vão além do manejo de equipamentos e aparelhos, procedimentos técnicos e cuidados e práticas voltadas para a doença e o indivíduo. Esta ferramenta orienta saberes, habilidades técnicas e clínicas, escuta, além de estabelecer fluxos internos na UBS e na RAS, exigindo a observância das atribuições do profissional e técnicas corretas e seguras para a abordagem centrada nas necessidades dos usuários (PIMENTA, 2015).

Quanto à participação dos enfermeiros nas atividades de imunização, os resultados obtidos corroboram com outros autores. Apesar dos enfermeiros compreenderem a importância da supervisão, não as realizam de maneira efetiva, influenciados pela falta de organização do processo de trabalho, sobrecarga de funções e por não utilizarem um instrumento que padronize e facilite a supervisão dessa atividade (PEREIRA et al., 2019). Outro estudo revelou deficiência na mesma função, considerando que multiplicidade de atividades e atribuições de uma UBS é apontada pelos enfermeiros como objeto dificultador do processo de supervisão (OLIVEIRA et al., 2016).

Vale citar que o enfermeiro é o responsável pelo ciclo de vacinação, recebimento e armazenamento dos imunobiológicos até a capacitação da equipe, e tem papel importante em relação ao monitoramento da cobertura vacinal (CONSELHO FEREDAL DE ENFERMAGEM, 1986; BRASIL, 2017). Deixar de lado essa prática é contribuir com riscos para segurança do paciente e qualidade do atendimento.

Constatou-se que há outras atribuições específicas e essenciais para a atuação das equipes na ESF e essenciais para a gestão do trabalho das equipes, tais como planejamento em saúde, uso do sistema de informação, mapeamento e reconhecimento da área de abrangência. Essas atribuições obtiveram percentuais insatisfatórios.

O “Processo de territorialização, mapeamento da área de abrangência e cadastramento das famílias e moradores da área de abrangência” (Eixo I) foram as que obtiveram o menor percentual médio de conhecimento (66/82,5%). Tais ações fornecem dados relevantes e essenciais para o planejamento e avaliação das ações de diferentes naturezas, considerado uma das ferramentas essenciais no processo de diagnóstico situacional da comunidade.

Quanto ao processo de mapeamento da área, foi possível destacar que nem todo os enfermeiros reconhecem o “cadastramento e atualização dos dados” como sua atribuição (08/40%), além de obter os piores percentuais de avaliação, considerando que, para a maioria, essa prática não está adequada. No entanto, não executar essa função nem sempre acarreta prejuízo ao processo de trabalho. Isso se dá por poder contar com as ações desenvolvidas pelo ACS, que desenvolve atribuição específica nesse processo.

A participação do enfermeiro ocorre com mais frequência durante a estruturação das equipes de saúde da família, especialmente no período que antecede sua a implantação (MENESES et al., 2019). Para o bom andamento do planejamento das ações, é fundamental que este profissional, além de supervisionar o ACS, monitorando o cadastramento das famílias, também conheça o perfil sociodemográfico e epidemiológico da sua área de abrangência (MARINHO e JUNIOR, 2020).

A utilização e desenvolvimento de ações no território foi apontada como um

recurso pouco desenvolvido pelos enfermeiros. Para 30% (06) deles, essa prática não é desenvolvida, e quando o é, é considerada parcialmente satisfatória. Esse baixo envolvimento dos enfermeiros com essas ações pode nos remeter à prática do modelo biomédico, com foco na doença, limitado às ações intramuros, sem explorar os recursos da comunidade e de outros setores da sociedade, dificultando alcançar o princípio da integralidade e negligenciando ações de promoção da saúde, as quais devem ser desenvolvidas no território adscrito.

O desenvolvimento de ações e estratégias visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças requer a utilização de espaços extramuros, que promovam parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, tais como educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais, fundações e entidades religiosas (PINTO; SOARES, 2012). Cavalcanti e Cordeiro (2015) constataram em seu estudo que tal prática foi considerada aquém do ideal, pouco compreendida pelos profissionais, percebida como algo complexo e pouco praticada devido a outras atividades atribuídas à equipe e desvalorização das ações preventivas e promotoras de saúde.

O “Uso do sistema de informação” (Eixo IV) é uma das atribuições relacionadas à gestão que deve ser mais bem desempenhada pelos enfermeiros. O uso das informações para planejar e avaliar as ações da equipe se refere a metas e coberturas assistenciais, já que apenas 50% (10) referiram tal prática e a consideraram satisfatória (escore 4 e 5).

Para Senna e Andrade (2015), essa mesma realidade se faz presente em outras equipes de saúde da família, além da falta de capacitação e de treinamentos específicos para utilização dos sistemas priorizando a atualização de dados e produção de relatórios mensais. Em municípios gaúchos, 59,1% dos gestores utilizavam os dados do sistema para planejar as ações e o gerenciamento das unidades de saúde; 19,7% não utilizava dados para planejamento e 17,3% não analisava os dados (VIDOR; FISHER; BODIN, 2011).

A contribuição do enfermeiro deve ocorrer no sentido de capacitar a equipe e acompanhar o uso desta ferramenta, objetivando a garantia da veracidade dos dados para conhecer a realidade da população e desenvolver ações embasadas nas informações coletadas.

A “Gestão do cuidado na atenção básica e na rede assistencial” (Eixo V) foi apontada como um dos maiores desafios para se alcançar o cuidado longitudinal e a produção do cuidado. As ações relacionadas foram despontadas com baixo percentual de contribuição com a ESF, além de desconhecimento e dúvidas por parte dos enfermeiros em relação a elaboração de protocolos e fluxos para rede de serviços (07/35%), gestão da fila de espera (06/30%) e ações de vigilância e monitoramento do tratamento em outros pontos da RAS (05/25%).

A construção de protocolos e diretrizes da RAS sem a participação de profissionais da APS é considerado um dos grandes erros de gestão, resultando em rotinas pouco resolutivas e ausência de treinamento para atuação (ARAÚJO *et al.*, 2020). Sendo assim, a participação de todos os níveis de assistência aumenta a efetividade e qualidade das ações propostas de fluxos mais eficazes para o usuário da RAS.

Corroborando com outras pesquisas, embora conheçam os elementos da RAS, as ações dependentes de processos e princípios como Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e Integralidade (serviços disponíveis) foram apontados como um dos piores atributos na avaliação de serviços de APS avaliados em outros estudos (CASTRO *et al.*, 2012; BARRA *et al.*, 2020).

Para Ribeiro e Cavalcanti (2020), a complexidade do sistema e a variedade das ações desenvolvida, muitas vezes são realizadas sem que o profissional tenha consciência do significado delas. Considera-se necessário conhecer os elementos constitutivos da RAS para valorizar os sistemas de apoio e logístico. Em outra investigação foi demonstrado falhas na compreensão dos enfermeiros na identificação dos níveis de atenção à saúde e o conhecimento setores como elemento constitutivo (MOLL *et al.*, 2017).

Sendo assim, para garantir a gestão do cuidado no âmbito da RAS, somente o conhecimento não é necessário. A integralidade e a continuidade do cuidado serão garantidas mediante práticas interdisciplinares e organização de fluxos e itinerários na rede, rompendo com a fragmentação do cuidado. É preciso investir na formação desses sujeitos trabalhadores e gestores enquanto a atenção primária for protagonista desse cuidado.

5.3.2.2 Ações relacionadas à dimensão assistencial

No campo assistencial, as ações que atendem aos propósitos da ESF são desenvolvidas e reconhecidas pela maioria das ações preconizadas. As relacionadas ao “Cuidado domiciliar” (Eixo X), “Acolhimento a demanda espontânea” (Eixo XII), “Desenvolvimento da consulta de enfermagem” (Eixo XI), entre outras rotinas e atividades descritas do Eixo II, obtiveram os maiores percentuais e os melhores indicadores. Mas entre as ações de cada um dos eixos, foram apontadas diferentes atribuições que necessitam de melhor aproveitamento e desenvolvimento na prática, conforme será exposto adiante.

Entre as atribuições gerais, o eixo X, “Atenção integral e equânime ao indivíduo, família e coletividade”, obteve alto grau de contribuição das ações desenvolvidas e outros 94,1% correspondendo ao conhecimento dos enfermeiros. Observou-se os maiores percentuais nas ações de atenção à demanda programada e à demanda espontânea (20/100%), rotinas e ações dos programas de saúde pública (16/80%) e a prática do acolhimento com classificação de risco (18/90%).

De acordo com o significado dessas ações, o enfermeiro é o profissional que possui posição estratégica no sentido de assistir o indivíduo, acompanhando e monitorando na demanda programada ou espontânea, garantindo o acesso, identificando prioridades para o cuidado, promovendo a atenção integral, favorecendo o vínculo com a comunidade e proporcionando ações preventivas, sem prejuízo dos serviços curativos.

No entanto, identifica-se a necessidade de aprimorar o cuidado desempenhado para uma perspectiva mais integral, com foco comunitário e familiar, já que apenas 1/4 dos enfermeiros consideraram a necessidade de melhorar a abordagem do indivíduo nesses dois contextos. Em um estudo com usuários de uma unidade de saúde da família, os escores dos atributos da APS, “Orientação familiar e comunitária”, foram considerados insatisfatórios para uma atenção efetiva (REICHERT *et al.*, 2016), corroborando com os achados da presente investigação.

Tais atributos correspondem à abordagem em questão e são elementares para o fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde, além de permitir um

cuidado mais qualificado, frente às necessidades da família e comunidade e dada a importância da relação com os usuários (STARFIELD, 2002).

O “Desenvolvimento da consulta da enfermagem” (Eixo XI), segundo a opinião dos enfermeiros, obteve 77,5% das respostas nas faixas de maior contribuição. Cabe destacar que, entre as diferentes ações desenvolvidas na consulta, para 70% (14) dos enfermeiros a prática atende ao propósito de promover mudanças no estilo de vida com o máximo grau de contribuição.

Essa abordagem é um importante facilitador da adesão ao tratamento, pois um número substancial de clientes acaba abandonando o tratamento depois de alguns meses, seja em razão de vários fatores ligados a problemas financeiros ou de falta de informação sobre a importância da manutenção do tratamento. Tais orientações promoveriam minimizar as complicações crônicas e os impactos físicos, emocionais e sociais (CARVALHO et al., 2011).

Na opinião dos enfermeiros, a consulta de enfermagem no contexto dos programas de saúde pública e a rotina de solicitação de exames e prescrição de medicamentos foram consideradas adequadas, o que aponta outra contradição, mesmo havendo divergências ao que se preconiza.

A consulta de enfermagem contribui de forma significativa com a APS, pois ao acompanhar o indivíduo ao longo da vida, garante a longitudinalidade e a continuidade da atenção. Também amplia o acesso na tentativa de oportunizar o atendimento, não em substituição à consulta médica, mas complementando o cuidado em diferentes perspectivas de profissionais diferentes.

A “Participação do enfermeiro no acolhimento à demanda espontânea” (Eixo XII) também foi avaliada positivamente. Entre as ações analisadas, cabe destacar que 25% (05) dos enfermeiros desconheciam a atribuição de prescrição de medicamentos no contexto da demanda espontânea. Essa prática está legalmente assegurada desde a regulamentação da profissão, por meio da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986; BRASIL, 2017).

Ainda surgem discussões contrariando as bases legais da profissão e os documentos ministeriais, que também reconhecem esse papel de prescritor do

enfermeiro (MARTINIANO et al., 2015). É uma prática legal, mesmo que no âmbito da demanda espontânea, assegurada em diferentes contextos, tais como a estratégia de abordagem sindrômica das IST, na Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), entre outras condições agudas (BRASIL, 2016; CATANDUVA, 2019).

É necessário eliminar o conflito em relação a prescrição de medicamentos neste contexto, uma vez que, no cotidiano dos enfermeiros, eles assumem tal atribuição como função isolada e sem respaldo legal, articulando com o médico a prescrição do medicamento para atender a necessidade do indivíduo, e assim caracterizando uma prática fragmentada e sem legitimidade.

Na perspectiva da abordagem integral e com a finalidade de ampliar a resolutividade garantindo cuidado equânime utilizando os recursos e práticas disponíveis na APS, nem sempre as ferramentas e os recursos disponíveis são utilizados pelas equipes, sobretudo no que se refere a novas abordagens, na tentativa de ampliar o cuidado e a resolutividade.

Em relação à racionalidade em saúde e o desenvolvimento de práticas integrativas e complementares, 20% (04) dos enfermeiros não as realizam e 25% (05) as consideram satisfatórias. Apesar de serem institucionalizadas no SUS, considera-se escasso esse conteúdo no processo de formação dos profissionais, que deixam de buscar novas formas de satisfazer as necessidades dos clientes/usuários. Vêm de uma formação acadêmica influenciada pelo modelo biomédico, o qual, muitas vezes, prioriza a tecnologia e a segmentação do cuidado, excluindo outras estratégias e práticas de produzir saúde (CALADO et al., 2019).

As ações que correspondem a “Atenção às condições crônicas no âmbito da APS” (Eixo XIII) obteve o pior escore médio (2,96). A estratificação e classificação de risco considerando os aspectos psicobiológicos de indivíduos e famílias é uma das ferramentas amplamente utilizada na abordagem clínica das condições crônicas. Contudo, sua prática nem sempre ocorre, e 25% (05) dos enfermeiros não as conhecem (MENDES, 2015). Já o projeto terapêutico singular, outra atribuição a qual outros 25% (05) também não as desenvolvem, é definido como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da

discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e com apoio matricial (BRASIL, 2017).

Tais ferramentas são essenciais na prática assistencial e no cuidado desempenhado pelas equipes, seja para planejar a assistência ou para programar as ações, principalmente às famílias mais vulneráveis. O enfermeiro pode fazer uso dessas ferramentas durante as visitas domiciliares, ao desenvolver as consultas de enfermagem e no planejamento das ações em equipe, assim aumentando a capacidade resolutiva de dar resposta às necessidades de saúde da população e na atenção às condições.

Cabe destacar que essas são ferramentas específicas para a prática clínica da APS. Quando tratando de equipes de ESF, tais práticas deveriam ser garantidas para instrumentalizar o trabalho e tornar as ações mais efetivas e resolutivas na perspectiva da integralidade.

Considerando o cuidado e a assistência no domicílio e nos espaços e instituições presentes no território (Eixos III e X), a maioria das ações analisadas foram consideradas satisfatórias, seja em relação às atribuições gerais ou às atribuições específicas. Para a maioria dos enfermeiros, as ações e rotinas das ações programáticas realizadas no domicílio são consideradas satisfatórias, pois atendem plenamente aos propósitos da ESF.

Sendo assim, garantir que as rotinas das ações programáticas se estendam ao ambiente domiciliar, o atendimento integral é garantido desde orientações, ações de educação em saúde e atendimentos programados, pontos que são essenciais para a garantia de assistência longitudinal e integral aos pacientes crônicos ou na atenção aos ciclos vitais. Para isso, as ações diversas devem orientar-se por eixos estruturantes, como a longitudinalidade, a integralidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Cabe destacar que um menor percentual de respostas considerou a necessidade de aprimorar a prática de cuidado domiciliar, correspondendo a 8,0% (08) para atribuições gerais e 13,8% (11) para atribuições específicas. É importante refletir sobre os fatores que podem interferir na qualidade do cuidado e que podem ocasionar prejuízo ao modelo adotado pela ESF.

A insuficiência de tempo e a falta de preparo profissional foram apontadas pela literatura como uns dos fatores que influenciavam na qualidade da visita. Muitas vezes, não utilizam o domicílio como espaço para melhorar a qualidade da assistência ou como ambiente de intervenção, não compreendem a importância do território como espaço de diversas moradias e visualizam a família como mera receptora e/ou fornecedora de informações (SOSSAI e PINTO, 2010).

O cuidado desempenhado no território amplia o acesso da comunidade aos serviços de saúde e aumenta a resolutividade da equipe, pois aproxima-os dos problemas que a equipe não consegue intervir na unidade de saúde. Para melhorar essa prática, é necessário buscar compreender as relações entre os indivíduos, entendendo de que maneira é possível contribuir para a evitar processos de adoecimento e promover a saúde dos membros (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015).

Ainda com relação às ações desempenhadas no território, apesar da maioria das ações alcançarem percentuais satisfatórios, nota-se desafios a serem superados e algumas práticas a serem incorporadas por todos os enfermeiros. As ações consideradas parcialmente satisfatórias foram: cuidado realizado nos espaços do território (igrejas, escolas e associações), seja em equipe ou individual, e visita de urgência conforme prioridade intervenção para melhorar a dinâmica das relações familiares.

Com base nos saberes de Santos e Rigotto (2011), as equipes devem assumir o território de referência e contribuir por meio de intervenções clínicas e sanitárias com ações no âmbito domiciliar, além do cuidado em espaços comunitários e visitas nas diferentes instituições, desempenhando ações individuais e coletivas, curativas e preventivas.

Além de acompanhar as famílias, pelo princípio da adscrição da clientela, a equipe deverá se responsabilizar pelo cuidado de moradores de outras instituições e outros equipamentos sociais. Contudo, essa prática alcançou um dos piores percentuais, apenas 20% (04) de enfermeiros que referem realizar e 50% (10) que consideram ser sua atribuição. Quando há moradores em estabelecimentos especiais considerando sua vulnerabilidade, a atuação da equipe de APS é fundamental para avaliar a situação, no que for compatível com esse nível de

atenção ou, até mesmo, acionar outros setores de assistência social (BRASIL, 2020).

Considerando essas e outras situações, o princípio da territorialização e adscrição das famílias não vem sendo garantido em sua totalidade, podendo ser resultado de dúvidas em relação aos limites da responsabilidade sanitária diante de outros tipos de moradia e diferentes finalidades de atendimento.

5.3.2.3 Ações relacionadas à dimensão ensino em saúde, vigilância em saúde e equipe multiprofissional

As ações de “Vigilância em saúde, educação em saúde e prevenção de doenças” (Eixo VIII), no geral, obtiveram as melhores pontuações (escore 4 e 5), e somente 6,7% (04) das respostas correspondem à prática que não estava com o desenvolvimento adequado. Este elevado percentual justifica-se pela essência do processo de trabalho na APS e por ser um dos princípios fundamentais da ESF.

Vale destacar que para as ações de prevenção de doenças e educação em saúde alcancem seu potencial máximo, deve haver empoderamento do indivíduo e diálogo com valorização da individualidade de cada ser, assim rompendo com o modelo biomédico e utilizando vocabulário adequado para população (BEZERRA et al., 2014).

O “Trabalho com grupos e as ações coletivas de educação em saúde” (Eixo XIV) obtiveram percentuais satisfatórios, mas é importante observar que, apesar das ações serem desenvolvidas, nem sempre os enfermeiros avaliam junto à equipe o impacto das atividades. Conforme constatado ao descreverem as rotinas, as atividades poderiam ser mais bem aproveitadas, com recursos e metodologias mais adequadas, superando o modelo centrado na doença com transmissão de informações.

As ações poderiam ser para um público mais variado e ampliado, e não apenas para portadores de doenças crônicas ou necessidades dos ciclos vitais; os recursos existentes no território deveriam ser utilizados.

Sendo assim, o desenvolvimento de grupos de educação em saúde não deve ser percebido pela equipe como apenas mais uma atividade a cumprir, por estar nas prerrogativas da PNAB. Esse modelo pretende trabalhar com a responsabilização da equipe de saúde, identificar as necessidades da comunidade, avaliar a qualidade das ações e reorientar as ações mediante os erros obtidos (ALVES e AERTS, 2011).

Muitas vezes, as equipes planejam e executam em conjunto as ações voltadas para a coletividade (grupos, campanhas entre outras), mas não avaliam o processo desenvolvido (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013; FARIAS et al., 2018). Esses desafios podem ser superados com estratégias como reuniões periódicas de equipe, valorização de cada de seus integrantes, vínculo entre os profissionais e capacitação.

Por último, no que se refere ao desenvolvimento das ações interdisciplinares, a prática de educação permanente e do projeto terapêutico singular já foi apontada como uma das ações as quais deve ser fortalecida. Somente a reunião de equipe alcançou percentuais mais promissores quanto à contribuição das ações com a ESF de forma plena.

Considerando que um dos pilares da atuação da ESF é o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade pode ser um caminho para integrar o conhecimento na busca pela integralidade da atenção, o qual exige a integração não somente de saberes, mas também de práticas, integrando as disciplinas e as profissões delas decorrentes, concretizando, ao final, a íntima relação entre conhecimento e ação (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

5.3.2.4 Ações relacionadas à participação política

Por fim, o eixo IX, que corresponde a “Participação popular e controle social”, obteve 85% (51) de respostas indicando que o enfermeiro se vê como responsável pelas ações, mas nem sempre as praticam. Foi um dos eixos com maior diferença entre o que se tem de conhecimento e o que se pratica.

É de responsabilidade do profissional de APS promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados constituídos de

gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2017).

Participar politicamente é uma das cinco dimensões do processo de trabalho do enfermeiro. Para transformar a realidade, é preciso atuar sobre o objeto da participação política, que é constituído pela força de trabalho em enfermagem e sua representatividade social (SANNA, 2007).

O enfermeiro pode ser considerado o profissional que contribui para que o usuário exerça sua cidadania e pode desempenhar um papel singular na defesa do direito à saúde e do direito à vida e em conjunto com os usuários. Também pode auxiliar no processo de empoderamento dos sujeitos, para que se tornem usuários ativos e corresponsáveis pelo autocuidado e pelos próprios direitos (VENTURA et al., 2012). Geraldi (2013) constatou que os enfermeiros possuem pouco conhecimento acerca da definição do Controle Social e na maioria das vezes não relacionam a enfermagem como sendo um sujeito participante e provedor desse direito.

Por último, cabe destacar que o controle social, além de ser uma diretriz do SUS, é um direito por conquista da população e uma atribuição dos profissionais da saúde. Recomenda-se, portanto, criar espaços colegiados em nível local, como por exemplo a criação de conselhos gestores de unidades de saúde.

5.3.2.5 Fatores que influenciam o desenvolvimento da prática.

Ao considerar os fatores que interferem no desenvolvimento das ações de enfermagem na ESF, as características do ambiente de trabalho foram apontadas como um dos inúmeros fatores que determinam o aumento da sobrecarga de atividades, além da falta de recursos humanos e materiais e as condições precárias de infraestrutura. Outro estudo aponta para a existência desse mesmo cenário, uma vez que diferentes problemas relacionados às condições ocupacionais têm forte relação com o excesso de demanda e com o ambiente de trabalho (PIRES et al., 2011).

A rotina gerencial também foi uma das condições que o enfermeiro vivencia e que limita o desenvolvimento de atividades, como por exemplo as ações do campo assistencial e as ações de promoção da saúde. A sobrecarga distancia o enfermeiro do cuidado e de ações que lhe são próprias. Tais dados corroboram com outros estudos, que apontam as atividades burocráticas inerentes à gerência da unidade de saúde. São aquelas que consome a maior parte da jornada de trabalho (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011).

No campo assistencial, a sobrecarga caracteriza-se pelo excesso de demanda espontânea. Isso pode resultar em avaliações rápidas, prejudicando a qualidade do atendimento ou até mesmo o tempo que poderia ser destinado à agenda de demanda programada. Outra pesquisa, com enfermeiros de ESF, revelou que a equipe os direciona todos os atendimentos, principalmente por conta da baixa resolutividade por parte da equipe (BRAGHETTO et al., 2019)

Há fatores que impedem a realização da prática assistencial e que corroboram com o que a literatura aponta. São eles: a falta de reconhecimento do trabalho clínico do enfermeiro no âmbito da organização e gestão dos serviços; falta de espaço físico e qualificação para a consulta de enfermagem nas diversas áreas do escopo da APS; inexistência de apoio técnico e supervisão para a prática clínica da enfermagem e falta de protocolos assistenciais claros e bem definidos (FERREIRA; PERRICO; DIAS, 2018).

Embora a enfermagem seja essencial para o acesso e funcionamento dos serviços de saúde na APS, ainda persistem desequilíbrios entre a oferta e disponibilidade nos serviços de saúde, na distribuição, composição, qualificação e produtividade desses profissionais, resultando em sobrecarga de atividades pelo enfermeiro (PIRES et al., 2016).

Uma alternativa é a implantação de equipes de apoio, qualificação do trabalho multiprofissional e melhora da resolutividade das equipes, com treinamentos e elaboração de protocolos para melhor abordagem no atendimento da demanda espontânea, assim possibilitando aos enfermeiros da ESF o desempenho de atividades específicas.

Executar o trabalho na tentativa de superar as dificuldades do dia a dia, somado ao fato de trabalhar com falta de recursos materiais e humanos em um

ambiente de sobrecarga de tarefas, pode ocasionar no descontentamento com a profissão. Afinal, desempenhar atribuições não previstas pelo exercício profissional acaba por resultar em estresse e sobrecarga mental do trabalhador (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

CONCLUSÃO

O presente estudo constatou que os enfermeiros estavam comprometidos e envolvidos com seu processo de trabalho, exceto quanto às dimensões de participar politicamente e pesquisa; a maioria das ações se baseavam nas atribuições preconizadas pela PNAB.

O sexo feminino foi o majoritário (90%) entre os participantes, entre os quais a maioria estava na idade de pleno desenvolvimento profissional, compreendendo a faixa etária de 31 a 35 anos (50%). A maior parte (55%) não tinha formação específica para atuar na área de Saúde Coletiva ou Saúde da Família, mas possuíam experiência na área de atuação de no mínimo dois anos (90%) e com predomínio entre 6 e 10 anos (45%) de atuação profissional.

Os enfermeiros assumem múltiplas funções de caráter gerencial, na organização e programação dos serviços de saúde, coordenação e supervisão de equipe ACS e de auxiliares de enfermagem. Em sua maioria, são realizadas diariamente, de acordo com as recomendações da PNAB e do Ministério da Saúde.

Na dimensão assistencial, a consulta de enfermagem é a atividade que os enfermeiros mais se dedicam, porém é necessário ampliar o público-alvo e reprogramar essa atividade para atender as recomendações preconizadas pelos programas de saúde pública.

Com relação aos grupos educativos, os parâmetros de programação local estavam abaixo das recomendações do Ministério da Saúde e a prática estava baseada em estratégias pouco efetivas, com ênfase na transmissão de informações, ao contrário da abordagem mais participativa. A educação permanente também foi considerada insuficiente pela baixa frequência e por caracterizar a prática por orientações pontuais e atualizações técnicas, desconsiderando situações reais da prática e a participação de toda a equipe.

A equidade foi o único princípio em que as ações eram consideradas efetivas por 100% dos enfermeiros, considerando o grau máximo de contribuição das ações. Já com relação às diretrizes de coordenação do cuidado e ordenação da rede, é necessário avançar na efetividade das ações no que diz respeito à integração dos

serviços de saúde em seus diferentes níveis, como a coordenação do cuidado e ordenação da rede.

Ademais, visando alcançar a efetividade dos princípios e diretrizes da APS, o maior desafio foi constatado pela ausência de participação política e comunitária, pois apenas 5% (01) dos enfermeiros consideram que sua prática está satisfatória em relação às diretrizes de participação popular.

Os enfermeiros não reconheciam todas as atribuições preconizadas pela PNAB, muito embora alcançaram elevados percentuais de 89,3% e 94,0% de respostas corretas no que se referem, respectivamente, às atribuições gerais e específicas. Entre as 62 ações analisadas, aquelas que obtiveram grau máximo de contribuição estavam relacionadas à atenção na demanda programada e demanda espontânea (II.A), visitas e atendimentos domiciliares (III.C) e acolhimento à demanda espontânea (XII.A, XII.B e XII.D).

Um número expressivo de atribuições gerais (24) e específicas (17) que o enfermeiro conhecia não eram realizadas, correspondendo respectivamente a 7% e 8% do total de respostas obtidas.

Atribuições essenciais foram consideradas ausentes ou insuficientes por um percentual significativo de enfermeiros, com as quais dialogam com a territorialização, intersetorialidade, responsabilização sanitária, planejamento e informação em saúde, interdisciplinaridade e trabalho em equipe e coordenação do cuidado em rede.

Outras atribuições específicas que apresentaram os piores percentuais de conhecimento foram a prática clínica em relação à consulta de enfermagem, elaboração de normas e rotinas e atividades de imunização.

A dicotomia entre o saber e o fazer revelou que os fatores que dificultam o cumprimento das atribuições são conjunturais e, na grande maioria das vezes, relacionam-se com as condições do ambiente de trabalho, fatores inerentes ao profissional, relação e comunicação com a gestão e rotinas institucionalizadas.

Entre os principais dificultadores do campo prática, foram apontados a sobrecarga de atividades (75%), a ausência de protocolos institucionais (50%), a

dificuldade de comunicação com a gestão (45%) e o acúmulo de funções as quais não são atribuições do enfermeiro (30%).

Sendo assim, de acordo com os resultados obtidos, o desafio é assumir o compromisso em garantir que a característica e qualidade do processo de trabalho sejam realizadas de acordo com os princípios e fundamentos propostos pela ESF, e de que o enfermeiro não perca a essência da profissão ao tentar solucionar todas as deficiências do campo prático, nem ao superar os desafios da saúde pública.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a complexidade do processo de trabalho na APS e as especificidades da ESF, não se pretende aqui apresentar conclusões fechadas e reflexões limitadas. Isso se dá por acreditar que muito ainda há a ser explorado a respeito do tema em questão.

É inegável a contribuição do enfermeiro e seu papel estratégico na equipe da ESF, bem como seu comprometimento profissional. A maior limitação da prática do enfermeiro não se refere ao número de atividades e ao quantitativo de atividades que executam, mas sim a como e quais são executadas. Não basta conhecer e desenvolver as atribuições preconizadas sem refletir acerca da contribuição das ações com os propósitos da ESF, princípios e diretrizes do SUS.

Mesmo que a maioria das atribuições contribuam com os propósitos da ESF, esperava-se resultados mais promissores quanto ao percentual de conhecimento e desenvolvimento das ações, principalmente sobre as atribuições específicas de processo de trabalho na ESF. Considerando o perfil experiente e que a maioria possuía formação na área de atuação, é preciso repensar se o processo de formação do profissional generalista atende as necessidades da APS e se os especialistas adquirem formação diferenciada para atuar no referido modelo.

Por se tratar de um profissional que reúne conhecimento interdisciplinar, ao assumir a gestão dos serviços de saúde, o enfermeiro deve aprimorar seu conhecimento sobre coordenação de equipes e gerenciamento de ações em nível primário. Assim, garante que a função gerencial seja desenvolvida de forma sistematizada e facilitadora do seu processo de trabalho, evita a sobrecarga de atividades e amplia o potencial resolutivo das equipes, coordenando as ações e processos necessários.

Ficou evidente também que por forças políticas, institucionais, contextuais e até mesmo para superar a precariedade dos serviços de saúde, os enfermeiros deixavam de desenvolver seu trabalho para solucionar as demandas do serviço e atender as necessidades da comunidade, desenvolvendo atribuições sem respaldo ético. Evidencia-se aqui a necessidade de mudanças no seu processo de trabalho

para atender o que se preconiza e se reconhecer como agente transformador das práticas de saúde, refletindo sobre sua atuação para superar os desafios da prática.

Ao mesmo tempo que o contexto da prática se configura como desafiador, na literatura consultada a sobrecarga é um dos fatores que determinam a não realização de uma atribuição em detrimento de outra. Essa realidade não caracteriza o enfermeiro como um profissional que negligencia o cuidado, mas sim seleciona as ações conforme as possibilidades.

Novos estudos e reflexões acerca do quantitativo das atribuições preconizadas poderá trazer respostas que repensariam se o que se preconiza não estaria distante de ser alcançado, não pelos limites da prática, mas sim pelos limites de uma realidade a ser implementada, tendo em vista que cada vez mais a equipe e o enfermeiro assumem novas responsabilidades e que a sobrecarga de tarefas poderá ocasionar descontentamento com a profissão, além de sobrecarga física e mental do trabalhador.

Outro aspecto relevante em relação ao acúmulo de funções é que mesmo com a sobrecarga de atividades e a necessidade de superar a dicotomia entre o saber e fazer, é necessário pensar para além da prática preconizada a maneira com que o profissional faz a gestão das suas funções e dos processos que acarretam sobrecarga.

Importante destacar que, em relação à análise e avaliação das ações desenvolvidas e ao impacto e a contribuição dessas funções na ESF, o estudo apresentou limitação uma vez que os dados foram extraídos a partir de relatos dos enfermeiros. Portanto, a percepção e compreensão dos enfermeiros em relação ao que se considera ideal pode ter sido superestimado nas respostas em relação ao que se desenvolve.

Contudo, o estudo teve sua importância ao demonstrar o quanto ainda é necessário aprimorar sobre o processo de trabalho do enfermeiro na APS, para que possa contribuir com práticas de cuidado específico e com qualidade do processo de trabalho do enfermeiro.

Para melhor compreender esse cenário e responder o quanto a prática vem sendo efetiva, novos estudos mais detalhados se fazem importantes para avaliar o

impacto da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros no resultado das ações realizadas e também conhecer quais são as competências e habilidades desenvolvidas em atividades específicas.

Por fim, é preciso reconhecer que, embora ainda haja um caminho a percorrer para ir de encontro à prática ideal, o processo de trabalho do enfermeiro apontou características que podem contribuir com os princípios e diretrizes no campo da saúde coletiva. Também vale reconhecer que mesmo com os desafios a serem superados, já há indícios de contribuição com a garantia de direitos de acesso a saúde e contribuição com o fortalecimento da ESF.

REFERÊNCIAS

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, out./dez. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n59/905-916/>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26827>>. Acesso em: 10 set. 2021.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política nacional de atenção básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Pública**. Washington, v. 42, e180, oct. 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49559/v42e1802018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Pública**. Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?lang=pt#:~:text=A%20coordena%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20pela,de%20sa%C3%BAde%20e%20no%20territ%C3%B3rio.>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63015361030>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ARAGÃO, Roberta Farias et al. Percepções e conhecimentos da equipe de enfermagem sobre o processo de imunização. **Rev Bras Promoç Saúde**. [S.l.], v. 32, n. 8809, p. 1-8, ago. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8809>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ARAUJO, Juliane Pagliari et al. Avaliação dos atributos essenciais da atenção primária à saúde da criança. **Rev Bras Enferm**. [online], 2018, v. 71 (suppl 3), p. 1447-1454, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/46TyRwg84HzMRVmKsSTDv5d/?lang=en#>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

ARAÚJO, Márcia Cristina Cid et al. Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado. **Cogitare enferm.** Rio de Janeiro, v. 25, e71281, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71281/pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2021.

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-papel-profissional-do-enfermeiro-no-sistema-unico-de-saude-da-saude-comunitaria-a-estrategia-de-saude-da-familia/4943>>. Acesso em: 25 maio. 2021.

BARBOSA, Débora Cristina Modesto; FORSTER, Aldáisa Cassanho. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 424-33, 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/106>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BARBOSA, Flávia Isabela et al. Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste mineiro **REME - Rev Min de Enferm.** Minas Gerais, v. 14, n. 2, p. 195-203, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/106>>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BARRA, Jhayne Fonda et al. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na perspectiva de enfermeiros. **Research, Society and Development.** Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, e6319109075, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9075>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 25, n.1, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGb5mXkMnHTHYkzVPv/?lang=pt#>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BARTH, P Priscila Orland et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 16, n. 3, p. 604-611, jul./set. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22020/17542>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva.** São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, set. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/spp/a/FW6BPGx3MvRhB4zGD7cnBxD/?lang=pt#>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro et al. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Journal of Human Growth and Development.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 255-262, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n3/pt_04.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

BOHUSCH, Gláucia. **Práticas de enfermeiros no atendimento à demanda espontânea em equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. Orientadora: Prof^a. Dra. Sonia Acioli de Oliveira. 2019. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **RRAS 17 – DRS Taubaté (Regiões de Saúde: Alto Vale do Paraíba, Circuito Fé- V. Histórico, Litoral Norte e Vale do Paraíba Região Serrana)**. São Paulo. 2014. 28p. Disponível em: <<http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/boletinsRaas/Boletim-RRAS17.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BRAGHETTO, Gláucia Tamburú Braghetto et al. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. **Caderno Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 420-426, oct./dec. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/RzQH666DRkjNjnhvf9MYwFh/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 25 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 25 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agente comunitário de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 37p.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 110p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 290p. 2 v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 124p.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 230p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 set. 2021.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Diretrizes para elaboração de protocolos na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais**. Brasília: COFEN, 2018. 16p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção domiciliar na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020, 98p.

CAÇADOR, Beatriz Santana et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME - Rev Min de Enferm**. Minas Gerais, v. 19, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

CALADO, Raíssa Soares Ferreira et al. Ensino das práticas integrativas e complementares na formação em enfermagem. **Rev enferm UFPE**. Recife, v. 13, n. 1, p. 216-217, jan. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237094/31170>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, jun. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/N8Ds5szdFzY4z96PNyNQMVh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

CARVALHO, Anthonia Katilianna Maciel de et al. Consulta de enfermagem na percepção dos portadores de hipertensão atendidos na estratégia saúde da família. **REME - Rev Min de Enferm**. Minas Gerais, v.15, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/43>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

CARVALHO, Arethusa de Melo Brito et al. Fatores motivacionais relacionados à escolha pela graduação em Enfermagem. **J. Health Sci. Inst**. São Paulo, v. 33, n. 1, p. 56-62, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V33_n1_2015_p56a62.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

CARVALHO, Gilson. A Saúde Pública no Brasil. **Saúde Pública • Estud. av.** São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/mBWvG8FFRZdQQWnZkBg4MDc/?lang=pt>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CATANDUVA. Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva. Associação Mahatma Ganchi. **Protocolo de enfermagem - Atenção à demanda espontânea.** Catanduva, SP, 2019. Disponível em: <<https://observasaudecatanduva.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Protocolo-de-Enfermagem-Atencao-a-Demanda-Espontanea.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2021.

CAVALCANTI, Alana Diniz; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. As ações intersetoriais na estratégia de saúde da família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na atenção básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-9, out./dez. 2015. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1059/744>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; CAMELO, Sílvia Helena Henriques; LAUS, Ana Maria. Mobilizando competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 13, n. 4, p. 594-596, dez. 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13406>>. Acesso em: 15 maio 2021.

COATTO, Aline; TRALDI, Maria Cristina. Competências gerenciais do enfermeiro na atenção primária. **Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 8, n. 52, p. 180-186, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/842/84219781005.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

COREN-DF. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. **Parecer Técnico nº 04/2019.** Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/04/parecer-tecnico-n_04_2019-controle_de_medicamento.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

CORRÊA, Áurea Christina Paula et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 14, n. 1, p. 171-180, mar. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12491>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, oct./dec. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gXKyw3Jsx4RsTvrLdGwBCsp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

COSTA, Simone de Melo et al. Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas equipes de saúde da família. **Arq Odontol.** Belo Horizonte, v. 49, n. 2, p. 66-74, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v49n2/a03v49n2.pdf>>. Acesso em: 10 de mar. 2021.

COSTA NETO, Milton Menezes da (Org.). **A implantação da unidade de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 42p.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços De Saúde.** Viçosa, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 07 de mar. 2021.

ESPERÓN, Julia Maricela Torres. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Escola Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170027, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/6c6QJ6BLDW3YRjFzfXwMMkC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 de jun. 2021.

FARIA, Liliam Saldanha; BERTOLOZZI, Maria Rita. A vigilância na atenção básica à saúde: perspectivas para o alcance da vigilância à saúde. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v. 44, n. 3, p. 789-795, set. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MqLWJKPDrm4jm7pw7FGGrCZx/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; KOVACS, Maria Helena; SARINHO, Silvia Wanick. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da estratégia saúde da família. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-527, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/cyW8bzc7CXQYKwjPLZb9TQL/?lang=pt>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1541-1552, sept./oct. 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/630/63012430025.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

FERNANDES, Marcelo Costa et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm.** [online], v. 63, n. 1, p. 11-15, fev. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/QcKg3sPJ8Fd7hpyR7Zt6tsf/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FERREIRA, Maria Evanir Vicente; SCHIMITH, Maria Denise; CACERES, Nilton Carlos. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de

equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ChJTkqmHvMdG7T3sVVyDDJr/?lang=pt#>>. Acesso em: 01 ago. 2021.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Rev Bras Enferm**. [online], v. 71, p. 752-757, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 de mar. 2021.

FERREIRA, Vanessa Duque et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em um município mineiro. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160104, nov. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/gbGpj4s7q7fHYPGhMV3Yysb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 20 de mar. 2021.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt>>. Acesso em: 01 ago. 2021.

FIGUEIREDO, Nadja Oliveira; PORTO JUNIOR, Francisco Gilson Rebouças. Políticas públicas de saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica brasileira. **Revista Desafios**. Tocantins, v. 4, n. 1, p. 21-31, jan. 2017. Disponível em: <<https://betas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/3148?articlesBySameAuthorPage=3>>. Acesso em 23 de mar. 2021.

FIRMINO, Anilson Augusto et al. Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de Minas Gerais. **Saúde (Santa Maria)**. Santa Maria, v. 42, n. 1, p. 49-58, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312867090_atuacao_de_enfermeiros_na_estrategia_de_saude_da_familia_em_um_municipio_de_minas_gerais>. Acesso em: 03 ago. 2021.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 89-98, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/8QsxZbDLnCWVBN6zQVwjbXl/?lang=pt>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

GERALDI, Ana Paula Geraldi et al. Percepção dos profissionais enfermeiros acerca do exercício do controle social. **Revista de Enfermagem**. Frederico Westphalen, v. 8, n. 8, p. 55-56, 2012. Disponível em:

<<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/download/475/864>>.
Acesso em: 12 jul. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, 23p.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?lang=pt#>>. Acesso em: 03 jun. 2021.

GOI, Eliane et al. Demanda espontânea em uma estratégia da saúde da família: uma experiência vivenciada. In: XVIII Jornada de Extensão - Ciências da Saúde, 2017, Rio Grande do Sul. **Anais eletrônicos...** Rio Grande do Sul: UNIJUÍ, 2017. Disponível em: <<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/7649>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

GOMES, Maria Fernanda de Pereira; FRACOLI, Lislaine Aparecida; MACHADO, Bruno César. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015. Disponível em: <http://www.saocamilos-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2021.

GUERRERO, Patricia et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/Jt8dZFCrD8Fj684M8grt95Q/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA. Home. **História**. Taubaté, 2021. Disponível em: <<http://hospitalregional.org.br/institucional/historia/#>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Home. **Cidades e Estados**. Ano de referência 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>>. Acesso em: 02 de fev. 2021.

JONAS, Lucélia Terra; RODRIGUES, Hugo Cardoso; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues. A função gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família: limites e possibilidades. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 28-38, jan./mar. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14656/7849>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

KAHL, Carolina et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 52, e03327, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SqwXTp7RJYYnh54rRLXHCrC/abstract/?lang=pt#>>
 . Acesso em: 14 fev. 2021.

KALINOWSKI, Carmen Elizabeth et al. Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros. **S A N A R E - Revista de Políticas Públicas**. Sobral, v. 11, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/260>>. Acesso em: 03 maio 2021.

LEITE, Jéssyca Andrade et al. Efetividade dos princípios do sistema único de saúde na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 2, n. 2, abr./jun. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16250/8372>>. Acesso em: 03 maio 2021.

LIMA, Aline Maciel Vieira et al. Supervisão de trabalhadores de enfermagem em unidade básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 577-593, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/TVns43CDj9L9vMBqGMJFf3H/?lang=pt#>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

LINARD, Andrea Gomes et al. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 114-120, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rge/f/a/ppkf94qZ65nzkcFtWdcbMJr/?lang=pt#ModalArticles>> . Acesso em: 28 mar. 2021.

LUCENA, Daniele Beltrão de Araújo et al. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39, e2017-0068, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rge/f/a/VXyTrvZY5K9p8nW3JGD4ntL/abstract/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRAGA MACEDO, César Roberto. Saúde Pública. Unidades Didáticas de la ENS Políticas de Saúde e Sistema de Saúde do Brasil, 2015.

MACHADO, Maria Helena et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. **Enferm. em Foco**. [S.l.], v. 6, n. 2/4, p. 15-27, 2016. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687/297>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MACHADO, Maria Helena et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. em Foco**. [S.l.], v. 6, n. 1/4, p. 15-27, 2015. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MAFFACCIOLLI, Rosana; LOPES, Marta Julia Marques. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência**

& Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.16, p. 973-982, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tkXBd7KhYbPQ5B5HYmV4P8v/?lang=pt#>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MAGALHÃES, Roberta Viegas; VIEIRA, Lúcio José. Os desafios da prática do enfermeiro inserido no programa saúde da família. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 563-569, out. 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341765008.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MARINHO, Cristiane da Silva; BISPO JUNIOR, José Patrício. Supervisão de agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família: entre controle, apoio e formação. **Physis.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300328, nov. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/WtkgYMh68zXTQdywKLhwxLp/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, dec. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Zxkhs9j54x6T4J5hRfwfp9P/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 07 mar.2021.

MARTINIANO, Claudia Santos et al. Legalização da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no brasil: história, tendências e desafios. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 809-817, set. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/wgJMDkGsN4QtX8LYpRdGHkF/?lang=pt>>. Acesso em: 04 jul. 2021.

MATUMOTO, Silvia et al . A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, jan./fev. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/cMqtYP4XYqDCyDw94qD4Bhb/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 04 jul. 2021.

MEIRA, Maria Dyrce Dias; KURCGANT, Paulina. Avaliação de curso de graduação segundo egressos. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v. 43, n. 2, p. 481-485, jun. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wP3QK8xNb4BtD8VFZPGdvqK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 maio 2021.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 42, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193p.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Caderno Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, apr./jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/V7H7r9pQ5Fzt3MzpFngDtMm/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MENESES, Marilyse de Oliveira et al. Processo de territorialização realizado em unidades básicas de saúde sob o olhar da enfermagem. **Braz. J. Surg. Clin. Res. Paraná**, v. 26, n.2, p. 33-37, mar./maio 2019. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140942.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2021.

MOLL, Marciana Fernandes et al. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Rev enferm UFPE**. Recife, v. 11, n. 1, p. 86-93, jan. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11881/14338>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

MORENO, Camila Amaral et al. Atribuições dos profissionais de enfermagem na estratégia de saúde da família, uma revisão das normas e práticas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. [S.l.], v. 19, n. 3, p. 233-240, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/23355/15075>>. Acesso em 23 de mar. 2021.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, jan./mar. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

OGATA, Márcia Niituma; FRANÇA, Yaisa. Atuação do auxiliar de enfermagem na estratégia saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 506-511. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/wCPFCZMy9v5mCt7rrNWR6qB/?lang=pt#>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

OLIVEIRA, Déborah Raquel Carvalho de et al. Avaliação da consulta de enfermagem aos pacientes com tuberculose na atenção primária à saúde. **Rev. Eletr. Enf. Goiânia**, v. 18, mar. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/32593>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

OLIVEIRA, Maria Mônica de; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 765-779, nov. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bfrfYGgXh9hkTgV5JgQDNpN/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1015-1021, dec. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/f5xZT93X3GfHXDTh77z9wvs/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, jan./mar. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/abstract/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

PAULA, Marcilene de et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **REME - Rev Min de Enferm.** Minas Gerais, v. 18, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/939>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** São Paulo: COREN-SP, 2015. 50p.

PINTO, Bruna Knob et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **REME - Rev Min de Enferm.** Minas Gerais, v. 16, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/552>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/FnLzXDCBdWRpPSvrN4mMBCz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v. 45, p. 1710-1015, dec. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JJVCQsCTQRMFdhTcPTbs9wz/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

PONTE, Carlos Fidelis; REIS, José Roberto Franco; FONSECA, Cristina Maria Oliveira. **Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?** In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010. p. 111-150.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ. **Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos – PMGIRS**. Taubaté, SP. 2013. Disponível em: <<https://smastr16.blob.core.windows.net/cpla/2017/05/taubate-vol.-1.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ. Home. **Secretaria de Saúde**. Ano de referência 2017. Disponível em: <<https://taubate.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

RAMOS, Cinara da Silva et al. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado E Saúde**. Maringá, v. 8, p. 85-91, abr. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva et al. Orientação familiar e comunitária na atenção primária à saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n1/119-127/#>>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ROCHA, Bárbara Souza **Enfermeiros do Programa de Saúde da Família coordenadores de equipe: perfil profissiográfico, técnico e interpessoal** Orientadora: Denize Bouttelet Munari. 2008. 104f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás.

SALES, Orcélia Pereira et al. Gênero masculino na enfermagem: estudo de revisão integrativa. **Revista Humanidades e Inovação**. Palmas, v.5, n. 11, p. 277-288, dez. 2018. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1014>>. Acesso em: 18 jun. 2021.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXvNrTKphp/abstract/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SORATTO, Jacks et al. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-7, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/872/681>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos

serviços. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280206, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/GNjxJkJFNrHNxGVBNSdjMFJ/abstract/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NxLM758P8PyYpZZyHdqWNMD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SENNA, Monique Haenscke; ANDRADE, Selma Regina de. Indicadores e informações no planejamento local de saúde: a perspectiva dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 950-958, oct./dec. 2015. Disponível em: <[scielo.br/j/tce/a/5SbwCdBBRHCDgkK7Vp5N5Sr/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/tce/a/5SbwCdBBRHCDgkK7Vp5N5Sr/?lang=pt)>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da; RAMOS, Flávia Regina. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, Cuidado E Saúde**. Maringá, v. 9, n. 3, p. 585-592, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8726/6640>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Fundação SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados. Home. **Perfil dos Municípios Paulistas**. Ano de referência 2020. Disponível em: <<https://perfil.seade.gov.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SOSSAI, Lilian Carla Ferrari; PINTO, Ione Carvalho. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciência, Cuidado E Saúde**. Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-576, jul./set. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6856/6633>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SOUSA, Rosana Farias. **Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da estratégia saúde da família**. Orientadora: Prof^a. Dra. Nair Portela Silva Coutinho. 2015. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2015.

SOUZA, Antônia Sylca de Jesus et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 102-107, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/14502>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

THUMÉ, Elaine et al. formação e prática de enfermeiros para a atenção primária à saúde - Avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 42, p. 275-288, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GnsG3ZWWxkVkSFPGNXVxmQF/?lang=pt>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ. Home. **Hospital Universitário (HU)**. Taubaté, 2021. Disponível em: <<https://www.unitau.br/pagina/hospital-universitario-hu>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

VENTURA, Carla Aparecida Arena Ventura et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev Bras Enferm**. [online], v. 65, n. 6, p. 893-898, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/ZfDGS7CPNvMbrrYpkrTzPBS/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 maio 2021.

VIDOR, Ana Cristina; FISHER, Paul Douglas; BORDIN, Ronaldo. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 24-30, feb. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/p3GxTJhsdpXKttX3kdCc85k/?lang=pt>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/Mvw7qhGmg83v7x4bCFxhcsz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

VOLTOLINI, Bruna Carla et al. Reuniões estratégia saúde da família: ferramenta indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 28, e20170477, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/MmncBRhFVvvTvSBWdTBzXWs/?lang=pt>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

WINTERS, Joanara Rozane da Fontoura et al. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2016.

APÊNDICE I

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

30

APÊNDICE II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Taubaté, 30 de Março de 2019.

De acordo com as informações do ofício nº PPGEDH - 117/2018 sobre a natureza da pesquisa intitulada **“O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: análise da prática e dos significados atribuídos pelo profissional”**, com propósito de trabalho a ser executado pelo(a) aluno(a) Luiz Cesar Rodrigues Vieira, do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté, e, após a análise do conteúdo do projeto da pesquisa, a Instituição que represento, autoriza a realização da observação em campo, entrevista e questionário, ambos por meio de um instrumento elaborado para este fim, junto aos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, sendo mantido o anonimato da instituição e dos profissionais.

Atenciosamente,

Sr (a) João Ebran Neto
Secretário de Saúde do Município de Taubaté - SP
Av. John Fitzgerald Kenedy, 488
Jardim das Nações, Taubaté – SP

Deferido
Dra. Ana Paula G. Moraes
21/03/19
CRM-SP 107.045
12/03/19

APÊNDICE II

FORMULÁRIO DE PESQUISA

SEÇÃO A – PERFIL SÓCIOECONÔMICO E PROFISSIONAL

Sujeito nº _____ Unidade de Saúde da Família _____

1. **Idade** _____ **Sexo:** () Masculino () Feminino

2. **Instituição em que se graduou:** () Pública () Privada

3. **Nome da instituição/**

4. **Estado:** _____

5. **Tempo de formado:** _____ (anos)

6. **Cursos de Pós-Graduação**

6.1 Especialização: () Sim () Não () Em andamento

Qual? _____

6.2 Mestrado: () Sim () Não

Qual? _____

6.3 Doutorado: () Sim () Não

Qual? _____

6.4 Outra: () Sim () Não

Qual? _____

7. **Recebeu alguma capacitação oferecida pela secretaria municipal de saúde para atuar na Estratégia de Saúde da Família do Município?**

() Sim () Não () Treinamento em serviço () Outros _____

8. **Tempo de trabalho na atual Unidade de Saúde da Família:** _____

9. **Tipo de vínculo empregatício:** () Contratado () Concursado ()

Outros: _____

10. **Tempo de experiência com Estratégia de Saúde da Família:** _____

SEÇÃO B – ROTINA DE ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIROS NA PROGRAMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ATIVIDADES DE COORDENAÇÃO, SUPERVISÃO E ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E EM SAÚDE

1. Com que frequência você participa da **GESTÃO do AGENDAMENTO e PROGRAMAÇÃO DAS CONSULTAS NA UNIDADE DE SAÚDE?** *Considere como exemplo: disponibilidade de vagas, agendamentos prioritários, número de vagas ofertadas e utilizadas na agenda, encaminhamentos e entre outros.*

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada ___ meses
 () Não soube responder
 () Não realiza, motivo: _____

Descrição das atividades desenvolvidas: *citar exemplo de no mínimo 03 ações realizadas; frequência com que tais ações ocorrem (quando necessário) e os profissionais envolvidos:*

2. Com que frequência você participa da organização da Unidade de Saúde **GERENCIANDO INSUMOS, MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INFRA-ESTRUTURA?** *Considere como exemplo: solicitação de materiais e insumos diversos, gestão da qualidade e uso racional dos materiais e manutenção da infra-estrutura.*

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada ___ meses
 () Não soube responder
 () Não realiza, motivo: _____

Descrição das atividades desenvolvidas: *citar exemplo de no mínimo 03 ações realizadas; frequência com que tais ações ocorrem (quando necessário) e os profissionais envolvidos:*

3. Com que frequência você participa da **COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE?** **NESTE CASO NÃO CONSIDERAR AS REUNIÕES DE EQUIPE.** *Considere como exemplo: orientações sobre processo de trabalho, reuniões específicas, supervisão de atividades.*

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada ___ meses
 () Não soube responder
 () Não realiza, motivo: _____

Descrição das atividades desenvolvidas: *citar exemplo de no mínimo 03 ações realizadas; frequência com que tais ações ocorrem (quando necessário) e os profissionais envolvidos:*

4. Com que frequência você participa DA COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. NESTE CASO NÃO CONSIDERAR AS REUNIÕES DE EQUIPE. Considere como exemplo: orientações sobre processo de trabalho, reuniões específicas, supervisão de atividades.

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada__meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo _____

Descrição das atividades desenvolvidas: *citar exemplo de no mínimo 03 ações realizadas; frequência com que tais ações ocorrem (quando necessário) e os profissionais envolvidos*

5. Em relação às REUNIÕES DE EQUIPE – Neste caso considere apenas aquelas as quais as reuniões são utilizadas para planejar, monitorar, supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe.

5.1 Com que frequência são REALIZADAS as Reuniões de Equipe?

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada__meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo: _____

Descrição das atividades desenvolvidas: *caracterizar como ocorre a reunião no que diz respeito aos assuntos trabalhados e/ou finalidade dos encontros (mínimo 03 exemplos) e os participantes.*

5.2 Com que frequência VOCÊ PARTICIPA?

- Sempre Na maioria da vezes Às vezes Nunca Não se aplica

Observações do entrevistado: _____

6. Sobre as atividades de EDUCAÇÃO PERMANENTE - Neste caso não considere os treinamentos e capacitações oferecidos pelo município. Considere apenas aquelas as quais são organizadas pela equipe:

6.1 Com que frequência são realizadas EDUCAÇÃO PERMANENTE com a equipe?

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada__meses
 () Não soube responder
 () Não realiza, motivo:_____

Descrição das atividades desenvolvidas: *caracterizar os encontros no que diz respeito aos assuntos/temas trabalhados (mínimo de 03 exemplos), quem geralmente participa.*

6.2 Com que frequência VOCÊ PARTICIPA?

- () Sempre () Na maioria da vezes () Às vezes () Nunca () Não se aplica

Observações do entrevistado: _____

7. Sobre os GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE e PALESTRAS EDUCATIVAS – NÃO CONSIDERE SALA DE ESPERA E CAMPANHAS TEMÁTICAS. Considere: grupos temáticos com HAS, DM, Gestantes, Rodas de conversa, Grupos terapêuticos, entre outros.

7.1 Com que frequência são realizados?

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada__meses
 () Não soube responder
 () Não realiza, motivo:_____

Descrição das atividades desenvolvidas: *quais os tipos de grupos e palestras oferecidas (público alvo, participantes e frequência) ou assuntos e/ou temas abordados (mínimo 03 exemplos), e quem da equipe participa*

7.2 Com que frequência VOCÊ PARTICIPA?

- () Sempre () Na maioria da vezes () Às vezes () Nunca () Não se aplica

Observações do entrevistado: _____

8. AINDA CONSIDERANDO AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, que outras atividades são oferecidas e quais você participa? Considere: ações individuais e coletivas como por exemplo, campanhas temáticas, sala de espera e atendimentos individuais.

1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____

AGENDA DE ATENDIMENTO DE CONSULTAS E VISITAS DOMICILARES

9. CONSULTA DE ENFERMAGEM - DESCONSIDERE ACOLHIMENTO, DEMANDA ESPONTÂNEA, PRÉ-CONSULTA?

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada__meses
 () Não soube responder
 () Não realiza, motivo: _____

Característica da consulta de enfermagem: *perfil da demanda dos atendimentos e da população atendida (finalidade dos atendimentos)*

10. ACOLHIMENTO à DEMANDA ESPONTÂNEA ou CONSULTAS NÃO AGENDADAS - *Considere: acolhimento na demanda espontânea para avaliar prioridades e necessidades de encaminhamento ao médico ou atendimento do enfermeiro com orientações e condutas de enfermagem.*

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada__meses
 () Não soube responder
 () Não realiza, motivo: _____

Características do acolhimento: *perfil da demanda dos atendimentos e da população atendida; finalidade dos atendimentos no acolhimento e na consulta de demanda espontânea; ações realizadas;*

11. VISITAS e consultas DOMICILIARES - CONSIDERAR A ROTINA DE TODO E QUALQUER ATENDIMENTO DOMICILIAR:

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada__meses
 () Não soube responde
 () Não realiza, motivo: _____

Características da visita: *finalidade das visitas, público alvo, demandas e necessidade:*

USO DE PROTOCOLOS NAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM E NAS VISITAS DOMICILIARES.

12. A Unidade de Saúde ou Município possui PROTOCOLO DE ENFERMAGEM? (DESCONSIDERAR POP, MANUAL DE NORMAS E ROTINAS E FICHAS DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM):

- () Sim. () Sim, mas pouco utilizo () Não. () Não, sei.
 () Outros: _____

Se sim, especificar:

- () Saúde da Criança e do RN () Ca de mama e colo () Pré-Natal e Puerpério
 () Hipertensão e Diabetes () Tuberculose () Hanseníase
 () DST/ AIDS () Feridas e curativos () Outros: _____

Observações e informações complementares

13. Existe protocolo do município ou normativa técnica ou rotina institucional que autorizam a PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E/OU SOLICITAÇÃO DE EXAMES pelo enfermeiro?

- () Sim. () Sim, mas pouco utilizo () Não. () Não, sei.
 () Outros: _____

Se sim, especificar:

- () Saúde da Criança e do RN () Ca de mama e colo () Pré-Natal e Puerpério
 () Hipertensão e Diabetes () Tuberculose () Hanseníase
 () DST/ AIDS () Feridas e curativos () Outros: _____

Observações e informações complementares

CONSULTA DE ENFERMAGEM E VISITA DOMICILIAR NOS DIFERENTES CICLOS DA VIDA E GRUPOS ESPECÍFICOS

14. A SEGUIR CONSIDERE APENAS as consultas de rotina as quais acontecem intercaladas ou não com a consulta médica e que fazem parte dos diferentes ciclos de vida bem como diferentes demandas. DESCONSIDERE pré-consulta e acolhimento para demanda espontânea. Com que frequência você realiza os seguintes atendimentos programados:

a) Visita à puérpera e ao recém-nascido. DESCONSIDERE A CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO E DA PUÉRPERA NA UNIDADE DE SAÚDE. (Considere com que frequência há horário disponível na sua agenda.)

- () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente
 () Mensalmente () Eventualmente () A cada ___ meses
 () Não soube responder

Não realiza, motivo: _____

Descrição da rotina de atendimento: *com quantos dias deve ser realizado a visita domiciliar; se realizar eventualmente ou não realizar, caracterizar a rotina e perfil dos atendimentos;*

b) Consulta de puericultura à criança e o recém-nascido DESCONSIDERE A VISITA DO RECÉM-NASCIDO.

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada ___ meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo: _____

Descrição da rotina de atendimento: *descrever a rotina de puericultura, em relação a idade da 1ª consulta do recém-nascido, intervalo entre as consultas e faixa etária de acompanhamento; se realizar eventualmente ou não realizar, caracterizar a rotina e perfil dos atendimentos;*

c) Saúde da Mulher com ênfase na Prevenção do Câncer de Colo Uterino e/ou de Mama

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada ___ meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo: _____

Descrição da rotina de atendimento: *descrever a rotina de rastreamento, conduta nos resultados dos exames e achados clínicos e consultas de retorno; se realizar eventualmente ou não realizar, caracterizar a rotina e perfil dos atendimentos;*

d) Consulta de enfermagem para Controle da Hipertensão e Diabetes

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada ___ meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo: _____

Descrição da rotina de atendimento: *descrever a rotina de acompanhamento e de controle de HAS e DM e intervalo entre as consultas médicas e de enfermagem; se realizar eventualmente ou não realizar, caracterizar a rotina e perfil dos atendimentos;*

e) Consulta de Pré-Natal (especificar se realiza somente a primeira consulta)

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada__meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo: _____

Descrição da rotina de atendimento: *descrever rotina de acompanhamento, intervalo entre consultas intercaladas; se realizar eventualmente ou não realizar, caracterizar a rotina e perfil dos atendimentos;*

f) Consulta Puerperal - (desconsidere a visita domiciliar a puérpera e ao recém-nascido)

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada__meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo: _____

Descrição da rotina de atendimento: *descrever a rotina de acompanhamento no puerpério em relação a quem realiza a consulta puerperal; período puerperal que ocorre a consulta; número de consultas; se realizar eventualmente ou não realizar, caracterizar a rotina e perfil dos atendimentos*

g) Consulta para Controle da Tuberculose - Considere a frequência de consultas e a rotina atual em situações quando há casos diagnosticados.

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada__meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo: _____

Descrição da rotina de atendimento: *descrever a rotina de diagnóstico e controle da Tuberculose; rotina de consultas médicas e de enfermagem;*

h) Consulta para Controle da Hanseníase - Considere a frequência de consultas e a rotina atual em situações quando há casos diagnosticados.

- Diariamente Semanalmente Quinzenalmente
 Mensalmente Eventualmente A cada__meses
 Não soube responder
 Não realiza, motivo: _____

Descrição da rotina de atendimento: *descrever a rotina de diagnóstico e controle da Hanseníase; rotina de consultas médicas e de enfermagem;*

15) Além das consultas já mencionadas anteriormente, quais outras consultas são realizadas por você e como ocorre a rotina ou forma de agendamento:

- () Saúde Mental () Conforme demanda () Demanda Espontânea
() Saúde do homem () Conforme demanda () Demanda Espontânea
() Saúde do Adolescente () Conforme demanda () Demanda Espontânea
() Saúde do Idoso () Conforme demanda () Demanda Espontânea
() Outros: _____

Observações do entrevistado:

16. Existe alguma OUTRA ATIVIDADE (assistencial, gerencial, educativas entre outras) as quais não foram citadas até aqui e que você realiza? Se sim quais seriam?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO

SEÇÃO A - PRINCÍPIOS e DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes previstos na Política Nacional da Atenção Básica estão identificados respectivamente de 1 à 12 no quadro A. Para cada um deles, há a definição de acordo com o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família conforme O MODELO NO QUADRO ABAIXO:

(S) (N) (D)	1. Universalidade: possibilitar o acesso aos serviços de saúde como porta de entrada preferencial ao sistema único de saúde, sem diferenciações, de modo universal e de fácil acesso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-------------	--	-----	-----	-----	-----	-----

Leia a definição de cada um deles e em seguida identifique quais destes princípios estão presentes no processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. SIGA AS ORIENTAÇÕES ABAIXO E VEJA OS EXEMPLO

1) No campo à esquerda, escolhas as opções (S), (N) ou (D), os quais os significados são:

- (S) de SIM (S) de SIM para todos os princípios e diretrizes os quais **estão presentes no processo de trabalho do enfermeiro** na Estratégia de Saúde da Família e **SE RELACIONAM** as ações desenvolvidas.
- (N) de NÃO para todos os princípios e diretrizes os quais **NÃO estão presentes no processo de trabalho do enfermeiro** na Estratégia de Saúde da Família e que **NÃO HÁ NENHUMA RELAÇÃO** com as ações desenvolvidas.
- (D) caso você **DESCONHEÇA** ou **TENHA DÚVIDA** sobre o significado de cada um dos princípios e diretrizes ou sobre o processo de trabalho do enfermeiro

(S) (N) (D)



2) **APENAS** para os princípios e diretrizes **SELECIONADOS POR VOCÊ**, para cada um deles você deverá opinar sobre a contribuição do **PROCESSO DE TRABALHO**. Em uma escala numérica de (1) à (5), quanto maior o número escolhido maior é a contribuição de suas ações. Assinale com “X” a opção escolhida no campo destinado conforme modelo a seguir:

1. Universalidade: possibilitar o acesso aos serviços de saúde como porta de entrada preferencial ao sistema único de saúde, sem diferenciações, de modo universal e de fácil acesso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
--	-----	-----	-----	-----	-----



Para isso, o significado das opções são:

- Assinale (1) se na sua opinião, as ações desenvolvidas por você, **NUNCA OU NADA CONTRIBUEM** com tais princípios e diretrizes.
- Assinale (2) se na sua opinião, as ações desenvolvidas por você, **RARAMENTE CONTRIBUEM** com tais princípios e diretrizes.
- Assinale (3) se na sua opinião, as ações desenvolvidas por você **CONTRIBUEM OCASIONALMENTE** com tais princípios e diretrizes.
- Assinale (4) se na sua opinião, as ações desenvolvidas por você **QUASE SEMPRE CONTRIBUEM** com tais princípios e diretrizes.
- Assinale (5) se na sua opinião, as ações desenvolvidas por você **SEMPRE CONTRIBUEM** com tais princípios e diretrizes

QUADRO A - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA						
(S)(N)(D)	1. Universalidade: possibilitar o acesso aos serviços de saúde como porta de entrada preferencial ao sistema único de saúde, sem diferenciações, de modo universal e de fácil acesso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	2. Equidade: realizar o cuidado do indivíduo identificando casos de maior risco e vulnerabilidade, considerando as diferenças de cada ser humano e estabelecendo prioridades.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	3. Integralidade: desenvolver ações as quais vão desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até ações de tratamento, cura e reabilitação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	4. Regionalização e Hierarquização: garantir o encaminhamento dos usuários na rede de serviços de acordo com o grau de complexidade e com as ações de referência e contra-referência.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	5. Territorialização e Adstrição da clientela: planejar as atividades oferecidas na unidade de saúde de acordo com as necessidades sociais, perfil epidemiológico da área de abrangência.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	6. População Adscrita: se reconhecer como responsável pela saúde das famílias que estão presente no território e estimular as relações de vínculo entre as equipes e a população.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	7. Cuidado Centrado na Pessoa: desenvolver o cuidado individualizado compreendendo o contexto social, familiar e da coletividade, respeitando a capacidade do paciente de tomar decisões em benefício à sua saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	8. Resolutividade: realizar intervenções efetivas e resolutivas para os problemas de saúde os quais devem ser solucionados na atenção básica encaminhando apenas os casos necessários.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	9. Longitudinalidade do cuidado: acompanhar e garantir o tratamento contínuo pela equipe de saúde, sendo referência para o indivíduo ou família.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	10. Coordenação do cuidado: acompanhar, organizar e se responsabilizar pelo fluxo do usuário nos diferentes pontos da Rede de Serviços em Saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	11. Ordenar a rede: programar e planejar ações em saúde considerando a existência de outros serviços disponíveis de maior complexidade na rede de serviços e de recursos tecnológicos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S)(N)(D)	12. Participação da comunidade: contribuir e estimular a participação em órgãos como colegiados e conselho municipal de saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

SEÇÃO B - ATRIBUIÇÕES GERAIS E COMUNS

As ações descritas no QUADRO B representam as ATRIBUIÇÕES GERAIS E COMUNS aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Estão agrupadas em 07 categorias identificadas de I à VII. Das atribuições comuns, você deverá selecionar quais são atribuições do enfermeiro e quais são desenvolvidas por você. VEJA O MODELO:

(S) (N) (D)	() Participar do processo de territorialização e mapeamento das áreas de abrangência da equipe.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-------------	--	-----	-----	-----	-----	-----

Leia cada uma das atribuições e em seguida, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, identifique as atribuições realizadas por você. SIGA AS ORIENTAÇÕES ABAIXO E VEJA OS EXEMPLOS:

1) No campo à esquerda, escolhas as opções (S), (N) ou (D).

(S) de SIM para todas as opções as quais SÃO atribuições do enfermeiro.

(N) de NÃO para todas as opções as quais NÃO SÃO atribuições do enfermeiro.

(D) caso você DESCONHEÇA ou TENHA DÚVIDA se são atribuições do enfermeiro.

(S) (N) (D)	()
-------------	-----



2) Em seguida, APENAS para as atribuições ASSINALADAS EM (S) e consideradas como atribuição do enfermeiro assinale com "X", aquelas as quais VOCÊ REALIZA. Deixe em branco caso não realize. Veja o modelo abaixo.

()	Participar do processo de territorialização e mapeamento das áreas de abrangência da equipe.
-----	--



3) Por último, APENAS para as atribuições as quais VOCÊ REALIZA, você deverá opinar sobre a qualidade das ações desenvolvidas por você. Em uma escala numérica de 1 à 5, quanto maior o número escolhido melhor a qualidade de suas atribuições. Assinale com "X" a opção escolhida no campo destinado conforme modelo a seguir:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-----	-----	-----	-----	-----



Para isso, o significado das opções são:

(1) INDIFERENTE: se as atribuições realizadas por você **NADA CONTRIBUEM** com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

(2) INSATISFATÓRIA: se as atribuições realizadas por você **RARAMENTE** atendem aos objetivos da Estratégia de Saúde da Família

(3) PARCIALMENTE SATISFATÓRIA: se as atribuições realizadas por você atendem **PARCIALMENTE** os objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

(4) SATISFATÓRIA: se as atribuições realizadas por você **ATENDEM** aos objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

(5) TOTALMENTE SATISFATÓRIA: se as atribuições realizadas por você atendem **PLENAMENTE** aos objetivos da Estratégia de Saúde da Família

QUADRO B - Atribuições gerais e comuns aos profissionais da atenção básica					
I – Território Adscrito e Diagnóstico Local de Saúde					
(S) (N) (D)	() Participar do processo de territorialização e mapeamento das áreas de abrangência da equipe.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
(S) (N) (D)	() Cadastrar e manter atualizado os dados no sistema de informação da Atenção Básica.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
(S) (N) (D)	() Identificar recursos do território (<i>praças, salões comunitários, escolas, etc.</i>) para realizar as atividades oferecidas pela equipe.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
II - Planejamento, Programação, Monitoramento e Avaliação					
(S) (N) (D)	() Utilizar o sistema de informação para analisar a situação de saúde das famílias, avaliando metas e coberturas assistenciais.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
(S) (N) (D)	() Planejar e programar as ações da unidade básica de saúde de acordo com os indicadores de saúde e perfil epidemiológico.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
(S) (N) (D)	() Alimentar o sistema de informação e garantir a qualidade do registro das atividades e das ações realizadas;	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
(S) (N) (D)	() Desenvolver e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica, garantindo mecanismos que assegurem a qualidade das informações.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
III - Atenção integral e contínua à população adscrita.					
(S) (N) (D)	() Desenvolver o cuidado ao indivíduo e família de acordo com as rotinas previstas pelos programas de saúde pública.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
(S) (N) (D)	() Contribuir com o atendimento integral desde à demanda espontânea até a demanda programada.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
(S) (N) (D)	() Realizar o cuidado quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (<i>escolas, associações, entre outros</i>),	(1)	(2)	(3)	(4) (5)
(S) (N) (D)	() Utilizar protocolos ou diretrizes clínicas e terapêuticas atuais para prestar assistência individual e coletivas.	(1)	(2)	(3)	(4) (5)

(S) (N) (D)	() Participar do acolhimento aos usuários c/ classificação de risco, se responsabilizando pelo cuidado e vínculo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Acompanhar e/ou monitorar a continuidade do tratamento do indivíduo em acompanhamento na unidade básica de saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar o cuidado com o foco não somente no indivíduo, mas também à família e as necessidades do coletivo e comunidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar educação em saúde com a população com metodologia e vocabulário adequado para o público alvo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Desenvolver ações que utilizem outros setores além da saúde (<i>exemplo: educação, transporte, esporte, cultura, ação social</i>).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar o cuidado utilizando novos saberes e racionalidades como por exemplo as Práticas Integrativas e Complementares.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar visitas domiciliares e atendimentos de urgência em domicílio, de acordo com prioridades estabelecidas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar visitas e atendimentos domiciliares de acordo com o planejamento da equipe e necessidades do usuário.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar visitas domiciliares e atendimentos em instituições de Longa Permanência e outros tipos de moradia do território.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar atenção domiciliar periódica às pessoas as quais não podem se deslocar até a Unidade de Saúde;	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Acompanhar e alimentar o Sistema de Informação com dados dos programas sociais (<i>Por exemplo, bolsa família</i>);	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IV - Vigilância em Saúde, Controle de Doenças e Agravos à Saúde						
(S) (N) (D)	() Realizar a notificação compulsória bem como a busca ativa de casos notificáveis e outros agravos de relevância para saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde de acordo com casos de doenças e agravos existentes.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar a busca ativa de pacientes após a alta hospitalar e pós a alta de atendimentos de urgência/emergência.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Utilizar o Sistema de Informação para realizar investigação clínica e epidemiológica e planejar as ações necessárias.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
V – Gerência, Gestão do Cuidado e Trabalho em Rede						
(S) (N) (D)	() Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

	UBS.					
(S) (N) (D)	() Acompanhar e monitorar a continuidade do tratamento do indivíduo em outros serviços da Rede de Atenção de Saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Participar da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas de ordenação do fluxo do usuário na Rede de Atenção em Saúde, como por exemplo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Contribuir com a gestão da fila de espera (<i>consultas com especialistas, encaminhamentos para cirurgias e exames</i>), acompanhando os casos de responsabilidade da equipe.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Conhecer a rede de serviços de saúde considerando o nível de complexidade e finalidade de recursos e serviços disponíveis.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VI - Participação popular, controle social e exercício da cidadania.						
(S) (N) (D)	() Promover os direitos do usuário e sua participação nos órgãos de comunicação (<i>conselho municipal de saúde/ouvidoria</i>).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Participar das reuniões do conselho local e/ou conselho municipal de saúde e incentivar a participação da comunidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Orientar a população sobre o uso correto e racional dos serviços.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VII - Interdisciplinaridade: atuação em equipe e educação permanente						
(S) (N) (D)	() Desenvolver ações interdisciplinares como por exemplo o projeto terapêutico singular e/ou matriciamento e/ou consulta compartilhada.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Participar de reuniões de equipe para acompanhar, planejar e avaliar as ações da equipe e readequar o processo de trabalho;	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Planejar e participar das atividades de educação permanente e de educação continuada;	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Garantir espaços físicos e ambientes adequados na unidade de saúde para a formação de estudantes da área da saúde, formação em serviço e educação permanente e continuada.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

1) SOMENTE para as atribuições QUE VOCÊ REALIZA: Se você assinalou (1) INDIFERENTE ou (2) INSATISFATÓRIO, assinale até 05 principais motivos os quais contribuem para essa avaliação?

<input type="checkbox"/> Falta de recursos humanos na equipe de saúde;
<input type="checkbox"/> Falta de profissionais na equipe de enfermagem;
<input type="checkbox"/> Falta de recursos materiais;
<input type="checkbox"/> Sobrecarga de atividades realizadas;
<input type="checkbox"/> Realização de atividades que não são atribuições do enfermeiro;
<input type="checkbox"/> Condições inadequadas de trabalho;
<input type="checkbox"/> Excesso de atividades burocráticas;
<input type="checkbox"/> Dificuldade de comunicação com a gestão;
<input type="checkbox"/> Ausência de protocolos assistenciais e/ou institucionais;
<input type="checkbox"/> Condições inadequadas de infraestrutura e espaço físico;
<input type="checkbox"/> Falta de colaboração dos integrantes da equipe;
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento técnico científico relacionado a Atenção Básica;
<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Não se aplica à minha avaliação.

2) SOMENTE para as atribuições do enfermeiro AS QUAIS VOCÊ NÃO REALIZA: assinale até 05 principais motivos que contribuem para a não realização.

<input type="checkbox"/> Falta de recursos humanos na equipe de saúde;
<input type="checkbox"/> Falta de profissionais na equipe de enfermagem;
<input type="checkbox"/> Falta de recursos materiais;
<input type="checkbox"/> Sobrecarga de atividades realizadas;
<input type="checkbox"/> Realização de atividades que não são atribuições do enfermeiro;
<input type="checkbox"/> Condições inadequadas de trabalho;
<input type="checkbox"/> Excesso de atividades burocráticas;
<input type="checkbox"/> Dificuldade de comunicação com a gestão;
<input type="checkbox"/> Ausência de protocolos assistenciais e/ou institucionais;
<input type="checkbox"/> Condições inadequadas de infraestrutura e espaço físico;
<input type="checkbox"/> Falta de colaboração dos integrantes da equipe;
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento técnico científico relacionado a Atenção Básica;
<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Não se aplica à minha avaliação.

SEÇÃO C - ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

As ações descritas no QUADRO C representam as ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Estão agrupadas em 07 categorias identificadas de I à VII. Novamente você deverá selecionar quais são atribuições do enfermeiro e quais são desenvolvidas por você. VEJA O MODELO NO QUADRO ABAIXO:

(S) (N) (D)	() Realizar o cuidado por meio de Visitas Domiciliares conforme as recomendações e rotinas dos programas de saúde pública.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-------------	---	-----	-----	-----	-----	-----

Leia cada uma das atribuições e em seguida, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, identifique as atribuições realizadas por você. SIGA AS ORIENTAÇÕES ABAIXO E VEJA OS EXEMPLOS:

1) No campo à esquerda, escolhas as opções (S), (N) ou (D).

- (S) de SIM para todas as opções as quais **SÃO** atribuições do enfermeiro.
- (N) de NÃO para todas as opções as quais **NÃO SÃO** atribuições do enfermeiro.
- (D) caso você **DESCONHEÇA** ou **TENHA DÚVIDA** se são atribuições do enfermeiro.

(S) (N) (D)	()
-------------	-----



2) Em seguida, **APENAS** para as atribuições **ASSINALADAS EM (S)** e consideradas como atribuição do enfermeiro **assinale com "X"**, aquelas as quais **VOCÊ REALIZA**. Deixe em branco caso não realize. Veja o modelo abaixo.

()	Participar do processo de territorialização e mapeamento das áreas de abrangência da equipe.
-----	--



3) Por último, **APENAS** para as atribuições as quais **VOCÊ REALIZA**, você deverá opinar sobre a qualidade das ações desenvolvidas por você. Em uma escala numérica de 1 à 5, quanto maior o número escolhido melhor a qualidade de suas atribuições. Assinale com **"X"** a opção escolhida no campo destinado conforme modelo a seguir.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-----	-----	-----	-----	-----



Para isso, o significado das opções são:

(1) INDIFERENTE: se as atribuições realizadas por você **NADA CONTRIBUEM** com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

(2) INSATISFATÓRIA: se as atribuições realizadas por você **RARAMENTE** atendem aos objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

(3) PARCIALMENTE SATISFATÓRIA: se as atribuições realizadas por você atendem **PARCIALMENTE** os objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

(4) SATISFATÓRIA: se as atribuições realizadas por você **ATENDEM** aos objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

(5) TOTALMENTE SATISFATÓRIA: se as atribuições realizadas por você atendem **PLENAMENTE** aos objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

QUADRO C: ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS					
I – Atenção à saúde no domicílio e nos espaços comunitários					
(S) (N) (D)	()	Realizar o cuidado por meio de Visitas Domiciliares conforme as recomendações e rotinas dos programas de saúde pública.	(1)	(2)	(3) (4) (5)
(S) (N) (D)	()	Realizar o cuidado individual ou coletivo à população presente nas escolas, igrejas, associações, fábricas e entre outros.	(1)	(2)	(3) (4) (5)
(S) (N) (D)	()	Realizar intervenções de enfermagem que possam contribuir com a melhoria da dinâmica familiar e seu domicílio.	(1)	(2)	(3) (4) (5)
(S) (N) (D)	()	Realizar assistência de enfermagem no domicílio somente com agendamento prévio e encaminhar toda situação de urgência.	(1)	(2)	(3) (4) (5)
(S) (N) (D)	()	Realizar procedimentos de enfermagem nos domicílios, <i>como por exemplo curativo, vacinação, coleta de sangue.</i>	(1)	(2)	(3) (4) (5)
II – Consulta de enfermagem					
(S) (N) (D)	()	Realizar consulta de enfermagem de acordo com as recomendações dos programas de saúde pública recomendados pelo Ministério da Saúde.	(1)	(2)	(3) (4) (5)
(S) (N) (D)	()	Desenvolver a consulta de enfermagem com ênfase na educação em saúde e mudanças de estilo de vida com promoção de hábitos saudáveis.	(1)	(2)	(3) (4) (5)
(S) (N) (D)	()	Solicitar e interpretar exames complementares e de rotina durante a consulta de enfermagem de acordo com a legislação profissional e/ou protocolo da instituição e/ou normas técnicas da instituição.	(1)	(2)	(3) (4) (5)
(S) (N) (D)	()	Prescrever medicações durante as consultas de enfermagem de acordo com a legislação profissional e protocolo da instituição e/ou normas técnicas da instituição.	(1)	(2)	(3) (4) (5)

(S) (N) (D)	() Prescrever medicações durante as consultas de enfermagem de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde caso o protocolo de enfermagem não esteja disponível.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Solicitar ao médico a prescrição de medicamentos com base na anamnese e exame físico de enfermagem, na ausência de protocolo da instituição.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
III - Acolhimento						
(S) (N) (D)	() Realizar o acolhimento ao usuário na demanda espontânea com escuta ativa, classificação de risco e conduta de enfermagem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar orientações e prescrição de cuidados em situações de acolhimento e atendimentos à demanda espontânea.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Prescrever medicamentos em casos específicos no atendimento a demanda espontânea de acordo com a legislação profissional e/ou protocolo da instituição.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Encaminhar ao médico da unidade os casos em que necessitar de avaliação adicional ou encaminhamento à outro serviço de saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Solicitar prescrição médica conforme anamnese e exame físico realizado no acolhimento, na impossibilidade de consulta médica.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IV – Supervisão do trabalho dos ACS e equipe de enfermagem e multiprofissional						
(S) (N) (D)	() Coordenar e supervisionar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas dependências da unidade de saúde e comunidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Coordenar e supervisionar o técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Coordenar e supervisionar o trabalho da equipe de enfermagem nas dependências da unidade de saúde e comunidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
V - Atividades em grupo: educação em saúde, promoção e prevenção de doenças						
(S) (N) (D)	() Planejar e/ou participar de ações educativas e de prevenção de doenças tais como <i>campanhas, salas de espera, palestra na comunidade entre outras.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Planejar e/ou participar de grupos de educação em saúde com ênfase nas mudanças no estilo de vida e prevenção de comportamentos de risco à saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Avaliar junto com a equipe o impacto das ações de educação em saúde e atividades de prevenção de doenças.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Identificar situações de risco e vulnerabilidade nos atendimentos em grupo e encaminhar para atendimento individual quando necessário.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VI – Atenção a condições crônicas e gestão de casos complexos						
(S) (N) (D)	() Realizar estratificação e classificação de risco de indivíduos com condições e doenças crônicas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

(S) (N) (D)	() Considerar aspectos psicológicos, sociais, afetivos e biológicos para estratificar e classificar o risco a saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Elaborar e implementar projeto terapêutico singular para indivíduos em condições de maior risco e vulnerabilidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Receber, avaliar e documentar os exames laboratoriais solicitados pelo médico, solicitando avaliação do mesmo quando necessário.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VII – Supervisão e gerência de enfermagem						
(S) (N) (D)	() Elaborar e/ou implementar e manter atualizados normas, rotinas e protocolos de competência na UBS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Gerenciar e/ou participar do gerenciamento de materiais e insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (<i>por exemplo: solicitação, uso adequado e preservação do mesmo</i>).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Gerenciar e/ou participar do gerenciamento de insumos e medicamentos da farmácia da unidade de saúde. (<i>por exemplo: solicitação, dispensação e armazenamento</i>).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar e/ou participar da gestão da infraestrutura e de equipamentos da Unidade de Saúde zelando pelo bom uso e manutenção dos recursos disponíveis.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar escala de enfermagem e da equipe de acordo com as atribuições mensais de cada integrante e setores da unidade de saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Participar regularmente das atividades de imunização como integrante da sala vacina, administrando imunobiológicos e analisando a cobertura vacinal da clientela adscrita.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
V - Atividades em grupo: educação em saúde, promoção e prevenção de doenças						
(S) (N) (D)	() Planejar e/ou participar de ações educativas e de prevenção de doenças tais como <i>campanhas, salas de espera, palestra na comunidade entre outras</i> .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Planejar e/ou participar de grupos de educação em saúde com ênfase nas mudanças no estilo de vida e prevenção de comportamentos de risco à saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Avaliar junto com a equipe o impacto das ações de educação em saúde e atividades de prevenção de doenças.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Identificar situações de risco e vulnerabilidade nos atendimentos em grupo e encaminhar para atendimento individual quando necessário.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VI – Atenção a condições crônicas e gestão de casos complexos						
(S) (N) (D)	() Realizar estratificação e classificação de risco de indivíduos com condições e doenças crônicas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Considerar aspectos psicológicos, sociais, afetivos e biológicos para estratificar e classificar o risco a saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Elaborar e implementar projeto terapêutico singular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

	para indivíduos em condições de maior risco e vulnerabilidade.					
(S) (N) (D)	() Receber, avaliar e documentar os exames laboratoriais solicitados pelo médico, solicitando avaliação do mesmo quando necessário.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VII – Supervisão e gerência de enfermagem						
(S) (N) (D)	() Elaborar e/ou implementar e manter atualizados normas, rotinas e protocolos de competência na UBS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Gerenciar e/ou participar do gerenciamento de materiais e insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (<i>por exemplo: solicitação, uso adequado e preservação do mesmo</i>).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Gerenciar e/ou participar do gerenciamento de insumos e medicamentos da farmácia da unidade de saúde. (<i>por exemplo: solicitação, dispensação e armazenamento</i>).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar e/ou participar da gestão da infraestrutura e de equipamentos da Unidade de Saúde zelando pelo bom uso e manutenção dos recursos disponíveis.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Realizar escala de enfermagem e da equipe de acordo com as atribuições mensais de cada integrante e setores da unidade de saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(S) (N) (D)	() Participar regularmente das atividades de imunização como integrante da sala vacina, administrando imunobiológicos e analisando a cobertura vacinal da clientela adscrita.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

3) SOMENTE para as atribuições QUE VOCÊ REALIZA: Se você assinalou (1) INDIFERENTE ou (2) INSATISFATÓRIO, assinale até 05 principais motivos os quais contribuem para essa avaliação.

() Falta de recursos humanos na equipe de saúde;
() Falta de profissionais na equipe de enfermagem;
() Falta de recursos materiais;
() Sobrecarga de atividades realizadas;
() Realização de atividades que não são atribuições do enfermeiro;
() Condições inadequadas de trabalho;
() Excesso de atividades burocráticas;
() Dificuldade de comunicação com a gestão;
() Ausência de protocolos assistenciais e/ou institucionais;
() Condições inadequadas de infraestrutura e espaço físico;
() Falta de colaboração dos integrantes da equipe;
() Falta de conhecimento técnico científico relacionado a Atenção Básica;
() Outros:
() Não se aplica à minha avaliação.

4) SOMENTE para as atribuições do enfermeiro AS QUAIS VOCÊ NÃO REALIZA: assinale até 05 principais motivos que contribuem para a não realização.

<input type="checkbox"/> Falta de recursos humanos na equipe de saúde;
<input type="checkbox"/> Falta de profissionais na equipe de enfermagem;
<input type="checkbox"/> Falta de recursos materiais;
<input type="checkbox"/> Sobrecarga de atividades realizadas;
<input type="checkbox"/> Realização de atividades que não são atribuições do enfermeiro;
<input type="checkbox"/> Condições inadequadas de trabalho;
<input type="checkbox"/> Excesso de atividades burocráticas;
<input type="checkbox"/> Dificuldade de comunicação com a gestão;
<input type="checkbox"/> Ausência de protocolos assistenciais e/ou institucionais;
<input type="checkbox"/> Condições inadequadas de infraestrutura e espaço físico;
<input type="checkbox"/> Falta de colaboração dos integrantes da equipe;
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento técnico científico relacionado a Atenção Básica;
<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Não se aplica à minha avaliação.

5) Existem outros fatores que DIFICULTAM a realização de suas atribuições? Se a resposta for SIM, quais são esses fatores? (CITE ATÉ 05 PRINCIPAIS)

1.
2.
3.
4.
5.

6) Existe alguma atribuição a qual NÃO DEVE(m) SER REALIZADA(s) PELO ENFERMEIRO, mas que você realiza? Se a resposta for SIM, quais são essas atribuições? (CITE ATÉ 05 PRINCIPAIS)

2.
3.
4.
5.
6.

APÊNDICE IV

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO II

Sr (a) Fabricio Grasnele Galvão Velasco
Secretário de Saúde do Município de Tremembé - SP

Ilmo. (a) Senhor (a) _____

Eu, Luiz Cesar Rodrigues Vieira, aluno regularmente matriculado no Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté, estarei desenvolvendo uma pesquisa durante o ano de 2019, com Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Angela Boccara de Paula o qual tem como título **“O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Trata-se de um estudo o qual tem como finalidade a obtenção do título de Mestre pelo qual será encaminhado à análise do Comitê de Ética em pesquisa da referida instituição. Somos presentes a V. S. para solicitar sua permissão para o desenvolvimento de etapa prévia ao início do estudo, a qual tem como objetivo, analisar a viabilidade do uso dos instrumentos de coleta de dados a qual será utilizada na pesquisa. Para tal etapa será realizado visitas às unidades de saúde e serão realizados 02 procedimentos em ocasiões distintas: aplicação de uma entrevista por formulário e de um questionário, ambos por meio de um instrumento elaborado para este fim, junto à população a ser pesquisada. Será mantido o anonimato da instituição e dos participantes

Certos de que poderemos contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos no Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté, no endereço Rua Visconde do Rio Branco, 210, CEP 12.080-000, telefone (12) 3625-4100, ou com Luiz Cesar Rodrigues Vieira, telefone (12) 98266-4231, e solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

Atenciosamente,

Luiz Cesar Rodrigues Vieira
Aluno do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano
Da Universidade de Taubaté

De acordo com as informações prestadas sobre a pesquisa intitulada “**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”, a instituição que represento, autoriza a realização dos procedimentos necessários os quais são compostos por entrevista por formulário e aplicação de um questionário, ambos por meio de um instrumento elaborado para este fim, junto aos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, sendo mantido o anonimato da instituição e dos profissionais.

Atenciosamente,

Sr (a) Fabricio Grasnele Galvão Velasco

Secretário de Saúde do Município de Tremembé - SP

Praça da República, 361 Centro, Tremembé

APÊNDICE V

TERMO DE CONSENTIMENTO II

Participação em Etapa Piloto

Eu, Luiz Cesar Rodrigues Vieira, aluno regularmente matriculado no Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano, estarei desenvolvendo uma pesquisa durante o ano de 2020, com Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Angela Boccara de Paula o qual tem como título “**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”. Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário de uma entrevista teste a qual faz parte de uma etapa prévia ao início desta pesquisa. Esta etapa terá como finalidade avaliar a compreensão das questões pelo entrevistado, e de acordo com sua opinião sobre a clareza das questões, o pesquisador responsável realizará os ajustes necessários para uso do instrumento. Para tal etapa serão realizados entrevista por formulário e aplicação de um questionário, ambos por meio de um instrumento elaborado para este fim.

Esclarecimento de dúvidas: o(a) investigador(a) é mestrando(a) da Turma 2017 do Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté (SP), Luiz Cesar Rodrigues Vieira, residente no seguinte endereço: Rua 03 nº392, condomínio Veredas/ Rua C - casa 81, podendo também ser contatado pelo telefone (12) 98266-4231. A pesquisa será desenvolvida sob a orientação do(a) Prof. Dr(a). Maria Angela Boccara de Paula a qual pode ser contatado pelo telefone (12) 99164-8112. A supervisão da presente pesquisa será feita pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, situado na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – Bairro: Centro, Taubaté-SP, no telefone: (12) 3625-4217. A sua contribuição não acarretará quaisquer tipos de ônus e/ou despesas aos participantes e os dados coletados nas dependências do local de trabalho. Certos de que poderemos contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos no Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté ou com Luiz Cesar Rodrigues Vieira pelo telefone (12) 98266-4231, e solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

DECLARAÇÃO:

Declaro que li e que compreendi todas as informações esclarecidas, sanei todas as minhas dúvidas, junto ao pesquisador, quanto a minha participação e propósitos dessa etapa e que minha participação não será como sujeito da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação não será paga, bem como não terei despesas. Concordo em participar podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o procedimento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Taubaté, _____ de _____ de 2020

Assinatura do Participante

Nome do Participante: _____

Luiz Cesar Rodrigues Vieira

Pesquisador(a) Responsável

APÊNDICE VI

Registros e avaliação TESTE piloto

Sujeito nº _____ Unidade de Saúde da Família _____

1	Formulário
2	Questionário _____ Início _____ Término _____
3	Percepção do entrevistador
4	Observações

APÊNDICE VII**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Eu, Luiz Cesar Rodrigues Vieira, pesquisador responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado “O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: análise da prática e significados atribuídos pelo profissional”, o qual tem por objetivo conhecer o processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, declaro que a após aprovação do Comitê de Ética, a **DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**, será fornecida pelo **Sr (a) João Ebran Neto, Secretário de Saúde do Município de Taubaté – SP, localizada na Av. John Fitzgerald Kenedy, 488 Jardim das Nações, Taubaté – SP**. Comprometo-me a anexar a autorização na Plataforma Brasil em forma de notificação com local, data, nome e assinatura do pesquisador responsável.

Taubaté, _____ de _____ de 2020

Luiz Cesar Rodrigues Vieira
Pesquisador(a) Responsável

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: análise da prática e dos significados atribuídos pelo profissional”.

Orientador: Prof^a Dr^a Maria Angela Boccara de Paula

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador(a) responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Informações sobre a pesquisa:

Título do Projeto: “O processo de trabalho do enfermeiro na estratégia de saúde da família: análise da prática e dos significados atribuídos pelo profissional”.

Objetivo da pesquisa: O objetivo do estudo é conhecer o processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.

Coleta de dados: a pesquisa terá como procedimentos de coleta de dados, pesquisa por meio de questionários, formulários, os quais serão aplicados junto aos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Taubaté-SP. Antes de cada fase, serão realizadas visitas as unidades de saúde da família, objetivando agendar o dia e horário disponível para tais procedimentos, de modo que a escolha do momento mais adequado para tal, atenderá os critérios de disponibilidade do enfermeiro bem como a garantia de não ocasionar prejuízo para as atividades e rotinas da unidade de saúde, possibilitando ao mesmo, definir o melhor horário para desenvolvimento de tais procedimentos. Para etapa de observação, será agendado, um dia de sua jornada de trabalho, em que o pesquisador permanecerá em sua companhia para acompanhar as atividades desenvolvidas e irá utilizar um roteiro composto por um *check list* para registro das observações relevantes.

Destino dos dados coletados: o(a) pesquisador(a) será o responsável pelos dados originais coletados por meio de, formulários e questionários, permanecendo de posse dos mesmos por um período não inferior a 5 (cinco) anos, quando então os mesmos serão destruídos. Os dados originais serão guardados, tomando-se todo o cuidado necessário para garantir o anonimato dos participantes. As informações coletadas no decorrer da pesquisa, bem como os conhecimentos gerados a partir dos mesmos não serão utilizadas em prejuízo das pessoas ou da instituição onde a pesquisa será realizada. Os dados coletados por meio de um formulário e questionário, serão utilizados para a dissertação a ser apresentada ao Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e

Práticas Sociais da Universidade de Taubaté (SP), bem como para divulgar os dados por meio de publicações em periódicos e/ou apresentações em eventos científicos.

Riscos, prevenção e benefícios para o participante da pesquisa: o possível risco que a pesquisa poderá causar aos voluntários é que os mesmos poderão se sentir desconfortáveis, inseguros ou não desejarem fornecer alguma informação pessoal solicitada pelo pesquisador, por meio dos formulários e questionários. Com vistas a prevenir os possíveis riscos gerados pela presente pesquisa, aos participantes ficam-lhes garantidos os direitos de anonimato; de abandonar a qualquer momento a pesquisa; de deixar de responder qualquer pergunta que ache por bem assim proceder; bem como solicitar para que os dados por ele fornecidos durante a coleta não sejam utilizados. O benefício esperado com o desenvolvimento da pesquisa será o fato de oferecer aos participantes e à comunidade acadêmica maiores informações e conhecimentos acerca dos aspectos que compõem a prática do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Cabe aqui ressaltar também que, pelo aspecto interdisciplinar que se pretende abordar no presente estudo, os conhecimentos gerados por meio da pesquisa poderão despertar o interesse de profissionais, instituições, pesquisadores e fundamentar estudos em outras áreas do conhecimento no que diz respeito ao presente objeto de pesquisa. Contudo, os principais benefícios do presente estudo poderão se apresentar somente ao final do mesmo, quando das conclusões do mesmo.

Garantias e indenizações: fica garantido o direito às indenizações legalmente estabelecidas aos indivíduos que, por algum motivo, sofrerem qualquer tipo de dano pessoal causado pelos instrumentos ou técnicas de coleta de dados. Os participantes têm o direito de serem informados a respeito dos resultados parciais e finais da pesquisa, para isto, a qualquer momento do estudo, terão acesso aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de suas dúvidas.

Esclarecimento de dúvidas: o(a) investigador(a) é mestrando(a) da Turma 2017 do Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté (SP), Luiz Cesar Rodrigues Vieira, residente no seguinte endereço: Rua 03 nº392, condomínio Veredas/ Rua C - casa 81, podendo também ser contatado pelo telefone (12) 98266-4231, estando este número, disponível para ligações a cobreres, à critério do interessado. A pesquisa será desenvolvida sob a orientação do(a) Prof. Dr(a). Maria Angela Boccara de Paula a qual pode ser contatado pelo telefone (12) 99164-8112. A supervisão da presente pesquisa será feita pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, situado na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – Bairro: Centro, Taubaté-SP, no telefone: (12) 3625-4217.

A presente pesquisa não acarretará quaisquer tipos de ônus e/ou despesas aos participantes, sendo os dados coletados nas dependências da Instituição, onde os participantes que comporão a amostra atuam, em horário condizente com as disponibilidades dos mesmos. Da mesma forma fica aqui esclarecido que a participação no presente estudo é em caráter voluntário, não havendo nenhum tipo de pagamento pela sua participação no mesmo, ficando excluídas as indenizações legalmente estabelecidas pelos danos decorrentes de indenizações por danos causados pelo pesquisador. As informações serão analisadas e transcritas pelo(a) pesquisador(a), não sendo divulgada a

identificação de nenhum participante. O anonimato será assegurado em todo processo da pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. O depoente terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. A sua participação dará a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre a prática do enfermeiro na estratégia de saúde da família.

DECLARAÇÃO:

Declaro que li e que compreendi todas as informações contidas neste documento, sanei todas as minhas dúvidas, junto ao pesquisador, quanto a minha participação no presente estudo, ficando-me claros, quais são os propósitos da presente pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, as garantias de não utilização das informações em prejuízo das pessoas no decorrer e na conclusão do trabalho e da possibilidade de obter esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação não será paga, bem como não terei despesas, inclusive se decidir em desistir de participar da pesquisa. Concordo em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante a pesquisa, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Taubaté, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Nome do Participante:

Luiz Cesar Rodrigues Vieira

Pesquisador(a) Responsável

Resolução CNS 466/12 - Caso o entrevistado esteja impossibilitado de assinar: Declaramos que assistimos à explicação do(a) pesquisador(a) ao participante, que as suas explicações deixaram claros os objetivos do estudo, bem como todos procedimentos e a metodologia que serão adotados no decorrer da pesquisa.

Testemunha

ANEXO B

CARTA DE APRESENTAÇÃO E INTENÇÃO DE PESQUISA



UNITAU

Universidade de Taubaté
Autarquia Municipal de Regime Especial
Reconhecida pelo Dec. Fed. nº 78.924/78
Recredenciada pela Portaria CEE/GP nº 241/13
CNPJ 45.176.153/0001-22

PRPPG – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel: (12) 3625 4217 Fax: (12) 3632.2947
prppg@unitau.br

Ofício nº PPGEDH –117/2018

Taubaté, 14 de novembro de 2018.

Prezado (a) Senhor (a):

Somos presentes a V. S. para solicitar a permissão de realização de pesquisa pelo aluno Luiz Cesar Rodrigues Vieira, do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté, trabalho a ser desenvolvido durante o ano de 2019, intitulado **“O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: análise da prática e dos significados atribuídos pelo profissional”**. O estudo será realizado com Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Taubaté, sob a orientação da Profª Drª Maria Angela Boccara de Paula.

Para tal, será realizado visitas às unidades de saúde e serão realizados 03 procedimentos em ocasiões distintas: observação em campo, entrevista e questionário, ambos por meio de um instrumento elaborado para este fim, junto à população a ser pesquisada. Será mantido o anonimato da instituição e dos participantes.

Ressaltamos que o projeto da pesquisa será encaminhado à análise do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Taubaté.

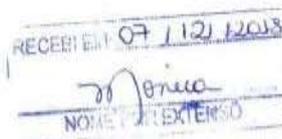
Certos de que poderemos contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos no Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté, no endereço Rua Visconde do Rio Branco, 210, CEP 12.080-000, telefone (12) 3625-4100, ou com Luiz Cesar Rodrigues Vieira, telefone (12) 98266-4231, e solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

No aguardo de sua resposta, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Rita de Cássia Foroni Oliveira
Secretária do Programa de Pós-Graduação em Educação e Desenvolvimento Humano

Ilmo (a). Sr (a) João Ebran Neto
Av. John Fitzgerald Kenedy, 488
Jardim das Nações
Taubaté - SP



ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: análise da prática e significados atribuídos pelo profissional.

Pesquisador: Luiz Cesar Rodrigues Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26962319.2.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.956.609

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, aplicada, descritiva e exploratória de abordagem quantitativa e qualitativa. A população estudada será composta por enfermeiros atuantes na rede de atenção básica de Saúde e que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Taubaté, no estado de São Paulo. Quanto aos procedimentos metodológicos, optou-se por uma pesquisa de levantamento por meio de questionários, formulários, observação não participante e entrevista semiestruturada. Para analisar os dados referente ao discurso dos entrevistados, será utilizado a técnica de "Análise de Conteúdo" na modalidade temática e para tratamento dos dados quantitativos optou-se pela descritiva simples com frequência simples e absoluta analisado a luz da literatura e tendo como referencial para análise a política nacional de atenção básica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo do estudo é conhecer o processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Verificar se os enfermeiros que atuam em Unidades de Saúde da Família conhecem as atribuições preconizadas pela ESF; Verificar se as ações desenvolvidas pelo enfermeiro estão de acordo com os princípios e diretrizes da ESF; Identificar fatores que interferem e influenciam no desenvolvimento

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATÉ
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br



Continuação do Parecer: 3.956.609

e na realização das atribuições do enfermeiro na ESF; Conhecer o significado para o enfermeiro da sua prática profissional desenvolvida na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Bem avaliados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador atendeu às solicitações do CEP.

Recomendações:

É necessário que haja consonância nos documentos da Plataforma Brasil em relação à delimitação geográfica de onde será realizada a pesquisa. A falta de indicação específica (município, por exemplo) não é impedimento ético.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu às solicitações do CEP.

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 03/04/2020, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 510/16, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1268084.pdf	21/03/2020 01:27:18		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER.pdf	21/03/2020 00:55:11	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_ANTERIOR.pdf	21/03/2020 00:38:52	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	APENDICE_IX.pdf	21/03/2020 00:37:00	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	ANEXO_X.pdf	21/03/2020 00:32:21	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
 Bairro: Centro CEP: 12.020-040
 UF: SP Município: TAUBATE
 Telefone: (12)3635-1233 Fax: (12)3635-1233 E-mail: cep@unitau.br



UNITAU - UNIVERSIDADE DE
TAUBATÉ



Continuação do Parecer: 3.956.609

Outros	APENDICE_VIII.pdf	21/03/2020 00:29:50	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	APENDICE_VII.pdf	21/03/2020 00:29:22	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_NOVO.pdf	21/03/2020 00:23:03	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/03/2020 20:11:50	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	20/03/2020 00:56:16	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	TR.pdf	11/12/2019 10:33:00	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	11/12/2019 10:32:09	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	img20191003_00050111.pdf	03/10/2019 00:15:49	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_TESTE.doc	02/10/2019 23:49:33	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	FIGURAS.doc	02/10/2019 23:36:37	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	APENDICE.doc	02/10/2019 23:17:04	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	TESTE_TESTE.doc	02/10/2019 23:08:20	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	COLETA_DE_DADOS_IV.doc	02/10/2019 23:04:07	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	COLETA_DE_DADOS_III.doc	02/10/2019 23:02:27	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	COLETA_DE_DADOS_II.doc	02/10/2019 23:01:44	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito
Outros	COLETA_DE_DADOS_I.doc	02/10/2019 22:59:56	Luiz Cesar Rodrigues Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
 Bairro: Centro CEP: 12.020-040
 UF: SP Município: TAUBATE
 Telefone: (12)3635-1233 Fax: (12)3635-1233 E-mail: cep@unitau.br



Continuação do Parecer: 3.956.609

TAUBATE, 06 de Abril de 2020

Assinado por:
José Roberto Cortelli
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATE
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br