



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciana Batista Luciano

PRÁTICAS DE ENFERMEIROS (AS) NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
CEARÁ: UM ESTUDO QUALITATIVO

EUSÉBIO – CEARÁ

2019

LUCIANA BATISTA LUCIANO

PRÁTICAS DE ENFERMEIROS (AS) NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
CEARÁ: UM ESTUDO QUALITATIVO

Dissertação apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz – Ceará.

Orientadora: Prof^a Dra. Vanira Matos Pessoa.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

EUSÉBIO – CEARÁ

2019

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

L937p Luciano, Luciana Batista.
Práticas de enfermeiros (as) na Estratégia Saúde da Família do Ceará: um estudo qualitativo / Luciana Batista Luciano. -- 2019.
128 f.

Orientadora: Vanira Matos Pessoa.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Proposta de participação de instituições de ensino superior em associação com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

1. Enfermagem em Saúde Pública. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Competência Profissional. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Promoção da Saúde. 7. Relações Interpessoais. 8. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.734

Luciana Batista Luciano

PRÁTICAS DE ENFERMEIROS (AS) NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
CEARÁ: UM ESTUDO QUALITATIVO

Dissertação apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz – Ceará.

Banca Examinadora:

Presidente/Orientadora: Prof^a Dra. Vanira Matos Pessoa
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

Prof^o. Dr. Carlos André Moura Arruda
Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará - FAECE

Prof^a. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri - URCA

Prof^a Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Suplente)
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

Aprovado em: 11 de outubro de 2019

Eusébio - CE

DEDICATÓRIA

A Deus pela força e coragem durante esta caminhada. A minha família por todo apoio e confiança.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para cumprir essa caminhada.

Aos meus pais, Ana Ivany Batista Luciano e José Luciano de Moraes (*In Memoriam*), pelo apoio em todos os momentos de minha vida e pelo exemplo de humildade e amorosidade.

Ao meu marido pela compreensão e apoio nos momentos difíceis.

À minha orientadora prof.^a Dra. Vanira Matos Pessoa por sua compreensão, paciência, competência e amizade, que muito contribuiu com meu crescimento profissional.

À FIOCRUZ-CE por oportunizar tamanha construção de conhecimento.

Aos professores e coordenadores do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) por seus ensinamentos, paciência e confiança.

À prof.^a Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, coordenadora da pesquisa “Campo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará” pela oportunidade de colaborar com o estudo.

Aos sujeitos deste estudo pela colaboração.

Às minhas queridas colegas de turma, companheiras de caminhada e amigas para a vida.

Ao Sistema Único de Saúde (SUS) por oportunizar experiências e conhecimentos inigualáveis.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Caracterização dos municípios de Cruz, Eusébio, Fortaleza e Tauá.....	44
QUADRO 02	Quantitativo de sujeitos do estudo por município.....	45
QUADRO 03	Perfil dos/das enfermeiros/as e gestores entrevistados.....	46
QUADRO 04	O fazer do enfermeiro na atenção na ESF – visão de enfermeiros e Gestores.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CDS	Coleta de Dados Simplificados
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DAB	Departamento de Atenção Básica
EPA	Enfermeiro em Prática Avançada/ Enfermagem em Prática Avançada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GISSA	Governança Inteligente do Sistema de Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SER II	Secretaria Executiva Regional II
SI	Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 1994 vem se firmando como modelo de atenção preferencial para Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. Considerando que o Ceará foi o Estado pioneiro no processo de buscar garantir APS, por meio da ESF e que os/as enfermeiros/as integraram as equipes de Saúde da Família (eSF) e desempenham um conjunto de práticas de saúde, desde o princípio da ESF, este estudo traz o seguinte questionamento: Como os enfermeiros (as) e gestores municipais de saúde percebem as práticas profissionais dos/das enfermeiros/as na ESF em municípios cearenses? Objetiva-se analisar as práticas profissionais dos/das enfermeiros/as, que atuam na ESF em municípios do Ceará. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado de outubro de 2017 a janeiro de 2018 em quatro municípios cearenses: Cruz, Eusébio, Fortaleza e Tauá. Os participantes totalizam 17, sendo oito enfermeiros/as, dois de cada município, e nove gestores (secretário municipal de saúde e coordenadores de atenção básica dos respectivos municípios). Utilizou-se a entrevista semiestruturada e adotou-se a análise temática. A discussão se deu a partir das categorias: Processo de trabalho de enfermeiros na ESF: desafios relativos ao acolhimento de usuários, a organização do serviço e a gestão municipal; Vivência de enfermeiros/as na ESF: do sentido do trabalho a saúde do trabalhador e processo de trabalho de enfermeiros/as na ESF na dimensão da atenção, promoção e gerência: um cenário de mudanças. Os resultados apontaram que as práticas destes profissionais são orientadas por premissas administrativas, gerenciais, assistenciais e relacionais. Das atividades de atenção que apareceram como escopo de prática dos enfermeiros/as na ESF, destacaram-se os atendimentos aos grupos prioritários: crianças, idosos, gestantes, pessoas com doenças crônicas, entre outros. A consulta de enfermagem apareceu nos relatos dos entrevistados e a prescrição de medicamentos apresentou-se como atividade que ainda gera questionamentos por parte de outras classes profissionais e entre os próprios/as enfermeiros/as. Percebeu-se que o/a enfermeiro/a realiza atividades de educação em saúde como: Programa Saúde na Escola (PSE), palestras, grupos, sala de espera e campanhas nacionais com temas pré-determinados. Sobre o trabalho em equipe, enfermeiro/a e ACS se aproximam do exercício da interprofissionalidade. As práticas inovadoras na visão dos entrevistados foram:

atendimento compartilhado, o avanço tecnológico, a utilização da criatividade e de redes sociais e apoio às atividades gerenciais. Surgiram nas falas dos/das enfermeiros/as entrevistados/as expressões de sentimentos de: impotência por não conseguir responder as expectativas dos usuários; sobrecarga de trabalho; insatisfação, como consequência de pouco reconhecimento pelo seu trabalho, apresentando que esses fatores influenciam negativamente à saúde deles. As práticas exercidas pelo/a enfermeiro/a na ESF dão suporte ao funcionamento da equipe e respondem a diversas necessidades dos usuários, sem, todavia, apresentarem-se consolidadas. Conclui-se que persiste na ESF a prática assistencial fragmentada nos diversos saberes, agendas pouco flexíveis e atendimento burocratizado por normatizações. Há a necessidade de demonstrar a importância e a capacidade técnica e social, que tem o/a enfermeiro/a na APS, bem como a qualificação do processo de trabalho na eSF relacionada as múltiplas possibilidades de funções desenvolvidas pelo/a enfermeiro/a.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde pública; Estratégia saúde da família; Atenção primária à saúde; Competência profissional.

ABSTRACT

The family health strategy has been considered since 1994 as a preferential model attention to prior attention for the Brazilian health. Considering that Ceara was the pioneer state in the process of reaching Primary Attention to Health guarantee , through the Family Health Strategy and the nurses were part of the Health Family Team and develop a set of health practices, since the beginning of the Family Health Strategy, this study brings the following question: How can the nurses and the health municipality managers notice the nurses' professional practices in the Family Health Strategy in municipalities from Ceará? The aim is to analyse the nurses' professional practices that work in the in municipalities from Ceará. It is about a qualitative approach, made from October 2017 to January 2018 in four municipalities from Ceará: Cruz, Eusébio, Fortaleza and Tauá. The participants totalise 17, being eight nurses, two from each municipality, and nine managers (health municipality secretary and basic attention coordinators from the respective municipalities). A semi structured interview was used and a thematic analysis was adopted. The discussion was made starting from the categories : Family Health Strategy nurses' work process, challenges related to users' welcoming, service organization and municipality management: nurses' life experience in the : Family Health Strategy from the sense of work to the worker's health and Family Health Strategy work process on dimension of attention, promotion and management: a scenario of changes. The results pointed that these professional practices are guided by administrative, management, assistance and relational premises. From the attention activities that appear as a scope of the Family Health Strategy nurses practices, it is highlighted the prior attention for the primary groups such as: children, elderly, pregnant, people with chronicle diseases among others. The nurse appointment appeared in the interviewed reports and the medical prescription was presented as an activity that still brings questions by other professional groups and among the nurses themselves. It was noticed that the nurse performs health education activities such as: School Health Program , Lectures, Groups, waiting room, and national campaigns with predetermined themes. . About the group work, the nurses and the Health Communitarian Agent approach the inter professionalism activity. The innovative practices in the vision of the interviewed were: shared appointment, technological

advance, use of creativity and social network, the support to management activities. : impotency for not responding the users expectations, work overload, dissatisfaction, as a consequence for not being recognized for their work, showing that these factors influence negatively on their health. The nurse practices performed, give support to the group work, and respond to the user's several necessities, without, however being consolidated. It is concluded that the fragmented care practice persists in the Family Health Strategy in several knowns, less flexible agendas and bureaucratic al attendance for standards. There is the necessity to demonstrate the importance of the social and technical capacity that the nurse has in the Primary Attention to Health, as well as the Family Health Strategy work process qualification, related to multiple possibilities of functions developed by the nurses.

Key words: Nursing in Health Public, Health Family Strategy; Primary Attention to Health; Professional Competency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVO	23
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4 REVISÃO DE LITERATURA	24
4.1 Sistema Único de Saúde e o papel da ESF na reorientação do modelo assistencial no Brasil.....	24
4.2 A atuação da Enfermagem na Saúde Pública no Brasil e na ESF	29
5 METODOLOGIA.....	43
5.1 Tipo de estudo.....	43
5.2 Local do estudo	43
5.2.1 Características dos municípios em estudo.....	44
5.3 Caracterização dos participantes do estudo	46
5.4 Coleta de dados	49
5.5 Análise dos dados	50
5.6 Aspectos éticos	51
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
6.1 Processo de trabalho de enfermeiros na ESF: desafios relativos ao acolhimento de usuários, a organização do serviço e a gestão municipal	52
6.1.1 Acolhimento ao usuário da ESF: implicações para o/a enfermeiro/a.	56
6.1.2 Organização dos serviços definida pelos gestores municipais: orientações hierárquicas definidoras das práticas de enfermeiros/as na ESF	59
6.1.3 O trabalho em equipe e os desafios das relações interpessoais entre trabalhadores, gestores e usuários.	72
6.2 Vivências de enfermeiros/as na ESF: do sentido do trabalho a saúde do trabalhador.....	78
6.3 Processo de trabalho de enfermeiros/as na ESF na dimensão da atenção, promoção e gerência: um cenário em mudanças	82
6.3.1 A rotina do/a enfermeiro/a na ESF: desafios na educação e promoção da saúde.....	96
6.3.2 Inovações na dimensão da atenção, promoção e gerência: práticas de enfermeiros/as na ESF	101
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109

REFERÊNCIAS 112

ANEXO A 118

ANEXO B 121

ANEXO C 123

1 INTRODUÇÃO

Com a Declaração de Alma Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) firmou-se como o caminho para uma condição de saúde satisfatória em todo o mundo (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Para tal, Starfield (2002) atribuiu como responsabilidade da APS alguns elementos essenciais como: acessibilidade, a “porta de entrada” do sistema de saúde, que deve ser de fácil acesso para todos os usuários; longitudinalidade, relação de longa duração entre usuários e profissionais de saúde de um território e/ou unidade de saúde; interação profissional – paciente (construção de vínculo); integralidade da atenção, onde a oferta dos serviços é ajustada às necessidades de saúde da população e coordenação do cuidado que trata de acompanhar o paciente nos diversos atendimentos e serviços de saúde.

Assumindo a responsabilidade de garantir a acessibilidade, longitudinalidade, vínculo, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, surgiu no Ceará, o Programa Saúde da Família (PSF), que passou a ser adotado pelo Ministério da Saúde nacionalmente, em 1994, e hoje é denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF possibilita o acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária, atentando às necessidades de saúde do território bem como aos seus critérios de risco e vulnerabilidades, tendo como foco a família e a comunidade (ANDRADE; BARRETO; CAVALCANTI, 2013).

A ESF, como modelo de atenção foi proposta com uma equipe mínima composta de um médico - generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro - generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006 e 2017) mantiveram essa composição, incluindo-se os agentes de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Todavia, tem havido diversas discussões, críticas e debates sobre a composição das equipes e as atribuições de cada um dos integrantes. Ressalta-se que todos devem desempenhar suas atividades de forma interprofissional e com gestão coletiva da equipe, através da colaboração entre os profissionais (BRASIL, 2017).

Sobre a enfermagem na ESF, tem-se a presença de enfermeiros/as e técnicos de enfermagem, sob a supervisão do primeiro. A enfermagem pode ser definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, atuando na assistência e coordenação de práticas de cuidado de promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Desta forma, o/a enfermeiro/a enquanto integrante da equipe de saúde da família (eSF) tem seu espaço de atuação garantido (BACKES et al., 2012).

A ESF consiste num local de atuação do/da enfermeiro/a desde a sua concepção e implantação. Esse profissional possui capacidade técnica para o desenvolvimento de diversas atividades com ênfase na construção de vínculo permanente com a comunidade e contribui para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas em consonância com as necessidades do território. Em tal cenário, o/a enfermeiro/a desempenha atividades educativas, assistenciais e administrativas, contribuindo significativamente para a resolutividade de diversos problemas de saúde da população (CAÇADOR et al., 2015).

Caçador et al. (2015) em seu estudo sobre a prática do enfermeiro na ESF, aponta como desafios enfrentados por esse profissional como integrante da eSF à sobrecarga de trabalho, a organização da demanda espontânea e a infraestrutura das unidades. Os autores afirmam, ainda, que essa realidade gera alienação e pouca reflexão sobre a própria prática. Como potencialidades, os autores destacaram a formação de vínculo e o trabalho em equipe, capaz de fortalecer as relações interpessoais e proporcionar um ambiente de trabalho produtivo, saudável e satisfatório.

Corrêia, Acioli, Tinoco (2018) afirmam existir um entendimento de reorientar a prática do/da enfermeiro/a na APS enquanto prática de transformação social, na busca pela defesa da saúde da população. Há a necessidade de valorizar o contexto sócio histórico de vida das pessoas e dos condicionantes para a saúde da população. Os autores compreendem a prática do/da enfermeiro/a na ESF como social, onde a construção dessa prática do cuidado, em seu cotidiano, considera valores e concepções relacionadas ao contexto existente no território. A prática do/da enfermeiro/a na ESF focada em protocolos, manuais e diretrizes clínicas, formuladas com enfoque na doença, não é suficiente. A ESF exige do profissional

um olhar para os determinantes e condicionantes de saúde, reestruturando suas práticas de cuidado a partir dessa perspectiva.

A história da Enfermagem na ESF no Brasil, já passa de 25 anos de atuação do (a) enfermeiro (a) nos mais diversos territórios do país. Vale ressaltar que esse profissional se faz presente antes do surgimento da ESF, inicialmente como coordenador dos ACS, no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), que teve início no Ceará, em 1986, e se expandiu para todo o Brasil em 1991 (LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011). A participação do/da enfermeiro/a como supervisor/a do trabalho do ACS, no Ceará, serviu como iniciativa para incorporação de outros profissionais e o surgimento da eSF (ROSA; LABATE, 2005).

Na ESF o/a enfermeiro/a tem conquistado e assumido diferentes funções como: supervisão e qualificação da equipe de enfermagem e dos ACS, bem como ações de gerenciamento e coordenação da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS), além das atividades assistenciais, que envolvem ações de promoção e atenção. Na ESF o/a enfermeiro/a assume atividades de: educador(a), prestador(a) de cuidados, consultor(a), articulador(a), além de identificar os problemas no território integrando e planejando ações e serviços, contribuindo para a construção do trabalho em equipe (RANGEL, 2011).

Como integrante da eSF, o/a enfermeiro/a tem algumas de suas atuações específicas definidas na PNAB (2017) como: a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos, conforme protocolos e demais atividades práticas e gerais (BRASIL, 2017). As suas ações vão além das técnicas e dos procedimentos, destacando-se pela construção de vínculo, participação em movimentos sociais, com o olhar para condições sociais como a determinação social da saúde, ocupando espaços estratégicos na organização da assistência, qualificando sua prática no sistema de saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

A PNAB pontua diversas atribuições comuns a todos os membros das equipes da Atenção Básica, porém, muitas dessas são executadas com maior frequência por enfermeiros/as e/ou coordenadas pelos mesmos. Dentre essas atribuições relacionadas pela PNAB podemos destacar: processo de territorialização, participar do acolhimento do usuário realizando a classificação de

risco, realizar gestão da fila de espera evitando a prática do encaminhamento desnecessário, realizar busca ativa e notificação de agravos, trabalho interdisciplinar e em equipe, reuniões em equipe para planejar e avaliar as ações, articular e participar de atividades de educação permanente, ações de educação em saúde, participar do gerenciamento de insumos, promover a mobilização e a participação da comunidade viabilizando o controle social na gestão da unidade, identificar parceiros e recursos na comunidade que potencializem as ações intersetoriais, entre outras atribuições (BRASIL, 2017).

Mesmo que a ESF seja uma realidade de todo o território brasileiro, ainda se observa uma posição hegemônica do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista, mostrando a necessidade de reforçar e manter as atualizações dos estudos e pesquisas na ESF, que necessita de tempo para gerar uma transformação nos micro espaços de poder, bem como nas microestruturas políticas e sociais (PESSOA, 2015). A ESF contribui para ampliação do acesso universal à saúde, além de possibilitar ao/aos profissional(is) enfermeiros/as o trabalho em equipe de forma interdisciplinar, onde as condições de trabalho são fundamentais para determinar a forma e qualidade da assistência de enfermagem (FORTE, 2018).

O trabalho do/a enfermeiro/a é consideravelmente significativo para o desempenho satisfatório da eSF e essencial para a garantia da atenção à saúde na ESF, sendo essencial investigar as práticas destes profissionais na atualidade. Este estudo traz o seguinte questionamento: Como os enfermeiros (as) e gestores municipais de saúde percebem as práticas profissionais dos/das enfermeiros/as na ESF em municípios cearenses?

Acredita-se que discutir as atividades realizadas pelos enfermeiros (as) na ESF no momento atual, considerando suas experiências, seus saberes e suas práticas profissionais no Ceará, que foi o berço da ESF, pode contribuir com elementos fundamentais da ampliação das competências destes profissionais na ESF. Esse estudo está vinculado à pesquisa “Campo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ conforme parece nº 1.159.936 de 14/07/2015.

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente sou enfermeira da ESF do município de Independência-CE, atuando na eSF Ematuba em território rural e realizando atividade assistencial e gerencial da unidade. Também sou estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF) pela nucleadora FIOCRUZ-CE.

É necessário que fale um pouco sobre a minha história para, então, esclarecer sobre os motivos, que me despertaram o interesse em desenvolver o presente projeto de pesquisa.

Nasci no interior do estado do Ceará de uma família nuclear com três filhos, onde minha mãe trabalhava fora de casa para completar a renda da família. Sobre a profissão de minha mãe, esta era vacinadora, e em minhas mais remotas lembranças, recordo-me de acompanhá-la, por algumas vezes, em campanhas de vacinação, aos sábados, pois não tinha com quem me deixar. Lembro-me de percorrermos distâncias adentrando os sertões para vacinar crianças em locais como igrejas e escolas.

Não sei se momentos como esse influenciaram a minha escolha pela enfermagem, mas acredito, que a postura cuidadora de minha mãe, para além de nossa família, sempre me inspirou na vida e em minhas atividades profissionais.

Enquanto enfermeira, minha maior e melhor experiência têm sido na ESF, onde atuo há 14 anos. A ESF me proporciona construir vínculos, conhecer a história de vida das pessoas e em alguns momentos fazer parte dessas histórias. O cuidado às famílias me propiciam o desenvolvimento de habilidades não ensinadas na faculdade como o afeto e a empatia, que nos aproxima do outro.

Diante da minha experiência na ESF, percebo que o (a) enfermeiro (a) compreende e atua a luz dos atributos da APS, visto que esse profissional se faz presente na eSF desde a sua criação. Minha formação como enfermeira, promove maior facilidade para o trabalho na ESF, muito embora, ainda seja necessário ao ensino da enfermagem, assim, como nas demais profissões da saúde, o desenvolvimento de habilidades, que favoreçam um melhor preparo para o cuidado direcionado a família e comunidade.

As precárias condições socioeconômicas vivenciadas pelas famílias e a pouca oferta de programas, que possam minimizar os riscos sociais do processo saúde doença, muitas vezes despertam em mim o sentimento de impotência. Mesmo diante da busca por apoio intersetorial, percebo que pouco podemos fazer para enfrentar situações como: desemprego, violência e miséria.

As limitações de recursos que dificultam o investimento na melhoria dos serviços promovem desafios dos mais diversos, desde precárias condições de infraestrutura à falta de profissionais, insumos, equipamentos e medicamentos para adequado atendimento as necessidades de saúde do território.

A ESF no território rural exige recursos específicos como transporte adequado e estradas em condições adequadas de deslocamento. A realidade vivida por mim presencia transportes pequenos, que dificultam o deslocamento de todos os membros da equipe. Tais veículos são utilizados para entrega de medicamentos, insumos e alimentícios utilizados pela unidade de saúde. Situações como esta demandam mais tempo de deslocamento e atraso do início das atividades das equipes.

Outro desafio que enfrentamos no desempenho das atividades na ESF diz respeito ao envolvimento dos profissionais nas atividades culturais e nos movimentos sociais do território. É importante perceber, que atividades como essas podem servir de potencialidades para o enfrentamento de situações específicas do território, além de servir de apoio para determinadas famílias e/ou indivíduos.

Desta forma, percebo a necessidade do profissional da ESF, relacionada ao reconhecimento e envolvimento de suas atividades nos diversos movimentos e equipamentos existentes no território. Sob as variadas realidades e vivenciando uma diversidade de desafios e fortalezas, é possível que o exercício da enfermagem no cenário da ESF, tenha se modificado de forma a adaptar-se as necessidades de mudanças dos territórios e das realidades dos serviços.

Com tudo, surge de minha parte, enquanto enfermeira da ESF, a necessidade de aperfeiçoar meus conhecimentos e aprimorar minhas práticas profissionais no contexto da Saúde da Família, despertando em mim o interesse em ingressar no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF). O MPSF tem como público alvo os trabalhadores da ESF e um de seus objetivos “é desenvolvimento profissional por meio da produção do conhecimento científico, tecnológico e de inovação; e de ações de educação na saúde a partir dos

pressupostos da Educação Permanente” (RENASF, 2016). Isso quer dizer que o local de trabalho apresenta-se, também, como local de aprendizado, permitindo ao profissional recriar práticas e saberes. Será que os (as) enfermeiros (as) desenvolveram conhecimentos, habilidades e atitudes a partir de suas vivências profissionais? A partir das experiências com as famílias e território, esses profissionais desenvolvem saberes não ensinados e que ainda não estão escritos?

Tais questionamentos despertaram em mim o desejo de desenvolver essa pesquisa. Pois, acredito que compreender as práticas profissionais dos (das) enfermeiros (as), que atualmente desenvolvem suas atividades na ESF em municípios do Ceará é de grande relevância pela possibilidade de oferecer informações sobre possíveis lacunas, como também, identificar inovações em relação ao seu trabalho na ESF.

Estudos como esse contribuem com a formação do profissional discente do MPSF de forma a aprimorar os conhecimentos e a reflexão das práticas dos profissionais da ESF. Sabendo que o mestrado forma profissionais do serviço, para o serviço e no serviço, contribui para consolidação da ESF, a partir da atuação de seus egressos que podem produzir e reproduzir conhecimentos que retroalimentam as práticas profissionais.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas profissionais dos/das enfermeiros/as, que atuam na Estratégia Saúde da Família em municípios do Ceará.

3.2 Objetivos Específicos

Reconhecer as práticas dos (das) enfermeiros (as) que atuam em equipes de saúde da família, a partir da visão dos enfermeiros (as) e gestores municipais de saúde;

Apreender as percepções dos (das) enfermeiros (as) que atuam na estratégia saúde da família acerca da sua atuação junto à equipe saúde da família;

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Sistema Único de Saúde e o papel da ESF na reorientação do modelo assistencial no Brasil.

No Brasil, durante a vigência de um modelo de saúde que prevalecia hegemônico, de meados de 1960 até o final de 1980, e que era criticado por sua prática curativista, de atendimento individual e centrado na consulta médica, no atendimento hospitalar e nas especialidades médicas, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, que defendia o acesso às ações e serviços de saúde de forma universal e equânime, a partir de um sistema organizado de forma descentralizada e integralizada, garantido a participação popular (ANDRADE; BARRETO; CAVALCANTI, 2013).

O processo de garantia dos direitos a saúde propostos pela Reforma Sanitária iniciou-se com a constituição de 1988, nos artigos 196 a 200, apontada como marco legal da criação do Sistema Único de Saúde – SUS e complementada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira condiciona os princípios do SUS, como a descentralização político-administrativa, guardando ações de promoção, proteção e recuperação; a segunda garante a participação da comunidade e normatiza a transferência de recursos financeiros (ANDRADE; BARRETO; CAVALCANTI, 2013).

A conquista do direito universal à saúde, a partir da criação do SUS, assegura o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Traz a necessidade de operacionalizar seus princípios, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e se contrapõe ao modelo curativista, garantido a saúde como direito social.

Paim (2018) afirma que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado. Diz ainda, que o sistema resiste por possuir uma rede de instituições de ensino e pesquisa, que possibilita a um conjunto de pessoas, conhecimentos, habilidades e valores vinculados nos princípios e valores do SUS, onde muitas dessas pessoas tornam-se militantes do SUS, sustentando sua existência.

Diante a criação do SUS, a partir do movimento de reforma sanitária, é importante lembrar sobre a Declaração de Alma Ata, que defendia a saúde como

direito social, tornando inaceitável a desigualdade da condição de saúde dos diferentes povos e propondo ações de promoção e proteção da saúde de forma a garantir a qualidade de vida (OMS, 1986).

Desta forma, diante do crescimento mundial da iniquidade no âmbito social e da saúde, a Organização Mundial da Saúde – OMS empregou alguns princípios norteadores para estruturação da APS. Tais princípios defendem que o sistema de saúde deve ser: equânime, humanitário, solidário e ético, concentrado nas ações de promoção e proteção da saúde, centrado na pessoa, objetivando a qualidade, e com financiamento sustentável e conduzido pela APS (STARFIELD, 2002).

O SUS e seus programas são considerados referência internacional, onde pode-se destacar o Programa Nacional de Imunização (PNI), Programa de Controle do Vírus da Imunodeficiência Adquirida e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos (MENDES, 2013). O mesmo autor considera três grandes desafios a serem enfrentados pelo SUS: a organização macroeconômica do sistema, a organização microeconômica expressa no modelo de atenção e o financiamento. Mendes (2013) acredita que a segmentação do SUS como subsistema privado de saúde suplementar, embora tenha sido pensado como sistema universal, impossibilita a resolução dos problemas macroeconômicos. Assim, as mudanças possíveis se limitam a organização microeconômica, através de uma efetiva organização estrutural e de forma integrada das redes de atenção a saúde, coordenada pela APS.

Sobre a APS, essa permite a entrada ao sistema de saúde pública, organizando e racionalizando os recursos básicos e especializados de promoção, manutenção e recuperação da saúde, com objetivo de inverter o modelo curativista, centrado na figura hegemônica do médico, em um modelo de prevenção e promoção da saúde, organizado inicialmente com aplicação do conceito de multiprofissionalidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006) e, mais recentemente, de interprofissionalidade, garantindo a integralidade com outros níveis de atenção.

Istúriz (2015) defende uma APS integral e coordenadora do cuidado, disposta no centro de uma rede integrada de serviços de saúde, capaz de articular

ações intersetoriais e atuando como influenciadora dos determinantes sociais, com capacidade de promover saúde, garantir equidade, acesso universal e de qualidade.

No Brasil adotou-se a ESF, como modelo de APS, tornando-se o serviço de primeiro contato da população com as redes de atenção à saúde, promovendo sua comunicação. Istúriz (2015) afirma que a ESF possibilitou o acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária, atentando-se às necessidades de saúde do território, bem como aos seus critérios de risco e vulnerabilidades, tendo como foco a família e a comunidade.

A ESF caracteriza-se por um conjunto de ações e serviços de saúde que vão além da assistência médica, organizada a partir das necessidades da população, identificadas através do estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais de saúde. A atenção a saúde é centrada a família, onde essa é entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Desta forma, é necessário que os profissionais de saúde entrem em contato direto e contínuo com as condições de vida e saúde da população, tornando possível um entendimento ampliado do processo saúde-doença existente no território e suas necessidades de intervenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Mendes (2013) ao avaliar os modelos de APS afirma que a ESF como forma de operacionalizar a APS tem se mostrado como uma experiência exitosa se comparada aos modelos tradicionais. Influencia de forma positiva na garantia de acesso, na utilização dos serviços de saúde e impactando na melhoria de indicadores como mortalidade infantil, mortalidade em menores de 05 anos, redução das internações hospitalares e redução da atenção de urgência. O autor considera que houve uma maior satisfação, por parte das pessoas, para com a atenção recebida a partir da ESF, bem como, a nítida orientação do modelo para os mais pobres, melhorando a performance do SUS, contribuindo positivamente com outras políticas sociais como educação, além de despertar os interesses internacionais pela APS.

São considerados princípios e diretrizes do SUS operacionalizados pela APS, a partir da ESF: universalidade, integralidade e equidade como princípio; regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do

cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade, como diretrizes (BRASIL, 2017).

A PNAB tem sofrido algumas transformações ao longo dos anos. Sua primeira edição ocorreu em 2006, onde se incorporou os atributos da APS à concepção da Atenção Básica (AB) de forma abrangente e reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da APS. Revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência das modalidades predominantes: UBS com ou sem ESF (MELO et al., 2018; BRASIL, 2006). Definiu ainda as condições de financiamento através do Piso da Atenção Básica onde uma parte desse financiamento considerava as seguintes estratégias de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2006).

Através da PNAB de 2011, do Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e do Programa Mais Médicos (PMM) observou-se o esforço em resolver nós críticos que persistiam ao longo da expansão da ESF. Tais dificuldades encontravam-se relacionadas a infraestrutura das unidades, ao subfinanciamento do sistema, ao modelo assistencial e a carência de profissional médico para trabalhar no Saúde da Família (MELO et al., 2018). Com a PNAB de 2011 foram criadas diferentes modalidades de equipes como: consultório de rua, equipes ribeirinhas e fluviais. (BRASIL, 2011). O PMM foi responsável pelo aumento da cobertura da ESF no Brasil, no entanto, persistiam os problemas como o subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a formação profissional, a integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros (MELO et al., 2018).

Na PNAB de 2017 foi acrescido ao conceito de AB os “cuidados paliativos” e a expressão “vigilância à saúde”. O quantitativo de pessoas por ESF foi modificado de no máximo 4.000 pessoas para 2.000 a 3.500 pessoas por equipe. Apresenta como descontinuidade a possibilidade da redução do número de ACS por equipe, podendo chegar ao mínimo de um, além de possibilitar o aumento de suas atribuições com o desempenho de competências atualmente desempenhadas pelos

técnicos de enfermagem, como: aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos (MELO et al., 2018; BRASIL, 2017).

Como atribuição específica do (da) enfermeiro (a) foi acrescida a responsabilidade de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes de Combate as Endemias (ACE). Antes tal atribuição referia-se apenas as ações dos técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS. Além disso, é sabido que o/a enfermeiro/a da ESF também exercia atividades gerenciais em muitas unidades de saúde da família, diante da situação, a PNAB 2017 incluiu o Gerente de Atenção Básica, que deve desempenhar atividades gerenciais em consonância com as necessidades do território (BRASIL, 2017). Desta forma, a PNAB 2017, impediu que o/a enfermeiro/a que compõe a eSF possa também assumir a responsabilidade gerencial da unidade de saúde. Tal condição necessita de mais reflexões e discussões, levando em consideração a diversidade dos territórios nas variadas regiões do país, onde se encontra unidades de saúde com apenas uma eSF, localizadas em áreas distantes geograficamente podendo dificultar o gerenciamento de duas unidades por apenas um gerente.

A PNAB apresenta algumas características necessárias no processo de trabalho das equipes da ESF onde se destaca: definição de território de atuação e população adscrita, programação das atividades de acordo com as necessidades de saúde do território, desenvolver ações priorizando grupos de risco e fatores de risco, realizar acolhimento com classificação de risco e escuta qualificada, desenvolver atenção integral, contínua e organizada, na unidade, no domicílio e demais espaços do território, desenvolver ações educativas e intersetoriais e implementar diretriz que qualifiquem a atenção e gestão (BRASIL, 2012).

Buscando discutir e ampliar o modelo sanitário médico-curativista, a ESF apresenta uma abordagem coletiva, multiprofissional e interprofissional, centrada na família e na comunidade, levando em consideração as condições ambientais, sociais e culturais (BACKES et al., 2012).

O modelo de APS brasileiro tem sido considerado exemplo a ser seguido por outros países, devido a sua cobertura e extensão. Porém, ainda existe a necessidade de aumentar a cobertura da ESF com foco especial nos municípios

grandes e de médio porte, bem como expandir o trabalho interdisciplinar, instituir a atenção baseada em evidência e promover recursos financeiros (MENDES, 2013).

4.2 A atuação da Enfermagem na Saúde Pública no Brasil e na ESF

Com o objetivo de atender aos hospitais civis e militares, iniciou-se no Brasil a formação de pessoal da enfermagem, a partir da criação da Escola Profissional de enfermeiros e enfermeiras, no Rio de Janeiro. Esta foi a primeira escola de Enfermagem brasileira, criada em 1890 junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Com abordagem aos aspectos básicos da assistência hospitalar e curativa, o curso tinha duração de dois anos (GIONANINI et al., 2009).

Em 1923 chegaram ao Brasil algumas enfermeiras norte-americanas que organizam a Escola de Enfermagem Anna Nery, que foi a primeira escola brasileira baseada no modelo nightingaleano. Tal feito redimensionou o modelo da Enfermagem profissional no País, onde a escola ficou reconhecida como padrão de referência para as demais. A escola tornou-se tradicional e suas enfermeiras eram consideradas padrão, o que qualificou a imagem da enfermeira brasileira na época. A formação nos moldes nightingaleano reproduziam profissionais com características de submissão, obediência, disciplina, entre outras (GIONANINI et al., 2009).

Na década de 1930, várias escolas foram fundadas por todo o Brasil, muitas com a iniciativa de religiosas através das irmãs de caridade com apoio do Governo Federal. Nesse contexto a enfermagem profissional encontrava-se na área do ensino e da saúde pública e a prática leiga predominava nos hospitais, desenvolvida por religiosas (GIONANINI et al., 2009).

Somente na década de 1960 a Enfermagem passou a ensino de nível superior, consolidando a educação e a formação da profissão. Integrada aos programas universitários e governamentais, os/as enfermeiros/as encontravam-se concentrados nas atividades na área hospitalar e observava-se o crescimento quantitativo de outras categorias na Enfermagem, com o objetivo de atender nas

necessidades do mercado de trabalho. Tal composição heterogênea da Enfermagem no Brasil atendeu às necessidades do mercado, porém, reforçou a fragmentação e a subdivisão do trabalho e dificultou o reconhecimento social, uma vez que o usuário tendeu a confundir seus agentes (GIONANINI et al., 2009).

Houve uma divisão da Enfermagem onde alguns desenvolviam ações assistenciais e outros desenvolviam atividades gerenciais, bem como as ações técnicas de diferentes níveis de capacitação, marcando a "...instituição de relações de dominação/subordinação entre seus agentes", permanecendo até o início do século XXI e marcando o grande desenvolvimento da assistência médico-hospitalar (ROCHA, 1986, p. 299). O autor cita que houve uma reorganização da enfermagem buscando dar conta do grande volume de serviço, como consequência do crescimento das instituições de saúde.

Nas décadas de 1970 e 1980, ocorreram um aumento progressivo da enfermagem científica e o crescimento dos cursos de graduação e pós-graduação, centrados na assistência curativa, concentrando maior carga horária no aprendizado nessa área de atuação, bem como nos estágios hospitalares. Com a Constituição de 1988 e a luta pela Reforma Sanitária no Brasil, fez-se necessário a reestruturação do ensino e das práticas de saúde. Para a Enfermagem surgiu o desafio de redefinir suas práticas no serviço e o redirecionamento da formação (GIONANINI et al., 2009).

A partir da década de 1990, uma parte significativa do pessoal da Enfermagem focava na especialização para atender a necessidade da área hospitalar enquanto, um grupo menor, direcionava-se ao resgate da saúde pública (GIONANINI et al., 2009).

É sabido que, por aproximadamente, cinquenta anos, a enfermagem vem redefinido seus saberes e práticas, reconstruindo teorias e métodos, a partir do contexto de sua clientela, isto é, considerando as necessidades do indivíduo, da família e da coletividade, bem como o ambiente no qual estão inseridos. A enfermagem se apresentava como um grupo profissional amplo, distribuído em diversos papéis, funções e reponsabilidades que, além, de sua efetiva participação nos programas de saúde pública, como: controle da malária, tuberculose, hanseníase e diarreia, atuavam na coordenação ou no desenvolvimento de ações,

nas décadas de 1980 e 1990 e participavam de forma bem-sucedida da organização do setor saúde, a partir da APS, em diversas regiões do mundo (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A reestruturação do setor saúde em todo o mundo, a redução das internações hospitalares, a saúde com base na APS e a preocupação em reduzir os custos com a saúde provocaram mudanças na atuação do/a enfermeiro/a. Esse passou a atuar no cuidado domiciliar, ambulatorial e em espaços comunitários, não deixando de estar presente nos espaços hospitalares (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

O/A enfermeiro/a destaca-se como membro-chave da equipe multidisciplinar, promovendo uma prática de cuidado segura, eficiente e de qualidade, contribuindo para o crescimento mundial exponencial do número de enfermeiros/as empregados na APS o que fortalece os serviços de APS. No contexto brasileiro atual, a presença do/da enfermeiro/a demonstra-se fundamental para a consolidação da estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde proposto pela ESF, contribuindo com suas variadas atribuições, desde a organização gerencial das atividades da ESF, o funcionamento do centro de saúde até o cuidado direto aos indivíduos, família e comunidade (KAHL et al, 2018).

Backes *et al* (2012) defende que o/a enfermeiro/a é o principal incentivador das políticas e programas voltados para saúde coletiva, em especial a ESF, que requer maior envolvimento com as reais necessidades de saúde das famílias e/ou comunidades. O/A enfermeiro/a possui habilidades e atitudes capazes de defender os usuários dos serviços de saúde, atuando de forma colaborativa com outros profissionais e setores. Na ESF esses profissionais utilizam diversas tecnologias, seja na dimensão técnico-assistencial, através do conhecimento técnico e científico, como na dimensão técnico-relacional, favorecendo a interação com usuários e famílias, e a dinâmica coletivo-social relacionada ao processo de trabalho (FORTE *et al*, 2018).

A PNAB coloca como atribuições específicas do enfermeiro (a) como integrante das equipes, ações como: atenção à saúde dos indivíduos e famílias em todos os ciclos de vida, na unidade, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realização de consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrição de medicações conforme protocolos,

observadas as disposições legais da profissão; realização e/ou supervisão de acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco; realização de estratificação de risco e elaboração de plano de cuidados, junto aos demais membros da equipe; realização de atividades em grupo; planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e Agente Comunitário de Endemias (ACE); além de supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência e exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade da sua área de atuação (BRASIL, 2017).

A enfermagem como toda profissão é regulamentada por lei (Lei 7.498/1986) que define quais os profissionais, que fazem parte da equipe de enfermagem, e quais são as atribuições de cada profissional. A Lei 7.498 de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e o Decreto nº 94.406/87, que regulamentam a lei, definem como atribuições privativas do enfermeiro (a) atividades como: organização e direção dos serviços de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; entre outras.

E como integrante da equipe de saúde, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem destaca: a participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública; prestar assistência de enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde de indivíduos e/ou grupos específicos; participar de programas e atividades de educação sanitária, visando melhores condições de saúde ao indivíduo, a família e a população em geral; entre outras (BRASIL, 1986; 1987).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em novembro de 2017, a partir da Resolução COFEN nº 0564/2017, dispõe entre outros direitos das categorias profissionais o direito a participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão; ter acesso às diretrizes políticas, normativas e

protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração; aplicar o processo de enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documenta o cuidado à pessoa, família e coletividade e recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal (COFEN, 2017).

Além de garantir o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar o presente código de ética defende a aplicação do processo de enfermagem no cuidado à pessoa família e coletividade. A OMS oficializou a operacionalização do processo de enfermagem em 1985, classificando suas quatro fases: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação (BARRA; DAL SASSO, 2012).

Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem, a partir da Resolução nº 358/2009, dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem, organizando-o em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, que consistem em coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Mesmo sabendo que o enfermeiro (a) na ESF realiza atividades individuais, coletivas e como integrante da eSF, percebe-se que a Lei do exercício profissional, o Decreto 94.406/87 e o Código de Ética do Profissionais de Enfermagem discorrem sobre as atividades do/da enfermeiro/a de forma generalizada, não deixando claro as atribuições do profissional, diante das diversas atividades desempenhadas atualmente na ESF, como a prescrição de medicamentos que, segundo a lei 7.498/1986 pode ser realizada a partir de programas de saúde pública. Porém, isso ainda gera questionamentos por parte de outras classes profissionais e entre os próprios enfermeiros/as.

Além disso, o processo de enfermagem, que objetiva sistematizar as atividades assistenciais desempenhadas pela categoria, não relata atividades como a prescrição de medicamentos como parte desse processo.

Para Martiniano et al. (2015) a prescrição de medicamentos como prática realizada pelo enfermeiro/a, aparece de forma isolada do processo de enfermagem,

muito embora, encontre-se descrita na lei do exercício profissional da enfermagem como prática desse profissional.

Ao mesmo tempo, em que a Resolução nº 358/2009 não coloca a prescrição de medicamentos como parte do processo de enfermagem, essa atividade é reconhecida como prática do enfermeiro a partir do artigo 11, inciso II, alínea 'c' da Lei 7.498/86, reconhecendo a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro em programas de saúde pública aprovada pela instituição de saúde.

Forte *et al* (2018) menciona que a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro tem sido tema de debate internacional, especialmente devido ao envelhecimento da população, o que resulta no aumento das doenças crônicas, onde possibilita a ampliação das responsabilidades de outros profissionais, além do médico, objetivando atender às necessidades da população.

Sobre algumas das atividades do/da enfermeiro/a, de acordo com as normatizações, a ESF é o local privilegiado para as prescrições de medicamentos pelo enfermeiro. O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), normatizado pela Portaria nº 184/2011 do Ministério da Saúde (MS), determina em seu artigo 27, que para comercialização e dispensação dos medicamentos e/ou correlatos do programa, as farmácias e drogarias tem a obrigação de requerer a prescrição médica com número de CRM, assinatura e carimbo (BRASIL, 2011).

Existe, então, uma dicotomia com a legislação profissional da enfermagem, que reconhece o/a enfermeiro/a como profissional legalmente habilitado para à prescrição de medicamentos dentro dos programas de saúde pública, porém a mesma prescrição não é aceita nas farmácias do PFPB também regulamentadas pelo MS.

Diante desses fatos, questiona-se como é possível que o/a enfermeiro/a possa realizar uma prescrição de medicamentos, enquanto parte da equipe de Saúde da Família, e ao mesmo tempo, não pode, se o paciente for receber a medicação no Programa Farmácia Popular do Brasil?

Sabendo que a Lei nº 7.498/1986 foi criada antes do SUS e da ESF, período em que o/a enfermeiro/a que atuava na saúde pública desenvolvia atividades em programas específicos como: Tuberculose, Hanseníase e Imunização,

percebe-se a necessidade de refletir e discutir as normatizações específicas da enfermagem, buscando redefinir as atribuições desse profissional na saúde pública e mais especificamente na ESF.

A definição clara e detalhada do conjunto de atividades, funções e ações desenvolvidas por um profissional, em consonância com sua formação, treinamento e competência, consiste na expressão **escopo de prática**. Para melhor compreender o escopo de prática é necessário considerar elementos como: as atividades profissionais garantidas pela legislação que rege a profissão, as reais atividades realizadas na prática profissional, a formação, os critérios que permitem o exercício da profissão e a responsabilidade profissional (GIRARDI et al., 2016; 2017).

Os autores acreditam, que ao limitar muito o escopo de prática do profissional da saúde resulta no crescimento do número de referências para os serviços secundários, aumento os custos com saúde, além de dificultar o acesso dos usuários aos bens e serviços. Desta forma, a composição do escopo de prática dos profissionais proporciona impacto direto na produtividade da força de trabalho, bem como na resolutividade e custo dos serviços de saúde.

Girardi et al. (2017) consideram necessário reformar a regulação das profissões da saúde no Brasil, extrapolando atividades definidas legalmente, e considerar o contexto das práticas, as normas, os protocolos, a competência e experiência profissional, além de considerar as necessidades dos usuários.

Backes *et al* (2012) defendem a ideia que, diante das conquistas e desafios vividos pelo enfermeiro/a na ESF, é necessário que esse profissional amplie as discussões em busca do delineamento cada vez mais adequado ao seu campo de atuação profissional e desenvolva um projeto político-legal coerente a luz dos princípios e diretrizes do SUS, bem como aos princípios da ESF.

Tendo o cuidado ao ser humano como essência e especificidade do seu trabalho em todas as dimensões de forma integral e holística, individual e coletiva, o/a enfermeiro/a é formado para atuar nos diversos espaços sociais, bem como na atenção, gestão, ensino, pesquisa e controle social (BACKES et al, 2012). Tais características permitem ao/a enfermeiro/a desenvolver suas atividades junto a ESF

adotando uma postura de profissional comprometido com o indivíduo e/ou famílias de forma ampliada, permitindo o olhar para as condições sociais e ambientais envolvidas.

Os autores afirmam ainda, que a autonomia e o protagonismo social do/da enfermeiro/a foram desenvolvidas, a partir de avanços técnico-científicos, legais e políticos, e pela promoção de práticas cidadãs comprometida com o bem-estar social (BACKES et al, 2012). Todavia, Costa; Couto e Silva (2015) pontuam em seu estudo vários desafios enfrentados pelo enfermeiro/a da ESF no desempenho do seu processo de trabalho onde, dos quais, se destacam: escassas reuniões de equipe, fragilidade nas relações interpessoais, falta de material, obstáculos para realização de visita domiciliar e sobrecarga de trabalho, bem como a influência do modelo biomédico, que valoriza a figura do médico e o cuidado baseado na doença. Outro desafio citado pelos autores diz respeito à influência histórica que a enfermagem tem pela dependência da medicina. Porém, a qualificação profissional é considerada fator primordial para autonomia e êxito da prática clínica da enfermagem.

É necessário que o/a enfermeiro/a amplie seu olhar para as novas práticas profissionais desenvolvidas dentro da ESF, além das práticas assistenciais, normas e rotinas que se mostram inflexíveis, permitindo um cuidado a partir de novas abordagens de intervenção ao indivíduo, família e comunidade, com a utilização de práticas educativas criativas e inovadoras promovendo a participação do usuário como protagonista de sua própria história (RANGEL, 2011).

Para Rangel (2011) o/a enfermeiro/a é o profissional que agrega vários saberes como consequência de sua capacidade de interagir de forma abundante com todos os profissionais da equipe, além de colocar em prática sua autonomia ao avaliar as necessidades de saúde do indivíduo, família e/ou comunidade, decidindo sobre os tipos de intervenções de cuidado.

O/A enfermeiro/a da ESF é um profissional modificador da realidade do território, buscando desenvolver novas práticas com o objetivo de inovar a assistência à saúde no SUS (FORTE, 2018). Destaca-se pelo desempenho de atividades não só assistenciais, mas também, na dimensão gerencial da unidade e de educação em saúde. Através de sua prática integradora do cuidado, ver o

indivíduo como ser singular, complexo e capaz de ser protagonista do seu processo saúde-doença, além de potencializar a comunicação com diversos setores sociais (BACKES et al, 2012).

Forte et al (2018) reconhecem que a política de gestão e as condições de trabalho que permeiam a ESF contribuem na qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro/a apontando a importância da expansão do modelo, tendo em vista que esse contribui com a garantia dos princípios do SUS e possibilita ao/a enfermeiro/a o desempenho de atividades voltadas para o trabalho em equipe. Completa ao dizer que os/as enfermeiros/as são agentes modificadores das realidades do território, buscando novas possibilidades de atuação e propostas inovadoras de assistência à saúde.

A discussão acerca das atividades do/da enfermeiro/a da APS é ampliada pela OMS em busca de uma cobertura de saúde universal e acesso universal à saúde, a partir de cuidados primários de saúde. Além disso, a Organização das Nações Unidas (ONU) ao definir os novos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) em 2030, tem reafirmado seu compromisso com a cobertura de saúde universal. Os ODS são 17 e estão definidos como: erradicar a pobreza; erradicar a fome; saúde de qualidade; educação de qualidade; igualdade de gênero; água potável e saneamento; energias renováveis e acessíveis; trabalho digno e crescimento econômico; indústria, inovação e infraestrutura; reduzir as desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis; produção e consumo sustentável; ação climática; proteger a vida marinha; proteger a vida terrestre; paz, justiça e instituições eficazes e parcerias para implementação dos objetivos. Muito embora os países da América Latina tenham avançado com o desenvolvimento de modelos de saúde universais, ainda existem limitações quanto ao acesso equitativo à saúde e de cuidados de saúde primários essenciais, situação fora do alcance de milhões de pessoas na região (BRYANT-LUKOSIUS et al, 2017).

Na busca de garantir cobertura universal e acesso universal e equitativo, existem necessidades de saúde com urgência de serem atendidas como o cuidado as comunidades rurais e com outras limitações por barreiras geográficas, populações mais vulneráveis, melhoria dos indicadores de mortalidade materna e infantil, doenças infecciosas, envelhecimento da população, o aumento das doenças

crônicas como câncer, saúde mental, doenças cardiovasculares e diabetes (BRYANT-LUKOSIUS et al, 2017).

O envelhecimento populacional e o aumento de pessoas com doenças crônicas apontam a necessidade de um número maior de profissionais nos serviços e que esses estejam preparados para atender as necessidades dos usuários em consonância com as características dos mais diversos territórios e das mais diversas populações. É sabido que populações em situações de vulnerabilidades, extremos da vida, mulheres, crianças, indígenas, afrodescendentes, minorias étnicas, entre outros são os mais atingidos no que diz respeito ao acesso e cobertura universal (OPAS, 2018).

A distribuição de recursos humanos da enfermagem é bastante heterogênea, variando dentro de um mesmo país de acordo com a região e variando entre diferentes países. Na maioria dos países a proporção do número de enfermeiros/ 10 mil habitantes, apresenta-se menor ou igual a 10,4. Proporção pequena se comparada com países como EUA (111,4) ou Canadá (106,2) (OPAS, 2018).

No Brasil a razão de enfermeiros por habitantes é de 2,22 por mil habitantes em 2016 e de 2,07 médicos para cada mil habitantes (ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO, 2016). Em 2013, a partir de relatório mostrando a situação da enfermagem de 2008-2012, a OMS reforçou a necessidade de desenvolver uma enfermagem especializada com competências para os serviços de cuidados primários.

A OMS defende a Prática Avançada de Enfermagem como uma estratégia para ampliar a força de trabalho da APS na América Latina e garantir maior acesso da população aos profissionais de saúde (BRYANT-LUKOSIUS et al, 2017). A OMS considera os recursos humanos da saúde um componente fundamental e indispensável para alcançar os ODS. Sendo a enfermagem integrante fundamental desse componente, é reconhecida a necessidade de apoiar os avanços da qualificação técnica desses profissionais, bem como seu fortalecimento e reconhecimento. A OPAS define passos que considera necessários ao enfrentamento dos desafios da enfermagem, onde se destaca: a elaboração e implementação de estratégias para recrutar e manter enfermeiras/os nos serviços,

reduzindo o déficit de recursos humanos, padronizar exigências para ingressar nos cursos de formação, produzir educadores críticos e competentes capazes de formar pesquisadores e líderes, promover a integração interprofissional e desenvolver papéis para prática profissional de forma inovadora e avançada (OPAS, 2018).

O Enfermeiro/a de Prática Avançada (EPA) deve ter alto grau de competência e autonomia profissional para poder tomar decisões clínicas, bem como avaliar, dar diagnóstico, realizar prescrições, desenvolver planos de cuidados e referenciar o paciente para outros serviços (MIRANDA NETO et al, 2018).

Miranda Neto et al (2018) pontuam alguns desafios a serem enfrentados na introdução da EPA. Tais desafios estão relacionados a dificuldades como a confusão de terminologias, lacunas na definição de papéis, o importante destaque se faz a ações do enfermeiro/a em substituição do médico, uso limitado de abordagem baseada em evidência e falha na análise macroestrutural, como: sociedade, sistema de saúde vigente, recursos humanos da enfermagem, regulamentação e normatização da profissão, formação profissional, entre outras. Os autores deixam clara a necessidade de priorizar a discussão e análise sobre esses aspectos antes da introdução da/do EPA objetivando maiores resultados positivos.

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) coloca como atividades de prática avançada de enfermagem a autonomia para prescrever medicamentos, para solicitar exames, realizar diagnósticos e avaliação avançada de saúde, recomendar tratamento, assumir a responsabilidade por um conjunto de usuários, referenciar e contrarreferenciar, tornar-se o profissional de primeiro contato do usuário (MIRANDA NETO et al, 2018).

No contexto da APS norte-americana, a situação de crescente demanda aos serviços de saúde e o déficit de profissionais médicos, a EPA tornou-se alternativa para suprir essa lacuna, mostrando resultados com eficácia e eficiência (MIRANDA NETO et al, 2018).

Nos países de alta renda existe um maior desenvolvimento de EPA como ocorre nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália. Em contrapartida, existem poucos relatos de atividades de EPA em países de baixa e média renda.

Brasil, Chile, Colômbia e México são os países da América Latina, que se encontram em melhores condições para implantar a EPA por possuírem programas educacionais capazes de incorporar a educação para EPA, onde o Brasil se destaca por dispor de 51 mestrados e 36 doutorados em enfermagem (BRYANT-LUKOSIUS et al, 2017).

As barreiras encontradas para a introdução da EPA na América Latina não são diferentes das barreiras internacionais. Dessas, cita-se o pouco quantitativo de enfermeiros graduados em relação ao grande número de enfermeiros/as com formação técnica. Existe também, a falta de reconhecimento do trabalho dos/das enfermeiros/as da APS como uma área de especialidade almejada como carreira profissional, bem como a resistência dos médicos quanto a ampliação das atividades do/da enfermeiro/a e existência da cultura de medicalização da assistência (BRYANT-LUKOSIUS et al, 2017).

Bryant-Lukosius et al (2017) acreditam que, com a introdução da EPA de forma adequada, nos serviços de saúde dos países da América Latina, será capaz de estabelecer a carreira profissional que irá do nível mais inicial ao avançado, podendo criar funções definidas com faixas salariais estabelecidas, moldando programas educacionais com certificação adequada e acreditação, além de guiar planos de cargos, carreiras e salários e avaliação de desempenho, fomentando a valorização da carreira na APS.

Embora a OPAS (2018) fale de delegação de práticas para o EPA, ao mesmo tempo defende que esse profissional representa a ampliação das práticas da enfermagem no primeiro nível de atenção, jamais na pretensão de substituir qualquer outro profissional e sim contribuir para que a população tenha acesso a cuidados de enfermagem cada vez mais qualificados. Deixa claro que as experiências exitosas com EPA ocorrem em diversos países, porém, a maioria desses economicamente desenvolvidos e com maior relação médico por habitantes.

Entende-se que seja necessária uma reflexão aprofundada sobre as práticas do EPA, desconstruindo o discurso de que esse profissional servirá de substituição do médico. Se o objetivo for ampliar as práticas do/da enfermeiro/a na APS ou, aprimorar a regulamentação das práticas já realizadas por esses profissionais existe a necessidade de refletir sobre as atividades que o/a

enfermeiro/a da APS desempenha em seu contexto real, no caso brasileiro na ESF. Com a ampliação de práticas, saberes e responsabilidades, entende-se que exista a necessidade de discutir sobre as condições de trabalho, e dentre elas, as questões salariais da categoria, para que não exista o risco de substituição de um profissional por outro visando reduzir os gastos com recursos humanos, contribuindo com a desvalorização profissional do enfermeiro.

Quando pensa dimensionamento da enfermagem na APS, Santos; Andrade; Spiri (2019) afirmam que nesse contexto é necessário levar em consideração sua complexidade, onde cada território com suas diversidades e singularidades, irão demandar necessidades distintas, mostrando o quanto é complexa a assistência na APS. Diferente dessa reflexão, a última PNAB sinaliza um retrocesso ao permitir certa flexibilidade da cobertura populacional pela ESF, atrelando os parâmetros números de equipe por população às especificidades do território e à possibilidade de outros arranjos. A política abre a possibilidade de formar equipes com parâmetros populacionais maiores ou menores que o recomendado, onde o quantitativo de profissionais não se apresenta definido (SANTOS; ANDRADE; SPIRI, 2019; BRASIL, 2017).

O enfermeiro na ESF desenvolve atividades diversas no âmbito assistencial, gerencial, na pesquisa, na participação política e no ensino. Esse profissional se destaca também, pela importância que dá ao registro das informações e monitoramento das ações da equipe, além de seu relevante papel ao promover o envolvimento interprofissional através das reuniões em equipe e ao articular o cuidado com diversas categorias profissionais (SANTOS; ANDRADE; SPIRI, 2019). O registro adequado das informações e o monitoramento dos dados proporcionam à equipe as informações necessárias para o planejamento das ações e tomada de decisões de acordo com as reais necessidades do território. O enfermeiro na ESF desempenha o cuidado de forma singular, sempre na busca de atividades interprofissionais, reduzindo suas ações individualistas.

O enfermeiro (a) e a ESF contribuem com o processo de mobilização social e a ampliação de intervenções coletivas e comunitárias, desenvolvendo novo modo de pensar e agir, bem como o desenvolvimento de novas abordagens de intervenção não mais reduzidas ao saber curativista e com foco na doença, mas,

focadas na promoção e proteção da saúde. Dentro dessa perspectiva, o enfermeiro procura integrar as diversas variáveis que podem estar relacionadas com o adoecimento, ampliando a complexidade do processo saúde-doença (BACKES et al., 2012).

Lowen et al. (2017) afirmam que o trabalho do enfermeiro na ESF tem destaque graças ao seu perfil generalista, por efeito desse profissional desenvolver um cuidado integral, a partir da sua compreensão do indivíduo como um todo, respeitando sua singularidade. É capaz de identificar as necessidades e expectativas dos indivíduos, além da capacidade de interagir de forma positiva com usuários e profissionais de saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, conjunto de fenômeno humano entendido como realidade social (MINAYO, 2010b).

A pesquisa qualitativa trabalha com palavras e fases. Mesmo não utilizando números, ainda assim a pesquisa qualitativa pode ser mensurada. Desta forma, sua mensuração busca relacionar os significados que as pessoas atribuem às suas experiências vividas e a forma como compreendem o mundo (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009). Por aprofundar o significado das ações e relações humanas, suas informações não são captadas por equações, medidas e/ou estatísticas (MINAYO, 2010b). Além disso, estuda as pessoas em seus ambientes naturais utilizando métodos como a observação, entrevistas, grupos focais, entre outros (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009).

Esse estudo consiste de um recorte da pesquisa “Campo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará”, organizado em oito etapas. Este recorte é feito a partir da etapa de número 4, através de entrevistas que abordaram as práticas das equipes de saúde da família, com foco nos enfermeiros, dentistas, médicos e ACS. Para fins desta pesquisa focaremos a análise no material qualitativo dessa etapa 04 do projeto guarda-chuva, referente às práticas dos enfermeiros nas eSF sob a ótica dos próprios enfermeiros e gestores municipais de saúde.

5.2 Local do estudo

Apresentam-se como locais de estudo quatro municípios do estado do Ceará: Cruz, Eusébio, Tauá e Fortaleza. O primeiro está localizado na região do litoral de Camocim e Acaraú, e macrorregião de saúde de Sobral; o segundo, na região metropolitana de Fortaleza; o terceiro, na região do sertão do Inhamuns; e o quarto local do estudo se deu na Secretaria Executiva Regional II (SER II), na zona leste da capital do Ceará.

Esses municípios foram escolhidos pelas seguintes características: o porte (pequeno, médio e grande) e a capital do estado. No caso da capital, em virtude da extensão e da grande quantidade de profissionais de saúde na ESF, o que elevaria muito os custos e o tempo para realização do estudo, para viabilizar a coleta das informações foi selecionada a Regional de Saúde II, que é bem delimitada geograficamente e possui onze centros de saúde da família.

5.2.1 Características dos municípios em estudo

Os quatro os municípios que compõem o estudo (Cruz, Eusébio, Fortaleza e Tauá), podem ser vistos no quadro 01, a partir das características referentes a população, densidade demográfica, população em extrema pobreza, percentual da população com plano de saúde, taxa de escolaridade na faixa etária de 06 a 14 anos, PIB per capita, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), mortalidade infantil, número de eSF e cobertura da ESF.

Quadro 01: Caracterização dos municípios de Cruz, Eusébio, Fortaleza e Tauá.

MUNICÍPIOS CARACTERÍSTICAS	CRUZ	EUSÉBIO	FORTALEZA	TAUÁ
População (2016)	23.833	51.913	2.609.716	57.914
Densidade Demográfica em 2010 (hab/Km ²)	68,13	678	8.334	14
População em extrema pobreza (%) 2010	30,16	8,24	5,46	26,06
População com Plano de Saúde (%) – Dez/2018	0,75	39,01	35,95	2,37
Tx Escolaridade - faixa etária de 06 a 14 anos (%)	98,5	98,3	96,10	97,7

PIB per capita em 2011 (R\$)	4.560,80	31.301,44	16.962,89	5.791,00
IDHM – 2010	0,63	0,70	0,75	0,63
Mortalidade Infantil – 2014 (por mil Nascidos vivos)	11,8	3,69	11,5	12,15
Número de eSF (jun/2019)	11	18	365	25
Cobertura da ESF (%) jun/2019	100	100	46,53	100

Fonte: IBGE, NTDAB

Entre os quatro municípios que fazem parte do estudo, Cruz, localizado a 242 km de Fortaleza, tem a menor população, menor PIB per capita e menor IDHM. Com 100% de cobertura da ESF, apenas 0,74% da população possui plano de saúde e possui maior percentual da população (30%) em situação de extrema pobreza (IBGE, 2018).

O município de Eusébio, que fica apenas a 25 km de distância de Fortaleza, chama a atenção por possuir maior PIB per capita entre os quatro, maior percentual da população com plano de saúde e menor taxa de mortalidade infantil. Vale ressaltar que dos quatro municípios do estudo, Eusébio possui apenas 8,24% da população em situação de extrema pobreza, ficando atrás apenas da capital do Estado.

Quanto ao município de Fortaleza, o que mais se destaca é a baixa cobertura da ESF (46,53%). Possui o menor percentual de população em situação de extrema pobreza (5,46%), pouco mais de 35,95% das pessoas possuem plano de saúde e apresenta o melhor IDHM (0,75), entre os quatro municípios do estudo.

Tauá, localizada 344 km de distância da capital do Ceará, possui características semelhantes ao município de Cruz. Apresenta 26,06% da população em situação extrema pobreza, IDHM de apenas 0,63 e maior taxa de mortalidade infantil (12,15), se comparado com os demais.

5.3 Caracterização dos participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os gestores municipais de saúde e enfermeiros/as da ESF. Para os gestores se considerou: os secretários municipais de saúde e coordenadores municipais da atenção básica;

Para a seleção dos/das enfermeiros/as primeiramente se identificou duas equipes em cada município com seguintes características: equipes de saúde da família completas, com no mínimo seis meses de funcionamento, infraestrutura e insumos adequados ao funcionamento, e que tivesse feito parte do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Na situação de empate desses critérios foram selecionadas as equipes com maior número de ACS.

Após a seleção das equipes, identificou-se os respectivos enfermeiros/as a serem entrevistados/as. Desta forma selecionou-se oito enfermeiros/as, sendo dois de cada município.

Também foram incluídos no estudo os gestores locais, representados pelos coordenadores da atenção básica e secretários municipais de saúde de cada município que estavam atuando nas respectivas funções.

Utilizou-se para identificar os participantes, códigos com duas letras e um número. A primeira letra identifica o participante como enfermeiro (E) ou gestor (G), a segunda letra identifica o município ao qual pertence (Cruz, Eusébio, Fortaleza e Tauá) e, por último os números 1 e 2 representam a ordem na qual a entrevista foi analisada. Desta forma, os/as enfermeiros/as estão identificados como: EC1, EC2, EE1, EE2, EF1, EF2, ET1 e ET2. Já os gestores estão representados como: GC1, GC2, GE1, GE2, GF1, GF2, GT1 e GT2.

Totalizaram 17 participantes no estudo, distribuídos conforme quadro abaixo.

Quadro 02 – Participantes do estudo por municípios.

Participantes do Estudo	Cruz	Eusébio	Fortaleza SER II	Tauá	Total
Enfermeiro (a)	02	02	02	02	08
Secretário Municipal de Saúde e	01	01	01	02	05

Secretário Adjunto de Saúde					
Coordenador da Atenção Básica	01	01	01	01	04
Total	04	04	04	05	17

Além do secretário municipal de saúde foi entrevistado um secretário adjunto no município de Tauá. Nos municípios de Tauá e Cruz foram selecionados 01 enfermeiro da zona rural e 01 da zona urbana de cada município.

Quadro 03 – Perfil dos participantes do estudo.

CARACTERÍSTICAS	ENFERMEIRO	GESTOR
SEXO		
FEMININO	07	05
MASCULINO	01	04
IDADE		
25 < 30 ANOS	02	01
30 < 35 ANOS	02	---
35 < 40 ANOS	04	02
40 A MAIS	---	04
RELIGIÃO		
EVANGÉLICO	05	02
CATÓLICO	02	04
NÃO POSSUI RELIGIÃO	01	
ESTADO CIVIL		
CASADA/UNIÃO ESTÁVEL	06	03
SOLTEIRO	02	03
DIVORCIADO	---	02
VIUVO	---	01
FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS GESTORES		
ENFERMEIRO	-----	05

MÉDICO	-----	02
DENTISTA	-----	01
FILOSOFIA E TEOLOGIA	-----	01
FUNÇÃO DOS GESTORES		
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE	-----	04
SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE	-----	01
COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA	-----	04
TEMPO DE FORMAÇÃO		
MENOS DE 05 ANOS	02	01
DE 05 A < 10 ANOS	04	02
MAIS DE 10 ANOS	02	06
TEMPO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA OU GESTÃO		
MENOS DE 01 ANO	03	01
DE 01 A < DE 03 ANOS	02	---
DE 03 A < DE 06 ANOS	01	02
DE 06 A < DE 09 ANOS	---	01
DE 09 A MAIS ANOS	02	05
TEMPO DE TRABALHO NA FUNÇÃO ATUAL		
MENOS DE 01 ANO	03	05
DE 01 A < DE 03 ANOS	02	01
DE 03 A < DE 06 ANOS	01	01
DE 09 A MAIS ANOS	02	02

Em relação aos participantes do estudo, percebe-se que quase a totalidade dos enfermeiros é do sexo feminino. Os trabalhadores do setor saúde são predominantemente femininos, e a Enfermagem é historicamente, uma profissão composta por mulheres em sua maioria, o que tem contribuído para a feminização da saúde. Na pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil em 2015 confirmou-se essa realidade, mostrando que 85,1% dos profissionais da equipe de

enfermagem são mulheres, porém revela uma tendência ao crescimento do contingente masculino na enfermagem (MACHADO, 2017).

A feminização da força de trabalho ocorre em todo o setor saúde, diferenciando-se de acordo com cada profissão aonde, para algumas profissões, tal fenômeno vem ocorrendo ao longo dos anos, como ocorre na medicina, antes predominantemente masculina e que passa por um processo de feminização mais recente (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

Outra informação que vale ressaltar acerca do perfil dos gestores que fazem parte do estudo é sobre a formação desses profissionais. Entre os gestores dos quatro municípios da pesquisa predomina a enfermagem como formação, o que fez com que 13 participantes do estudo sejam enfermeiros. Diante da informação, é sabido que o enfermeiro se encontra presente na ocupação de cargos técnicos ou de gestão na esfera distrital, municipal, regional ou estadual, que permitem a consolidação da tomada de decisões (REUTER et al., 2016).

Reuter et al. (2016) reconhecem o protagonismo dos/das enfermeiros/as no âmbito da gestão pública do setor saúde. Situação cada vez mais ampliada que exige dos profissionais maior construção do conhecimento acerca das práticas de gestão, como monitoramento e avaliação, que passam a fazer parte do cotidiano de trabalho quando assume a função de gestor.

5.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através da técnica de entrevista semiestruturada. Minayo (2010b) define a entrevista como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores permitindo ao entrevistador a obtenção de informações apropriadas ao objeto da pesquisa. Na entrevista semiestruturada as perguntas são previamente formuladas, porém também permite ao entrevistador explorar mais amplamente uma determinada questão.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados dois diferentes roteiros de entrevista semiestruturados: um aplicado aos enfermeiros (ANEXO A) contendo informações como caracterização dos informantes e dois blocos de perguntas

relacionadas às práticas específicas do profissional e suas práticas gerais dentro da equipe; e outro roteiro aplicado aos gestores (ANEXO B), que apresenta caracterização dos informantes e questões indagando sobre o trabalho do profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista e ACS.

Os roteiros das entrevistas fazem parte dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa “Campos de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará”. No recorte analisado nesta dissertação levou-se em consideração todo o conteúdo obtido a partir da entrevista com os/as enfermeiros/as e apenas as respostas referentes ao tópico 03 do roteiro de entrevista aplicado aos gestores, que indaga sobre o trabalho do enfermeiro na ESF.

As entrevistas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2017 nos referidos municípios. As informações foram registradas em áudios e posteriormente transcritas.

5.5 Análise dos dados

A análise adotada foi Análise Temática, que permite que os dados sejam agrupados por temas ou categorias, onde o pesquisador determina esses temas e examina todos os dados para ter a certeza de que todas as manifestações foram contempladas (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009). Gomes (2010) afirma que a análise temática consiste numa técnica de análise de conteúdo onde o conceito central é o tema, apresentado por uma palavra, frase ou resumo (GOMES, 2010). Busca descrever o conteúdo obtido permitindo inferir os dados de um determinado contexto de forma sistemática e objetiva (MINAYO, 2014).

Seguindo os passos da análise temática explicitado por Minayo (2014), inicialmente foi realizada a transcrição das falas do material obtido durante as entrevistas, seguida de leitura aguçada e exaustiva do material onde, através desta leitura, buscou-se obter uma visão do conjunto, absorver suas particularidades, elaborar deduções iniciais, definir formas de classificação das informações e designar conceitos teóricos que orientaram a análise.

Em seguida, foi realizada a exploração do material, a análise propriamente dita. Neste momento, os textos, frases ou fragmentos dos textos, obtidos através da transcrição das falas, foram distribuídos em consonância com a

classificação definida anteriormente. Logo depois, se fez a leitura dialogada das partes dos textos correspondente a cada classe, deduzindo os núcleos de sentido de cada parte classificada. Seguidamente foi realizada a análise dos núcleos de sentido buscando temáticas mais amplas onde foram debatidas diferentes partes do texto. A partir das temáticas se fez a elaboração de uma redação por tema, norteadas por conceitos teóricos que orientam a pesquisa. Por último foi elaborada uma síntese interpretativa dialogando com os dados obtidos com os objetivos e pressupostos da pesquisa.

5.6 Aspectos éticos

A pesquisa “Campos de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará” foi submetida à Plataforma Brasil e obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, por meio do Parecer de número 1.159.936 de 14/07/2015 (ANEXO C). O estudo encontra-se em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentar e discutir os resultados desse estudo, as informações foram agrupadas em categorias. A primeira categoria diz respeito ao Processo de trabalho de enfermeiros na ESF: desafios relativos ao acolhimento de usuários, a organização do serviço e a gestão municipal. Essa categoria se subdivide em: Acolhimento ao usuário da ESF: implicações para o/a enfermeiro/a; Organização dos serviços definida pelos gestores municipais: orientações hierárquicas definidoras das práticas de enfermeiros/as na ESF; O trabalho em equipe e os desafios das relações interpessoais entre trabalhadores, gestores e usuários.

A segunda categoria discute sobre vivência de enfermeiros/as na ESF: do sentido do trabalho a saúde do trabalhador e a terceira categoria dispõe sobre o Processo de trabalho de enfermeiros/as na ESF na dimensão da atenção, promoção e gerência: um cenário de mudanças. Essa última categoria se organiza em duas subcategorias: A rotina dos enfermeiros/as na ESF: desafios na educação e promoção da saúde; Inovações na dimensão da atenção, promoção e gerência: práticas de enfermeiros/as na ESF.

Passaremos a apresentar detalhadamente os resultados de cada categoria, já mencionadas.

6.1 Processo de trabalho de enfermeiros na ESF: desafios relativos ao acolhimento de usuários, a organização do serviço e a gestão municipal

O processo de trabalho se organiza por quatro componentes, o agente, o objeto, o instrumento e a finalidade. O agente desse processo é o trabalhador representado por um indivíduo ou coletivo. O objeto consiste no indivíduo, corpo biológico, família e coletividade (DAVID et al., 2018), onde a prática da saúde não considera apenas o corpo biológico como objeto, levando em consideração as relações com a estrutura econômica, política, social e ideológica (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Os instrumentos do processo de trabalho na saúde constituem as ferramentas e/ou materiais de trabalho e o saber (conhecimento cognitivo), utilizados

na prática profissional do trabalhador. A finalidade ou produto do processo nada mais é que, o cuidado em si, que pode ser direto (assistência) ou indireto (ações organizativas – gestão e gerência) (DAVID et al., 2018).

Desta forma, o processo de trabalho na ESF deve levar em consideração a integralidade do indivíduo, onde o objeto não é apenas o corpo biológico e a finalidade não é apenas a eliminação da doença. É essencial considerar a qualidade de vida e a promoção da saúde como foco do cuidado, bem como os determinantes do processo saúde-doença.

Os agentes do processo de trabalho encontram-se entre as relações do objeto e instrumento de suas atividades, sofrendo um processo de divisão do trabalho onde, através das atividades próprias da profissão, cada agente trabalha buscando transformar o objeto em produto. Essa divisão técnica, ao mesmo tempo em que fragmenta o trabalho, por outro lado, pode induzir os aspectos de complementaridade (PAVONI; MEDEIROS, 2009). Assim a equipe de saúde deve organizar seu processo de trabalho de forma integrada por equipe interdisciplinar de forma a evitar a fragmentação do cuidado.

A organização do processo de trabalho dos profissionais da ESF, expressos nas falas dos/das enfermeiros/as dos municípios de Cruz, Eusébio, Tauá e Fortaleza, não demonstram considerar o olhar integrado sobre o objeto (indivíduo, família e coletividade), onde o cuidado (finalidade do processo) tem como foco a doença ou algumas atividades preventivas.

“[...] nós atendemos todos os programas, de gestante, criança [...] acompanhamento ao hipertenso, ao diabético, ao idoso e todas as faixas etárias [...] testes rápidos, estratificação de família, estratificação de gestante, estratificação de criança ...” (ET1).

“[...] acolhimento [...], pré-natal [...], prevenção [...], teste rápido [...], puericultura [...], planejamento familiar ...” (EE1).

“[...] a gente divide os pré-natais com o médico [...]” (EC2).

“[...] hipertenso e diabético a prioridade é o médico [pela limitação da prescrição]” (EE1).

Observa-se nas falas, que as ações do/da enfermeiro/a, encontram-se centradas no corpo biológico, através da execução de atividades direcionadas aos programas prioritários do Ministério da Saúde. Não foram encontradas falas que denotem um processo de trabalho organizado de forma a considerar as vulnerabilidades socioeconômicas, sociais, culturais e ideológicas, considerando a dinâmica do território e das necessidades de saúde. Percebe-se um processo de trabalho normatizado, que pode não abarcar os princípios da ESF de ser centrada na família, no território e na comunidade.

Mesmo considerando, que a ESF foi implantada como estratégia para romper com o modelo de saúde centrado na doença, em que suas ações deveriam ser centradas no indivíduo, família e coletividade, considerando os determinantes do processo saúde-doença, percebe-se que os processos de trabalho dos profissionais da eSF não seguem esse direcionamento.

Os/as enfermeiros/as demonstram um trabalho fragmentado, com cada profissional atuando dentro do seu núcleo profissional, sem integração. A maioria dos/das enfermeiros/as entrevistados descrevem seu processo de trabalho de forma individualizada. Em alguns relatos fica claro que o/a enfermeiro/a, ao chegar ao limite de suas práticas (ou capacidade técnica), passa o paciente para outro profissional, hierarquizando o cuidado, como na fala abaixo.

“Tudo que eles coletam lá fora, o agente de saúde [...] chega até mim e eu tento resolver [...] se eu conseguir resolver eu resolvo, se eu não conseguir eu passo para o médico [...]” (EC1).

O trabalho fragmentado, individualizado limita a troca de saberes, o atendimento compartilhado ou outras práticas do trabalho em equipe. Para Nascimento et al. (2017) esse modelo fragmentado, com visão biologicista e com o foco somente na doença, repercute negativamente no processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF, não permitindo uma visão holística do objeto. Os autores alertam a necessidade de substituir esse modelo assistencial hierarquizado e voltado para perspectiva técnico-burocrática, por outro que preconize o cuidado

integrado, com garantia de acesso equânime, ações humanizadas, resolutivas e voltadas às necessidades de saúde da população.

Essa visão fragmentada e hierarquizada do cuidado também aparece nas falas dos gestores.

“[...] o processo de trabalho da estratégia saúde da família passa hoje por uma mudança muito grande [...] a promoção da saúde passou a ser frágil [...] há uma dificuldade de interação da equipe com a família [...] por conta desse contexto de insegurança [...] de violência, a equipe está mais fadada a ficar centralizada dentro de um ambiente exclusivo [...]” (GE1).

“[...] enfermagem se limita a atender os programas que são protocolados, [...] protocolo do Ministério [...]” (GE2).

“A gente tenta organizar o nosso processo de trabalho voltando às ações do serviço dos profissionais [...]” (GC1).

As atividades dos/das enfermeiros/as, bem como dos demais profissionais da ESF, na visão de alguns gestores que compõem esse estudo, encontram-se dentro de um processo organizacional, que tem como base os programas ministeriais e as atividades que podem ser desenvolvidas por cada categoria profissional. Nesse sentido, o usuário/indivíduo não é o objeto do processo de trabalho. Outro ponto importante é que as limitações condicionadas pelas características próprias do território como a violência, problema inerente em muitas comunidades, não é posto em discussão para se criar estratégias de enfrentamento. Mas uma vez, o cuidado limita-se as condições biológicas do objeto.

Existe uma necessidade de reinvenção e renovação do modo de produção em saúde, através do trabalho vivo, em ato, executado para além das normas, que permeiam a lógica capitalista de produção, a partir do objeto, instrumento e produto do processo de trabalho. Na execução do trabalho vivo em ato, o trabalho é produzido e executado no mesmo momento e as tecnologias leves de cuidado são utilizadas como instrumento do processo de trabalho, tais como escuta qualificada, vínculo, acolhimento e diálogo (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

A burocratização da ESF disciplina o trabalho e limita sua capacidade criativa, através do uso de protocolos padronizados, procedimentos e agendas orientadas em programas do MS (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Diante do que vimos acerca do processo de trabalho dos/das enfermeiros/as nos municípios de Cruz, Eusébio, Fortaleza e Tauá percebe-se que ainda existe a necessidade de reorganização dos processos de trabalho nas equipes de saúde da família estudadas e, possivelmente, no âmbito dos municípios, pois parece que as práticas relatadas pelos participantes do estudo, são comuns nas demais equipes existentes. Esta reorientação pressupõe uma integração na visão de gestores e enfermeiros/as com foco nos determinantes de saúde da população, considerando as singularidades e complexidades dos indivíduos, famílias e coletividades.

6.1.1 Acolhimento ao usuário da ESF: implicações para o/a enfermeiro/a.

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e deve promover a relação entre equipe/serviço e usuário/população. Deve ser construído coletivamente com objetivo de construir confiança, compromisso e vínculo entre serviço, trabalhador e usuário. Através da escuta qualificada, deve garantir ao usuário o acesso oportuno às tecnologias de acordo com suas necessidades, garantido o atendimento a todos, respeitando as prioridades relacionadas à vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013a).

Além de garantir acessibilidade, o acolhimento desconstrói o modelo de atendimento centrado na figura do médico e na doença para um cuidado interdisciplinar, qualificando as relações entre profissionais e usuários, pautadas na solidariedade e cidadania. O acolhimento acontece a partir do momento em que o usuário entra em contato com o trabalhador da saúde, onde suas necessidades são ouvidas e se evidencia possíveis soluções (AGUIAR et al., 2018). Compreendido como mecanismo de ampliação do acesso à saúde, como tecnologia de cuidado (tecnologia leve) e como dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2013b).

Faz-se necessário o entendimento que o acolhimento não se resume a uma triagem para o atendimento médico, devendo assumir o modelo de atendimento centrado no usuário, nas suas necessidades, riscos e vulnerabilidades.

O profissional que realiza o acolhimento à demanda espontânea (sem agendamento prévio) deve ter a capacidade de analisar e identificar os riscos e vulnerabilidades, ter claramente definidas as ofertas de cuidados disponíveis na unidade, além de algum grau de resolutividade e respaldo para definir e ofertar o cuidado em tempo adequado em acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2013b).

Melhor do que definir acolhimento é necessário pensar de que modo a demanda espontânea é acolhida ao chegar à unidade de saúde. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja escutada, problematizada e reconhecida como legítima. O usuário também, define o grau de sua demanda, o que requer do profissional, além da escuta, um esforço de diálogo e compreensão, objetivando não gerar queixas, reclamações e retornos periódicos (BRASIL, 2013a). Como podemos ver na fala de um dos entrevistados abaixo.

“[...] toda a organização do meu dia tá relacionada a questão do acolhimento [...] não restringe quantidade [...]” (EE2)

O acolhimento deve qualificar a escuta, construir vínculo, garantir o acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. O acolhimento pode operacionalizar o processo de trabalho em saúde, uma vez que atende a todos que procuram os serviços, ouvindo suas necessidades, respondendo da forma mais adequada, orientando o usuário e a família (BRASIL, 2013a; 2013b).

Vale ressaltar que, apenas o/a enfermeiro/a executa a atividade de acolhimento aos eventos agudos nas UAPS do município de Fortaleza como podemos ver nas falas a seguir.

“[...] a gente (Enfermeiro) tem quinze horas pra acolhimento e dezessete horas pra os programas saúde da família [...]” (EF2)

“[...] acolhimento da demanda espontânea, em dois dos meus cinco dias de trabalho [...]” (EF1)

De acordo com as falas dos dois/duas enfermeiros/as que atuam no município de Fortaleza, a organização das demandas espontânea e programada ocorre de forma imposta pela gestão, o que é possível constatar nos trechos abaixo.

“Muito tempo fazendo acolhimento, uma carga horária muito grande no acolhimento [...] na verdade a organização (da demanda espontânea e demanda programada) [...] ela já nos vem imposta [...] a forma como nós devemos fazer [...]” (EF1).

“[...] o que eles priorizam e isso aí é fato é a questão do acolhimento. Eles querem sempre que tenha quinze horas de acolhimento [...]” (EF2).

O acolhimento com classificação de risco aparece nas falas de cinco enfermeiros/as e dois gestores. Um dos/as enfermeiros/as entrevistados de Eusébio demonstra compreender o acolhimento como forma de garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde.

“[...] é muito melhor escutar um paciente, escutar esse sujeito que chega (no acolhimento) com a demanda que ele necessita do que mandar a menina da recepção dizer que não tem mais ficha. [...] não consigo trabalhar dessa forma [...]” (EE2).

Porém, um dos/das enfermeiros/as de Cruz relaciona o acolhimento com classificação de risco como forma de fazer uma triagem para o atendimento médico e de enfermagem.

“[...] a gente vai fazer a classificação de risco de cada um, [...] vai organizando a fila pra atendimento e fazendo triagem pra médico, pra enfermeira.” (EC2).

O acolhimento não é atribuição privativa do enfermeiro, aparece na PNAB como atribuição comum a todos os membros das equipes que atuam na Atenção

Básica. Ações como realização de procedimentos, prescrição de medicamentos, solicitação de exames, estratificação de risco, atividades em grupo e realizar e supervisionar o acolhimento faz parte das atividades específicas do enfermeiro da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, o acolhimento é construído coletivamente, levando em consideração os processos de trabalho, construindo relações de confiança, compromisso e vínculo, através da escuta qualificada e da garantia de acesso oportuno dos usuários a suas necessidades de saúde. Desta forma, todos os indivíduos são atendidos levando em consideração as prioridades definidas pela avaliação de suas vulnerabilidades, gravidade e risco (BRASIL, 2013).

Mesmo diante da importância do acolhimento com classificação de risco a atividade não é comum a todas as equipes entrevistadas. Aquelas que praticam o acolhimento com classificação de risco, o fazem com diversas limitações como falta de espaço na agenda médica e sobrecarga das horas de trabalho do profissional enfermeiro.

6.1.2 Organização dos serviços definida pelos gestores municipais: orientações hierárquicas definidoras das práticas de enfermagem na ESF

Nessa categoria encontram-se as principais características organizacionais presentes nos serviços de Atenção Básica, mais especificamente na ESF nos quatro municípios da pesquisa. O primeiro ponto observado refere-se a carga horária de trabalho das equipes. De acordo com relatos dos/das enfermeiros/as, em Fortaleza a carga horária é de 32 horas semanais, disponibilizando 08 horas para atividades de educação permanente dos profissionais, enquanto nos municípios de Cruz, Eusébio e Tauá as eSF trabalham 40 horas semanais. Vale ressaltar, todavia, que a atividade de educação permanente, está dentro do processo de trabalho da ESF, e, faz parte de uma política que reforça a necessidade de formação no serviço, ou seja, consiste em

uma atividade laboral, que visa a melhorar a qualidade do serviço de saúde das equipes.

“[...] carga horária de trinta e duas horas e as oito horas ficaram para educação permanente. Então, essa educação permanente ela é feita com oferta de cursos, treinamentos [...]” (EF2).

“[...] todos os profissionais tanto superior quanto nível médio são quarenta horas semanais.” (EE1).

“[...] trabalhamos em torno de quarenta horas [...]” (ET2)

“[...] a gente trabalha de sete as onze e de treze as dezesseis horas [...] muitas vezes passa do nosso horário [...]” (EC1)

Chama atenção, que nos demais municípios não se conceba a educação permanente, que é fundamental para uma melhor atuação dos/das enfermeiros/as na ESF. De acordo com o plano municipal de educação permanente do município de Fortaleza, diversas estratégias são desenvolvidas em parceria com instituições de ensino, organizações não governamentais e movimentos populares, transformando toda a rede de serviço de saúde do município em espaço de educação. Recebem alunos de graduação e pós-graduação (como as residências multiprofissionais), oferecendo oportunidade de aprendizado em educação popular e práticas integrativas e complementares. Utilizam o ambiente virtual de aprendizagem (AVA) por meio da plataforma Moodle, fomentando a participação do profissional e divulgando os diversos ambientes virtuais que compõem o apoio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (CEARÁ, 2018).

Embora o município tenha um plano de educação permanente e ofereça diversas oportunidades educacionais aos profissionais, a participação desses nas atividades fica a cargo dos próprios profissionais. Desta forma, seria interessante identificar de que forma as 08 horas da carga horária de trabalho destinadas a educação permanente estão sendo aproveitadas por parte dos profissionais da ESF.

Diante dos relatos dos enfermeiros/as entrevistados, que atuam nas UAPS do município de Fortaleza estes afirmam que a gestão impõe a priorização da demanda aguda, como vemos a seguir.

“[...] o atendimento a demanda espontânea é prioridade [...] já vem imposta pela SMS [...]” (EF1).

“[...] demanda espontânea [...] a orientação da SMS é essa, deixar a demanda coberta [...] que eu entendo que seja pra eles uma prioridade [...]” (EF1).

Nas falas desses entrevistados a forma de organização do serviço, adotada pela SMS, prioriza os eventos agudos quando destina metade da carga horária do/da enfermeiro/a para o serviço de acolhimento a demanda aguda. A outra metade das horas de trabalho é destinada a todas as demais atividades a serem desenvolvidas na ESF, como podemos observar na seguinte fala.

“[...] carga horária de trinta e duas horas [...] quinze horas são destinadas ao acolhimento de eventos agudos [...] dezessete horas [...] destinadas aos programas de saúde da família [...]” (EF2).

Em outro discurso, o mesmo entrevistado observa que o serviço possui um número restrito de atendimentos para o profissional médico, que é controlado por uma agenda determinada em tempo de atendimento. Com o profissional médico trabalhando seis horas por dia, onde cada consulta tem tempo de 15 minutos, esse profissional atenderá 24 pessoas por dia, incluindo demanda agendada e espontânea. De acordo com o relato, esse número é insuficiente considerando a procura dos usuários pelo serviço.

“[...] o acolhimento era pra ser de livre demanda e sem número de atendimentos até o horário de trabalho de uma equipe [...] mas com o médico não acontece isso [...] uma **vez eu atendi cento e duas pessoas quando o médico só atende vinte e quatro pessoas** [...] acho isso, injusto e fora do propósito do acolhimento...” (EF2). (Grifo nosso).

Percebe-se na fala acima que o profissional se sente sobrecarregado pelo serviço que desempenha no acolhimento da unidade e reconhece que o problema poderia ser resolvido se as atividades fossem adequadamente partilhadas com outros profissionais do serviço.

“[...] evento agudo que não traz nenhum risco a saúde e a vida do paciente [...] fica para o outro turno [...] eu não concordo com essa logística [...] acho que se é acolhimento é acolhimento, então porque o enfermeiro tem que ficar atendendo um número ilimitado e o médico tem limite quando na verdade a gente sabe que a maior parte dos eventos agudos vai ser o médico que vai resolver [...]” (EF2).

“[...] consulta médica e que não é um evento agudo [...] que não tem uma gravidade vai pra dois meses por conta desse estrangulamento da agenda [...]” (EF2).

Esse mesmo enfermeiro/a demonstra não ter poder para mudar essa realidade, como vemos no relato a seguir.

“[...] o acolhimento não dá conta daquela quantidade de pessoas e como lhe falei há um limite de vinte e quatro pessoas para o médico e eu acredito que esse número poderia ser maior [...] acho que isso aí [...] é uma coisa que a gestão tem que ver [...]” (EF2).

“[...] falta consulta médica para evento agudo na quantidade que a população precisa.” (EF2).

Mesmo sentindo-se implicado com essa realidade em nenhum momento o/a enfermeiro/a relata em suas falas a iniciativa ou interesse em discutir o problema com a gestão.

O/A enfermeiro/a que atende mais de 100 pessoas enquanto o profissional médico tem um limite de atendimento de 24 pessoas, revela em sua fala o sentimento de injustiça, como vimos no trecho relatado anteriormente e que representa a fala de um dos/das enfermeiros/as do município de Fortaleza. Para Lemes et al. (2016), a pessoa reconhece uma situação de injustiça a qual está passando mesmo antes de questionar por que ela é injusta, reagindo na tentativa de modificar tal realidade. Porém, quando essa mudança se torna muito difícil a pessoa busca reparar a injustiça apenas mentalmente, mudando suas ideias. O autor completa afirmando que a forma como a pessoa lida com a injustiça depende do poder que ela tem de mudar essa realidade, ou seja, de seu nível de empoderamento.

Diante dessa realidade que provoca sentimento de injustiça ao enfermeiro, percebe-se a necessidade de resgatar o empoderamento desse profissional, como estratégia de enfrentamento para as possíveis situações de injustiças no processo de trabalho, na tentativa de alcançar, assim, a capacidade de transformar determinada realidade. Faz-se necessário desconstruir o comportamento passivo de alguns profissionais diante das injustiças e lutar por valorização e reconhecimento profissional. É importante ainda refletir acerca da capacidade de se realizar um acolhimento de forma satisfatória atendendo 102 pessoas durante 06 horas.

Lima et al. (2016) acreditam que limitar a autonomia da equipe interfere negativamente na organização e na condução do processo de trabalho e na divisão de atribuições no serviço, podendo gerar insatisfação por parte de alguns profissionais e situações de conflito. Quando a lógica de organização do trabalho tem como foco a produtividade e não a qualidade do serviço, a sobrecarga de trabalho afeta o trabalho do profissional podendo gerar insatisfação e sofrimento.

A sobrecarga de trabalho, a grande demanda do serviço que sufoca o trabalho do enfermeiro e a baixa capacidade em satisfazer a necessidade da demanda espontânea provoca insatisfação por parte do profissional enfermeiro. Lima et al. (2014) em seu estudo sobre satisfação e insatisfação profissional do enfermeiro na ESF identifica que a insatisfação do usuário resulta na insatisfação do profissional, onde muitas vezes aquele usuário insatisfeito reage com protestos, reivindicações e até agressões. Os autores afirmam que a demanda excessiva pode estar relacionada ao dimensionamento de pessoal ou à centralidade do atendimento na queixa-consulta. Deixa claro que a satisfação ou insatisfação do profissional influencia no desempenho do seu trabalho, podendo provocar adoecimento, acidente de trabalho e falta ao trabalho, além de colocar em risco a segurança do usuário.

Os/As dois/duas enfermeiros/as entrevistados/as do município de Fortaleza consideram que a redução da carga horária de trabalho e as horas destinadas ao acolhimento, fazem com que a agenda do/da enfermeiro/a disponha de espaço limitado para atividades educativas, atividades em grupo, reuniões de equipe e atendimento de puericultura. De acordo com as falas desses profissionais,

a forma como está organizado o serviço, o/a enfermeiro/a não dispõe de tempo para a realização de ações de promoção e prevenção da saúde.

“[...] a falta de tempo complica, é um complicador (...) a gente não tem como elaborar um grupo [...]” (EF1).

“[...] a gente deixa a desejar com relação a demanda da puericultura [...] a carga horária para puericultura é pequena [...]” (EF1).

“[...] o que foi prejudicado com essa redução de número de horas foram as atividades educativas [...]” (EF2).

“[...] não tem nenhum momento de reunião, a reunião é pré-visita domiciliar [...] com o ACS [...] a gente se encontra, e às vezes, senta e conversa [...] momentos antes da visita domiciliar [...]” (EF2).

“[...] ao tirar quinze horas para o evento agudo, algum programa, alguma atribuição que é própria da estratégia saúde da família vai ser prejudicada [...]” (EF2).

A ESF é um modelo de atenção centrada no indivíduo, família e comunidade, predominantemente voltada à promoção da saúde e prevenção de agravos, de forma que as prioridades não podem estar centradas na demanda espontânea. Para Eugênio Vilaça Mendes a atenção à saúde na ESF ainda é fragmentada, se organiza de forma episódica, voltada para atenção às condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Acredita, o autor, na necessidade de mudanças onde um sistema integrado funcione de forma contínua e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas. Considera desafiador organizar as atividades voltadas a demanda espontânea considerando os atendimentos agendados, ações coletivas, visitas domiciliares, atividades administrativas, reuniões em equipe, dentre outras (CONSESUS, 2016).

No município de Tauá, assim como em Fortaleza, as equipes trabalham com demanda agendada e espontânea no mesmo dia. Os atendimentos são marcados por horários, 15 minutos para cada atendimento, gestantes 30 minutos. Os pacientes com queixa aguda são atendidos no mesmo dia, como podemos ver nas falas dos/das enfermeiros/as.

“[...] o agendamento depende da queixa do paciente [...] ele tem direito a marcar uma consulta dependendo da agenda [...]” (ET2).

“(No mesmo dia) tem atendimento a demanda espontânea, agendamento e [...] emergência ou urgência (paciente com queixas agudas)” (ET2).

“[...] nós trabalhamos por bloco de hora [...] ao final de cada bloco uma demanda espontânea, para algo de urgência [...]” (ET1).

O que pode diferenciar Tauá de Fortaleza, quanto ao acolhimento da demanda espontânea dificultado pela agenda médica lotada, é a taxa de cobertura da ESF. De acordo com o sistema de Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB), o município de Fortaleza apresenta cobertura da ESF de 46,5% enquanto em Tauá chega a 100% (BRASIL, 2019). Isso reflete diretamente na qualidade do atendimento, que não consegue responder às necessidades de todos que procuram a unidade de saúde na busca por atendimento. Não basta organizar o serviço implantando o acolhimento e o agendamento se o serviço não dispõe de profissionais em número suficiente para atender a necessidade do território.

Os profissionais da eSF devem avaliar as reais necessidades de saúde do território, não apenas do que chega ao serviço, e a partir disso planejar suas atividades e organizar sua agenda de forma a contemplar a demanda espontânea e agendada, atividades de educação em saúde, ações coletivas, visita domiciliar, reunião em equipe e o que mais se fizer necessário para responder as necessidades do território. Desta forma, as equipes precisam ter autonomia para planejar suas agendas em conformidade com as características e dinâmica do território. Porém, o modelo de organização do serviço que se coloca inflexível às necessidades do território impossibilita que as equipes organizem um atendimento centrado na família e comunidade.

Em uma das duas unidades de saúde que fazem parte desse estudo e estão localizadas no município de Eusébio, a organização do serviço a partir do acolhimento a demanda espontânea e agendada foi implantada pela iniciativa do/da enfermeiro/a da equipe, conforme trecho a seguir.

“[...] o acolhimento foi eu que coloquei [...] eu tinha essa vontade de fazer [...]” (EE2).

“[...] não pode limitar número de atendimento [...] o usuário é que vai dizer a quantidade [...]” (EE2).

Porém, o/a enfermeiro/a demonstra algumas dificuldades em conciliar a sua própria agenda com o atendimento ao acolhimento, além das atividades gerenciais e de promoção da saúde, como podemos ver a seguir.

“[...] o acolhimento ele pega muito, muito a minha carga horária mesmo [...]” (EE2).

“[...] vou intercalando [...] consultas agendadas com o acolhimento [...]” (EE2).

Quando a equipe tem autonomia para planejar suas ações e organizar o serviço da forma que melhor se adeque a necessidade do usuário, seu trabalho é reconhecido. Para Glanzner (2014) quando a experiência do profissional é levada em consideração na tomada de decisão o usuário passa a receber um atendimento voltado as suas reais necessidades, fortalecendo o vínculo com a unidade de saúde e o profissional sente-se valorizado por contribuir diretamente com esse processo.

A organização do trabalho na ESF ainda persiste em práticas fragmentadas nas diversas profissões, que compõem a equipe e tais práticas se mostram centradas na assistência e não na promoção da saúde (GLANZNER, 2014).

As falas de alguns enfermeiros/as e gestores demonstram que o atendimento das unidades, ainda é organizado a partir de uma agenda pré-estabelecida, fechada, onde cada dia da semana é destinado a um tipo específico de atendimento.

“... saúde da mulher, prevenção, todas as segundas (...) terça-feira, pré-natal (...) quarta-feira (...) puericultura (...) quinta (...) Hiperdia ...” [EC1].

“... há uma rotina fixa, um cronograma (...) todo profissional tem o seu próprio. (...) a gente já está tão acostumada (...) e a rotina segue ...” [EE1].

“... planejamento das agendas já é fixo (...) dia fixo de cada programa (...) de visita (...) já está engessado.” [EF2].

“...algumas unidades a gente trabalha com agendamento de consulta (...) a demanda espontânea, o pré-natal, hipertenso, diabético (...) mas tem unidade que ainda tem dificuldade de trabalhar com agendamento...” [GC2]

O dia do atendimento ao hipertenso e diabético, o dia do pré-natal e assim segue uma rotina fixa. É importante compreender que a agenda da unidade de saúde deve ser flexível, podendo ser ajustada de acordo com as necessidades do território. Para Lopes et al. (2016) as atividades nas unidades de saúde sofrem importante influência da lógica das ações programadas e das diretrizes normativas, muitas vezes descontextualizadas da realidade do território, burocratizando o atendimento. Os autores acreditam que, algumas rotinas podem prejudicar a produção do cuidado por não proporcionar um espaço vivo, entendido como momento de *encontros* com e entre as pessoas que fazem no dia a dia do serviço e do território.

Existe uma necessidade em promover o encontro entre os sujeitos (usuários e trabalhadores), somando-se as práticas cotidianas da ESF. Não esquecendo que, a organização burocrática dos serviços dificulta a gestão do cuidado, uma vez que dificulta a articulação das atividades entre a eSF e os demais serviços capazes de garantir o cuidado aos usuários. As normatizações instituídas são parte importante da organização do serviço na ESF, mas não podem ser inflexíveis e descontextualizadas. Desta forma, limitar os atendimentos nas unidades de saúde, seja por número ou por tipo atividade, dificulta o acesso e desfavorece o encontro (LOPES et al., 2016).

A partir das falas dos/das enfermeiros/as percebemos que Tauá não trabalha com agenda fechada. Nesse município o atendimento é organizado por horário, onde, no mesmo dia, os profissionais podem atender pacientes agendados (pré-natal, puericultura) e aqueles vindos da demanda espontânea.

“[...] demanda espontânea, pra algo de urgência ou alguém que procure o serviço no dia e os outros horários são pra agendamento [...] pré-natal [...] puericultura [...]” (ET1).

“[...] agendamento vai da queixa do paciente [...] ele tem direito a marcar uma consulta dependendo da agenda, tem a quantidade de pessoas porque é por hora [...] tem o tempo [...] para os pacientes que vem tipo emergência [...]” (ET2).

É possível perceber ainda, a partir da fala de um dos/das enfermeiros/as de Tauá, que o atendimento com hora marcada em algum momento pode dificultar a gestão da agenda, onde ao limitar o tempo do atendimento, indiretamente, limita-se o número de atendimentos. Essa situação se assemelha ao que já relatamos sobre as equipes de Fortaleza.

“[...] o tempo é pouco para muito atendimento, porque a gente tem que cumprir esse horário e, às vezes, a gente entra em horário de almoço para atender.” (ET2).

Outra problemática relatada pelos/as enfermeiros/as e que reflete na organização do serviço é acerca das reuniões em equipe. A maioria das equipes (07) realizam reuniões de equipe. Em quatro dessas as reuniões de planejamento das atividades são mensais e não foi identificada nas falas dos entrevistados a utilização dos sistemas de informação para o planejamento das atividades da equipe.

“[...] a gente tenta conversar entre si e assim adequar o nosso tempo pra atender à necessidade desse usuário.” (EC2).

“[...] a gente tenta fazer uma vez no mês uma reunião [...]” (EE2).

A reunião de equipe é um instrumento importante para se gerenciar o serviço de saúde, servindo de espaço para a realização do planejamento das próximas ações a serem desenvolvidas pela equipe e da organização do serviço (DUARTE; BOECK, 2015). É importante salientar que a PNAB aponta a participação em reuniões de equipes como atribuição comum a todos os membros da equipe, deixando claro que, tal atividade tem como objetivo planejar e avaliar de forma sistemática as ações da equipe (BRASIL, 2017). Desta forma, entende-se que as

reuniões são de grande importância para o trabalho em equipe fomentando a participação de todos no planejamento e avaliação das atividades do grupo.

Nas unidades do município de Fortaleza pode-se observar que as reuniões de planejamento das atividades das equipes não acontecem, pois a agenda é fixa e a equipe não tem autonomia para modificar essa rotina já determinada. Segundo a fala dos entrevistados as reuniões que costumam acontecer nas equipes de Fortaleza são mais gerais, onde participam todas as equipes da mesma unidade.

“[...] nós não sentamos em equipe para fazer planejamento [...] temos um cronograma pré-estabelecido [...] surge uma demanda [...] nós nos planejamos em cima dessa demanda [...]” (EF1).

Diante desse formato organizacional, não existe um momento específico de discussão para cada equipe. As atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, defendidas pela PNAB, são limitadas ou até mesmo impossibilitadas de acontecer.

Perruzo et al. (2018) em seu estudo sobre os desafios do trabalho em equipe na ESF, defendem como fundamental para o trabalho em equipe a colaboração entre seus membros e as ações que promovam a comunicação e o diálogo de forma horizontal. Em seus resultados, as reuniões periódicas apresentam-se como uma das estratégias do trabalho em equipe, como forma de integração entre os membros e planejamento das ações de saúde do território, através da discussão entre os diversos saberes e habilidades. Os autores defendem a reunião em equipe como espaço para reflexão e solução de problemas, bem como dispositivo de aproximação dos profissionais.

As enfermeiras das eSF de Tauá sinalizam realizar reuniões mais periódicas e priorizam suas atividades a partir de indicadores, que são avaliados mensalmente. Porém as enfermeiras não deixam claro de onde retiram os dados para avaliar os indicadores.

“Toda terça-feira às quinze horas nós temos reunião de equipe [...]” (ET1).

“[...] por indicador [...] a gente faz essa avaliação mensal, então aquilo que é mais urgente a gente busca resolver logo [...]” (ET1).

Outra limitação encontrada nas atividades que subsidiam a organização do serviço é o fato das equipes não utilizarem os sistemas de informação para o planejamento das atividades da equipe. Sistemas como e-SUS e Fast Medic são utilizados para informar produtividade dos profissionais.

“[...] a gente está usando agora o sistema, [...] para informações da nossa produção em relação à Secretaria de Saúde [...] é mais a questão de produtividade do profissional [...]” (EE1).

“[...] nosso planejamento é dentro do nosso processo de trabalho, decidir a agenda [...]” (EE2).

“[...] indicadores do Esus Ab [...] a gente usa pouco [...] a gente foca no que a gente vê do atendimento diário [...] não é amplo, nem centrado com o cronograma, não existe isso [...]” (EF2).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia que objetiva reestruturar e organizar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. O objetivo do Ministério da Saúde é que o sistema reestruture e integre todos os serviços de saúde nos diversos pontos da rede de atenção (BRASIL, 2018).

A partir da informatização das UBS, a ferramenta e-SUS tem a capacidade de facilitar o trabalho de coleta dados, individualizar o registro das atividades, produzir informação integrada, promovendo o cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território e orientado pelas demandas do usuário da saúde (BRASIL, 2018).

Os indivíduos e domicílios são cadastrados no sistema e os atendimentos podem ser realizados através do prontuário eletrônico integrando as informações em nível nacional. Também é possível utilizar o sistema apenas como registro de produtividade dos profissionais, sem acessar o prontuário eletrônico. Se bem alimentado o e-sus AB é capaz de gerar relatórios com indicadores importantes e capazes de subsidiar o planejamento e a avaliação das atividades das equipes.

O município de Fortaleza tem todas as suas UAPS informatizadas e utilizando o prontuário eletrônico, a partir do Fast Medic, empresa que fornece tecnologia para gestão de sistemas de saúde e, diferente do e-sus, não é uma ferramenta gratuita. O sistema integra as informações e transfere para o banco de dados do e-sus.

Para Galvão; Ricarte (2012) o prontuário eletrônico combina as diversas informações sobre o paciente procedente de diferentes instituições e provedores de serviços de saúde. Fica claro que o prontuário eletrônico é uma ferramenta rica em informações disponibilizadas de forma fácil e acessível a todos os profissionais, integrando tais informações e contribuindo com a continuidade do cuidado. Todavia, requer investimento maior por parte da gestão e compromisso por parte dos profissionais na produção das informações.

Diante dos achados e discussões acerca da organização dos serviços da ESF nos quatro municípios que compõem os locais do estudo, foi possível identificar que nos municípios de Cruz, Eusébio e Tauá as eSF cumprem carga horária de 40 horas semanais enquanto Fortaleza é 32 horas. A priorização aos eventos agudos é outra divergência observada entre Fortaleza e os demais municípios.

Em Tauá e Fortaleza as equipes trabalham com acolhimento a demanda espontânea e o agendamento da demanda programada. O acolhimento também é observado em uma das equipes de Eusébio. No município de Cruz apenas um enfermeiro/a diz realizar triagem para o atendimento médicos duas vezes na semana o que não configura como acolhimento. O que divergem os municípios de Tauá e Fortaleza, acerca do acolhimento, é o fato de Tauá, como consequência da boa cobertura da ESF (100%), responder melhor à procura pelo serviço, onde os problemas com agendas lotadas existem em menor proporção, facilitando o trabalho dos profissionais responsáveis pelo acolhimento.

Apenas as equipes de Tauá organizam os atendimentos de forma que, no mesmo dia, o profissional pode atender a demanda agendada (como gestante, hipertenso, puericultura), bem como, atender os pacientes que chegam à demanda espontânea. Nos demais municípios, cada dia da semana é destinado a um tipo de atendimento.

Sobre as reuniões em equipe, identificou-se que os profissionais não tem como rotina a utilização dos sistemas de informação para o planejamento das atividades da equipe. Os sistemas são utilizados para registrar produtividade. Entendo que o planejamento das atividades da equipe é fundamental para organizar o serviço e atender as reais necessidades do território.

6.1.3 O trabalho em equipe e os desafios das relações interpessoais entre trabalhadores, gestores e usuários.

Na ESF o trabalho em equipe pode ser desenvolvido através de atividades coletivas e cooperativas de uma equipe multiprofissional, onde as relações interpessoais dos membros da equipe ocorrem de forma contínua e intensa. É possível que, nessas relações existam conflitos, mas estes devem ser geridos de forma a não interferir negativamente no processo de trabalho (FARAH et al., 2017).

Para Furtado (2009), através da colaboração interprofissional é possível promover a interação dos profissionais, compartilhando saberes, experiências e habilidades, possibilitando uma atenção de melhor qualidade. As ações de colaboração também podem estar presentes na gestão coletiva, promovendo um ambiente de debate e decisão, de forma democrática, onde todos que compõem a equipe participam, com direito à voz e voto quanto ao planejamento das ações e tomadas de decisões (ANDRADE; BARRETO; CAVALCANTI, 2013).

A ESF proporciona ações interdisciplinares, seja entre os profissionais da equipe de referência, seja entre esses e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Nesse contexto é possível que a prática de um profissional se complete e se reconstrua a partir da prática do outro (DUARTE; BOECK, 2015). Desta forma, compreende-se que, ao compartilhar saberes e experiências, os profissionais tem a possibilidade de ressignificar suas práticas, vivenciando um processo mútuo de transformação.

Na busca de identificar ações que configurem o trabalho em equipe entre os profissionais da ESF dos municípios em estudo, percebe-se nas falas de alguns enfermeiros, que esse desenvolve atividades conjuntas com o médico, através das discussões de casos e da busca por solucionar problemas clínicos, considerando essa relação favorável ao bom entendimento, como podemos ver a seguir.

“[...] temos um contato bem mais intenso [...] conversamos para procurar soluções dos casos [...]” (EF1).

“A relação é boa [...] a gente consegue se entender [...]” (EF2).

“[...] a gente trabalha em conjunto [...]” (EC2).

Um dos entrevistados chega a mencionar a colaboração do médico nas atividades de coordenação. É sabido que, em muitas unidades, o enfermeiro assume as atribuições de coordenação da equipe, gerência da unidade e atividades assistências. Desta forma, é bastante significativo identificar a participação do médico nas atividades de coordenação, apresentando-se colaborativo na sua relação com o enfermeiro como demonstra a fala.

“[...] participação do médico em tudo [...] na coordenação [...] sempre está do meu lado para tudo [...]” (ET2).

Para Previato; Baldissera (2018) o enfermeiro ao assumir a função de coordenador da eSF mostra-se como indispensável para as práticas interprofissionais, fomentando o trabalho em equipe, a subjetividade do cuidado e as relações dialógicas, através da colaboração entre os diversos saberes. Os autores também, deixam claro que existe a necessidade de mudar paradigmas relacionados aos valores, códigos de conduta e processo de trabalhos para que se possa alcançar a interprofissionalidade.

Também foi possível identificar através das afirmações feitas pelos/as enfermeiros/as que, existe certo distanciamento entre enfermeiro e dentista. Em quase todas as falas é possível identificar esse distanciamento, onde o

desenvolvimento das atividades acontece de forma paralela, sem integração, entre enfermagem e saúde bucal. As falas a seguir mostram como os enfermeiros do estudo relatam esse distanciamento.

“[...] precisava mais integração [...] parece que é uma equipe dentro da outra [...]” (EE2).

“[...] fico mais distante [...] não realizo nenhuma atividade com o dentista [...]” (EF1).

“Não tenho uma relação muito próxima com o dentista [...] fazemos atividades completamente paralelas [...]” (EF2).

“[...] a relação é mais distante [...] ele não gosta de reunião [...] não gosta de participar de nenhum evento [...]” (ET2).

Podemos perceber que existe um distanciamento entre as atividades realizadas pelo dentista para com as demais atividades da equipe. Nas falas dos enfermeiros fica claro que as atividades desses profissionais ocorrem de forma separada, paralela. Em uma das falas o enfermeiro pontua a necessidade de maior integração entre a equipe de referência e saúde bucal. Outra questão, que surge, em uma das falas, é acerca da não participação do dentista nas atividades coletivas compartilhadas em equipe, como: reuniões e eventos desenvolvidos pela própria equipe.

Tal realidade corrobora com o estudo de Peruzzo et al. (2018) que afirmam ainda existirem barreiras, que dificultam a inserção do dentista em diversas atividades da ESF, realidade percebida tanto pelos profissionais integrantes da saúde bucal como pelos demais membros da ESF. Os autos sinalizam que tal problema pode estar relacionado a construção histórica da profissão, focada as atividades mecanizadas dos consultórios dos serviços privados, dificultado a disposição desses profissionais para o desempenho das práticas vinculadas à atenção primária.

Casotti e Gouvêa (2018) consideram de extrema importância que a formação do profissional dentista esteja voltada ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar, para garantir proximidade entre ensino, serviço e comunidade, fortalecendo o campo da saúde bucal coletiva e sua atuação na ESF.

Sobre as relações entre enfermeiro e ACS, os entrevistados consideram essa ligação necessária, apontam uma relação de colaboração mútua, de fácil comunicação e disponibilidade, favorecendo a parceria e o trabalho em equipe, como podemos observar nas falas dos/das enfermeiros/as descritas abaixo.

“[...] a gente tem um contato frequente [...] são muito colaborativos, [...] disponíveis [...]. Flui muito bem essa minha relação com os agentes de saúde.” (EF1).

“O enfermeiro está em contato direto com o agente de saúde em todas as atividades dele.” (EF2).

“[...] os ACS são bem acessíveis.” (EC2).

“[...] são ótimos [...] eles ajudam muito [...] são nossos olhos [...]” (EC1).

“O enfermeiro está sempre junto com o ACS [...] sempre se comunicando [...] eles precisam de mim e eu preciso deles para dar continuidade no trabalho [...]” (ET2).

Podemos perceber que existe uma relação de colaboração bastante importante entre ACS e enfermeiro, o que favorece as atividades interprofissionais. O ACS desempenha, entre outras funções, um trabalho de mediador entre a comunidade e equipe de saúde e tem o enfermeiro como coordenador de suas atividades, o que exige maior proximidade entre os dois. É notório nas falas dos enfermeiros entrevistados, que esses reconhecem, a partir das suas relações com o ACS, aspectos do trabalho em equipe como colaboração e comunicação.

O ACS, além de constituir o maior quantitativo de profissionais que compõem a eSF, é a categoria cujas atividades são de grande importância na efetivação das atividades planejadas, sejam essas direcionadas ao indivíduo, a família e/ou a comunidade. Esse profissional desenvolve suas ações atreladas ao saber técnico e popular, compartilhando informações e integrando-se aos demais membros da equipe (PERUZZO et al., 2018).

As relações positivas encontradas entre ACS e enfermeiro corroboram com outros estudos como em Lanzoni; Meirelles (2013) que consideram muito próxima a relação entre esses dois profissionais, onde o ACS tem muitas de suas ações guiadas pelo enfermeiro. Os autores também, chamam à atenção para a

sutileza que o enfermeiro apresenta ao solicitar algo ao ACS levando em consideração suas características individuais, favorecendo as relações interpessoais.

Algo que merece destaque são as falas sobre as relações entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Apenas dois (02) entrevistados, um do município de Fortaleza e outro de Eusébio, falaram sobre essa relação.

“[...] as técnicas, se elas tem um paciente, passam para mim e a gente tenta sempre resolver.” (EE1).

“[...] relação muito próxima [...] troca de informações [...] sempre me procura para tirar duvidas.” (EF1).

Ambas descrevem essa ligação entre enfermeiro e técnico de enfermagem como momento de troca de informações e esclarecimento de dúvidas, bem como o enfermeiro como o profissional, que oferece suporte na tentativa de resolver problemas relacionados ao paciente.

Na articulação entre essas duas categorias é sabido que o técnico de enfermagem faz parte da equipe de enfermagem e tem no exercício das suas atividades as ações de nível médio, através do acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, cabendo ao enfermeiro a coordenação e supervisão de suas atividades (BRASIL, 1986; COFEN, 2017). Desta forma, é comum a troca de informações e a proximidade desses profissionais, que juntos, compõem a equipe de enfermagem e tem suas atividades regulamentas e organizadas em níveis de conhecimento técnico.

Nas falas da maioria dos enfermeiros entrevistados, as relações desse profissional com a equipe como um todo se mostraram favoráveis ao trabalho em equipe, como podemos constatar a seguir.

“[...] a gente tenta se adequar, um ajudar o outro e aqui trabalhar realmente em equipe.” (EC2).

“As meninas da recepção me ajudam demais [...] são bem parceiras [...]” (EE2).

“[...] não tem aquele momento de sentar todo mundo, mas a gente se comunica muito bem.” (EF1).

“[...] tenho uma relação muito boa com todos os profissionais.” (EF2).

(relações de trabalho da equipe) “[...] é muito boa [...] embora seja uma equipe nova [...]” (ET1).

Os relatos apontam boa articulação entre os membros da equipe, parceria, boa comunicação e ajuda mútua. Para Peruzzo et al. (2018) proporcionar momentos de colaboração como reuniões periódicas, além de favorecer o conhecimento e a valorização do trabalho de cada membro da equipe e promover momentos de socialização estabelecendo e fortalecendo o vínculo entres os profissionais, são estratégias que podem promover a superação dos desafios do trabalho em equipe.

Apenas quatro dos entrevistados falaram sobre a sua relação profissional com a gestão municipal. Uma enfermeira destaca o respaldo que recebe da Secretaria Municipal de Saúde para a implantação de atividades de organização do serviço. Outras falam do apoio recebido da Coordenação da Atenção Básica para a solução de alguns problemas, porém, em um dos relatos foi citada a dificuldade de desenvolver o trabalho na falta de recursos mínimos necessários e atribui essa dificuldade a mudança da gestão municipal.

“Em relação à implantação do acolhimento [...] eu fiquei bem feliz [...] a secretaria dá realmente um respaldo para quem está aqui na ponta [...]” (EE2).

“[...] nossa coordenadora (da Atenção Básica) nos apoia sempre que a gente precisa.” (EC2).

“A tutora (pessoa que representa a Coordenação da Atenção Básica) ajuda muito ao enfermeiro, leva nossas dúvidas e ajuda a resolver os problemas.” (ET2).

“Esse ano, com a mudança da gestão [...] acaba que a gente não consegue ter o mínimo necessário para trabalhar e acaba dificultando.” (ET1).

Vale salientar que, além da articulação interprofissional desempenhada pelo enfermeiro com os demais membros da equipe, esse também é responsável por fazer a articulação dos interesses da eSF com a coordenação municipal, bem

como no sentido inverso. É comum que a própria coordenação municipal direcione as correspondências e troca de informações ao enfermeiro, mesmo quando o assunto diz respeito a outro profissional da equipe (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Poucas foram as falas dos enfermeiros entrevistados sobre suas relações com a comunidade. Tais falas demonstraram as relações construídas dentro da unidade de saúde, a partir da rotina do trabalho. Onde o vínculo entre profissional e usuário é construído apenas com aqueles que frequentam a unidade de saúde enquanto espaço físico.

“[...] acho que nós poderíamos estar mais próximos.” (EF1).

“[...] a gente não marca reunião (com a comunidade) mas no convívio aqui na nossa rotina a gente sempre está falando com as pessoas mais atuantes na comunidade.” (EF1).

“[...] quando cheguei aqui a primeira coisa [...] foi conhecer os líderes comunitários.” (EF2).

Apenas dois/duas enfermeiros/as citaram suas relações com a comunidade e expressam em seus discursos o vínculo construído, apenas no encontro com o usuário e seus líderes comunitários dentro da unidade de saúde. Compreende-se que estar com a comunidade vai além do encontro com os que procuram a unidade ou o serviço. É necessário adentrar o território, enxergar de perto como vivem essas comunidades e como se relacionam. É importante conhecer, e até mesmo vivenciar, sua cultura, crenças e saberes.

6.2 Vivências de enfermeiros/as na ESF: do sentido do trabalho a saúde do trabalhador.

Não se pode falar sobre o trabalho do profissional na ESF sem discutir sobre a saúde desse trabalhador. O profissional pode ter sua saúde afetada por diversos fatores, como ambiente de trabalho, satisfação profissional e as relações interpessoais.

Na busca pela qualidade da atenção prestada aos indivíduos, famílias e comunidade, os trabalhadores da ESF vivenciam uma variedade de dificuldades das quais podemos destacar os problemas socioeconômicos e biológicos encontrados na população, que tem nesses profissionais a referência de atenção à saúde, situação que proporciona sensação de impotência (TRINDADE, 2007).

O profissional investe no seu trabalho, os seus sonhos, desejos, alegrias, insatisfações e raivas. Quando no resultado dos esforços depositados pelo trabalhador não existe o reconhecimento do trabalho executado, surge a ameaça ao sofrimento do trabalhador (TRINDADE, 2007). Muitas vezes se encontra obrigado a decidir entre ficar desempregado, negar-se a trabalhar em condições inadequadas ou aceitar o trabalho e sofrer as consequências das condições impostas (BRAGA et al., 2013).

O trabalhador da saúde necessita de apoio, proteção e suporte, de forma a compartilhar suas tarefas, facilitando seu desempenho no trabalho. “O cuidado demanda reciprocidade”, porém, a saúde do trabalhador da saúde é negligenciada. É comum que os gestores não deem importância em cuidar dos cuidadores, e os profissionais negam o adoecimento para evitar o afastamento e as perdas salariais (BRAGA et al., 2013).

Nesse estudo, o sentimento de impotência por não conseguir responder as expectativas dos usuários do serviço é apontado como situação de risco ao adoecimento do enfermeiro da ESF. Percebe-se que diante da necessidade de saúde da população apresentar-se maior que a oferta do serviço, isso gera sofrimento por parte do enfermeiro, por não conseguir responder de forma satisfatória à essa necessidade, como podemos observar nas falas de dois enfermeiros nos municípios de Cruz e Fortaleza.

“[...] demanda muito grande [...] ultrassons é o que a gente mais sofre aqui [...] sofro com isso [...]” (EC2).

“[...] número exorbitante de pessoas [...] gera insatisfação [...] acham que a gente não faz porque não quer e a gente trabalha sobre a necessidade de cada um [...] a minha maior dificuldade de trabalhar é isso [...]” (EC2).

“[...] dezessete horas de trabalho [...] a agenda é limitada [...] eu acho que a gente já atingiu o limite do que eu poderia fazer.” (EF2).

Para dois dos enfermeiros entrevistados, as agendas lotadas, a pouca oferta do serviço, a limitação do número de atendimentos médicos e a imposição de uma carga horária mal distribuída são as principais dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros capazes de interferir no atendimento adequado as necessidades de saúde dos usuários, podendo gerar sofrimento ao profissional.

A sobrecarga de trabalho, a grande demanda pelo serviço e a impossibilidade de responder adequadamente a todas as necessidades do território são considerados fatores geradores de estresse e insatisfação no trabalho. Trabalhar com sentimento de insatisfação pode comprometer a qualidade do cuidado prestado pelo profissional, além de contribuir para a desmotivação do trabalhador (FARAH et al., 2017).

Faz-se importante ressaltar que um dos enfermeiros ao referir acerca das atividades de gerenciais e de assistenciais desempenhadas por ele dentro da ESF dá sinais de insatisfação, como aparece na fala abaixo.

“[...] todo dia eu tenho que estar atenta a tudo [...] uma pessoa para duas coisas [...] é complicado [...] tudo na unidade é a gente (enfermeiro).” (ET2).

O profissional denota dificuldade/complicação em realizar de forma simultânea as funções de gerente da unidade de saúde e as atividades assistenciais próprias do enfermeiro da ESF. O acúmulo dessas duas funções por parte do enfermeiro aumenta sua sobrecarga de trabalho, podendo levar o profissional ao sofrimento e ao adoecimento.

Xavie-Gomes et al. (2015), em seu estudo sobre a prática gerencial do enfermeiro na ESF, afirmam que a sobrecarga de trabalho atribuída pelo enfermeiro na ESF diz respeito ao acúmulo de funções administrativas e assistenciais. Considera, ainda, que a falta de reconhecimento acerca do desempenho do enfermeiro na realização simultânea das atividades gerenciais e assistenciais acarreta indícios de insatisfação por parte desse profissional.

Outro relato que merece destaque diz respeito a necessidade apontada por um dos entrevistados, que destacam entrar em sofrimento mental por não conseguir garantir ao paciente a continuidade do cuidado frente à fragilidade das redes de atenção a saúde.

“[...] às vezes, até a gente entra um pouco de sofrimento mental [...] porque muitas vezes não consegue ter uma rede realmente de apoio [...] ou apesar de ter essa rede, às vezes, ela não consegue ser tão resolutiva a um prazo mais curto [...]” (EE2).

O/A enfermeiro/a afirma sofrer diante da falta de resolutividade da rede de atenção a saúde que, além de resolutiva, deveria garantir a continuidade do cuidado em tempo oportuno e dar suporte aos profissionais da APS.

A APS caracteriza-se como o primeiro nível assistencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devendo garantir acessibilidade e continuidade do cuidado. É necessário que a RAS esteja organizada de forma atender as necessidades dos usuários, além de possuir estratégias que facilitem a comunicação e a coordenação do cuidado pela APS, bem como desenvolver estratégias de alargamento de suas bases de apoio. A força da APS depende da sua integração e articulação com RAS, estratégia que necessita ser consolidada. Assim, as redes de atenção devem estar organizadas de forma a construir uma porta de entrada resolutiva e com competência para assumir a coordenação do cuidado para além dos limites municipais (ALMEIDA et al., 2017).

Almeida; Marin e Casotti (2017) consideram a coordenação do cuidado uma atividade desafiadora diante das RAS, que atuam de forma fragmentada e onde, muitas vezes, o paciente é que se responsabiliza em buscar o atendimento especializado, ou seja, não possui marcação garantida, dificultando o acesso.

Quando a RAS não favorece a integração dos níveis de atenção e/ou não consegue atender as necessidades do usuário, reflete de forma negativa no cuidado realizado na ESF, que não consegue oferecer continuidade do cuidado, consequentemente, reduzindo a resolutividade a assistência.

Na perspectiva do valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho, apenas três dos enfermeiros entrevistados representaram essa temática em suas falas, como podemos ver a seguir.

“[...] eu amo me dedicar ao paciente, poder estar presente na vida dele e ajudar. Como coordenadora já é mais difícil [...] não gosto da parte de coordenação [...]” (ET2).

“[...] aqui é uma forma muito grande de ajudar o próximo. E isso é o que me deixa mais fascinada a cada dia [...]” (EC1).

“[...] eu estou aqui para servir a minha comunidade e eu tento levar por esse lado [...] sou apaixonada pelo o que faço.” (EE2).

“[...] o enfermeiro tem que se empoderar da sua função, que é extremamente importante e faz com que se destaque dentro da atenção primária à saúde [...]” (EE2).

Dois dos entrevistados expressam o sentido do seu trabalho na ESF a partir do significado de servir a comunidade e dedicar-se ao paciente. Outro destaca ser necessário por parte do enfermeiro o empoderamento de suas funções, percebe ser de grande valor o trabalho desse profissional, merecedor de destaque dentro da APS.

6.3 Processo de trabalho de enfermeiros/as na ESF na dimensão da atenção, promoção e gerência: um cenário em mudanças

É sabido que o/a enfermeiro/a atua na ESF desde a sua implantação e já trazia em sua história, a experiência do Programa Agente Comunitário de Saúde. Desenvolve atividades de várias naturezas, que contemplam a organização das ações da equipe, o funcionamento da unidade e ações de assistência ao indivíduo, família e comunidade.

A ESF se materializa como *locus* valioso da atuação do/da enfermeiro/a, que desenvolve suas capacidades técnicas e saberes em consonância com as demandas e necessidades dos indivíduos e famílias, construindo vínculo permanente com a comunidade a partir de suas ações (CAÇADOR, 2015).

A ESF foi criada com o objetivo de substituir o modelo vigente na época, buscando acabar com as ações centradas na fragmentação do cuidado e com base na doença, a partir de atividades com foco na promoção, proteção, tratamento e recuperação, com ações voltadas a família e a comunidade (RANGEL et al., 2011). Contudo, ainda é possível perceber que a ESF, muitas vezes copia o modelo ao qual deveria substituir. E a enfermagem como parte da eSF também demonstra em suas atividades ações fragmentadas do cuidado.

Sobre as atividades de atenção desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF, esse estudo encontra nas falas de todos os/as enfermeiros/as e na maioria dos gestores, que ambos, reconhecem como atividades de competência do profissional enfermeiro, realizadas na rotina do seu trabalho, os atendimentos aos grupos prioritários da atenção primária como: crianças, idosos, gestantes, pessoas com doenças crônicas, entre outros.

“[...] atendimento de puericultura [...] hipertenso e diabético [...] pré-natal, consultas a pacientes com tuberculose [...], hanseníase [...], de planejamento familiar e consulta de prevenção de câncer de colo uterino [...]” (EF2).

“[...] atende programas como pré-natal [...] diabético e hipertenso [...] planejamento familiar [...] puericultura [...] atividades em grupos [...] solicitar exames [...] prescrição de medicamentos [...] busca ativa [...] orientações [...] visita domiciliar [...] sala de espera [...] classificação risco [...] reunião em equipe [...]” (EC2).

“[...] gestante, criança [...] acompanhamento do hipertenso [...] diabético, idoso e todas as faixas etárias [...]” (ET2).

“[...] enfermeira [...] tem a prevenção, o pré-natal, o atendimento ao hipertenso, diabético, a visita domiciliar [...]” (GE1).

“[...] consulta de enfermagem, o acompanhamento da gestante, hipertenso, diabético, [...] puericultura, coleta do citopatológico, realiza os teste rápido, fazem grupos de promoção de saúde [...]” (GC2).

“[...] estratificações de risco [...] atividades de prevenção, puericultura, pré-natal, atendimento ao hipertenso e diabético, planejamento familiar, visita domiciliar compartilhada, puerperal compartilhada [...] imunização e desempenha o papel de gerência da unidade [...] trabalhar a parte da promoção da saúde [...]” (GT3).

Através do atendimento clínico é possível desenvolver diversas atividades específicas e compartilhadas de atendimento ao indivíduo. Tal atendimento

proporciona a gestão do cuidado por planejar a assistência aos usuários, no plano individual ou coletivo, promovendo saúde biopsicossocial, além de desenvolver ações organizacionais no sentido de coordenar e avaliar as condições necessárias para que essas ações aconteçam (KAHL, 2018).

Desta forma, o atendimento clínico deve sim está presente nas atividades dos profissionais da ESF, mas deve estar complementados com ações promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como práticas direcionadas a organização gerencial das atividades das equipes.

Lembrando que, as ações devem ser compartilhadas entre os profissionais que compõem a equipe e/ou o serviço intersetorial e não de forma fragmentada como fica evidente, em algumas entrevistas, onde um profissional encaminha o paciente para o outro tendo como base protocolos clínicos e escopo de prática. Não existe um espaço de troca de saberes, de discussão de casos. Fica claro, que os profissionais encontram-se atuando individualmente.

Ações de atenção à saúde foram relatadas pelos gestores, como nas falar a seguir.

“[...] prescreviam medicações do SUS [...] vacinação, solicitação de exames [...]” (GT1).

“[...] consulta de enfermagem, [...] realizavam os testes rápido [...]” (GC2).

Para três dos entrevistados (01 enfermeiro e 02 gestores), ambos do município de Tauá, o atendimento do/da enfermeiro/a ao hipertenso e diabético encontrava-se limitado pela impossibilidade da prescrição de medicamentos. As entrevistas realizadas no município de Tauá ocorreram no período em que o enfermeiro/a foi proibido por uma liminar judicial de realizar solicitação de exames e prescrição de medicamentos em qualquer situação. Observa-se nas seguintes falas dos gestores e enfermeiros/as.

“[...] hipertenso eu não atendo [...] porque em relação à prescrição de medicamento eu não sou autorizada [...]” (ET2).

“[...] foi proibindo aos enfermeiros algumas atividades como: solicitar exames, prescrever alguns medicamentos [...] os pré-natais, também foram afetados [...] a repercussão foi bastante negativa [...] nossos indicadores caíram, esse mês a gente não conseguiu fazer prevenção [...]” (GT3).

“[...] com essa decisão judicial recente nós estamos sofrendo bastante porque aqui, os enfermeiros realmente acumulavam várias funções [...]” (GT1).

Os entrevistados reconhecem que, alguns dias, sem que o/a enfermeiro/a pudesse realizar prescrição de medicamentos e solicitação de exames na rotina da ESF refletiu negativamente nos indicadores de saúde e no atendimento de alguns usuários como, a coleta do citopatológico cérvico uterino e atendimento pré-natal.

A prescrição de medicamentos pelo/a enfermeiro/a é legalmente permitida a partir da Lei do exercício profissional da enfermagem, regulamentada pelo Decreto n. 94.407/87 que, em seu Art. 8º, deixa claro que, encube ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BRASIL, 1986; 1987).

Porém, tal atividade ainda gera questionamentos por parte de outras classes e entre os próprios/as enfermeiros/as. Martiniano et al. (2015) defende que a prescrição de medicamentos pelo/a enfermeiro/a faça parte do processo de enfermagem, pois aparece de forma isolada. O processo de enfermagem, que objetiva sistematizar as atividades assistenciais desempenhadas pela categoria, não relata atividades como a prescrição de medicamentos como parte desse processo.

Conforme a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o processo de enfermagem é constituído de cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem (ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas), implementação das ações ou intervenções e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Em nenhum momento é citada a prescrição de medicamentos como parte desse processo, porém essa atividade é acatada pela lei do exercício da enfermagem, em seu artigo 11, inciso II, alínea ‘c’ da Lei nº 7.498/86, reconhecendo a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro em programas de saúde pública

aprovada pela instituição de saúde (BRASIL, 1986). Outra atividade que merece destaque na atuação do enfermeiro é a consulta de enfermagem, também presente na Lei nº 7.498/86 como atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986).

A consulta de enfermagem nada mais é que o processo de enfermagem, quando aplicado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, segundo a Resolução nº 358/2009 (COFEN, 2009). A consulta de enfermagem, no mesmo sentido do processo de enfermagem, se constitui das seguintes fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

É possível observar, contudo, que os/as enfermeiros/as e gestores entrevistados reconhecem todas essas atividades como parte do escopo de prática do/da enfermeiro/a. Constatando que a consulta de enfermagem aparece nos relatos dos entrevistados. Todavia, não fica claro se tal atividade é executada de forma sistemática, em todas as suas etapas, como defende a literatura.

Dantas, Santos e Tourinho (2016) acreditam que existe uma lacuna por parte do/da enfermeiro/a da APS quanto a apropriação e utilização das tecnologias como a consulta de enfermagem/processo de enfermagem, ressaltando a necessidade de utilização desses conhecimentos neste contexto.

É de grande importância refletir sobre a seguinte fala presente na entrevista aplicada a um dos gestores.

“[...] nessa última década o enfermeiro ele começou a se conduzir de uma forma menos coletiva e mais individualista, como eu diria passando o seu trabalho muito mais baseado na assistência do que na promoção, fazendo em tese o que faz o médico [...]” (GE1).

Na sua fala, o gestor demonstra acreditar, que o enfermeiro da ESF hoje, não é o mesmo do início, acredita que hoje esse profissional realiza atividades privativas do médico. Demonstra não concordar que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames, dentro dos programas de saúde pública e a partir de

protocolos estabelecidos pelo MS, façam parte do escopo de prática do enfermeiro.

Diz ainda:

“[...] ele imitou o médico naquilo que sempre foi escopo da atividade médica.” (GE1).

Considerando que o gestor municipal orienta e normatiza as atividades dos serviços de saúde do município, é preocupante, uma visão distorcida e desinformada acerca do trabalho do/a enfermeiro/a na ESF. Girardi et al. (2017) em seu estudo sobre escopo de prática dos profissionais médicos e enfermeiros na APS acreditam que existe a necessidade de ampliar as práticas do/da enfermeiro/a, bastante debatida em estudos internacionais. Evidenciam em seu estudo que, alguns enfermeiros, já realizam atividades de diagnóstico e prescrição de medicamentos, onde as receitas são levadas ao médico para assinatura do mesmo. Tal conduta reforça que é necessário reduzir as barreiras entre essas duas profissões.

Faz-se importante incluir nessa discussão a preocupação sobre o olhar da qualidade do atendimento ao usuário, valorizando o trabalho de cada profissão, na busca de atender as necessidades do território. Esse debate deve ser realizado com a comunidade e com os gestores da saúde para que conheçam e reconheçam as atividades e competências de cada profissional da APS, na busca pela consolidação da ESF centrada no indivíduo, família e comunidade.

A maioria dos gestores tem uma percepção positiva das atividades realizadas pelo/a enfermeiro/a na ESF, o que pode ser representado pela fala a seguir.

“[...] a enfermagem, ela tem um diferencial da medicina porque [...] ela quer estar ali (na ESF), ela se identifica [...]” (GF3).

Costa, Miranda (2008), em seu estudo sobre a contribuição do enfermeiro para a mudança do modelo assistencial, afirmam que o sucesso das atividades

realizadas pelo/a enfermeiro/a na ESF, faz com que esse profissional ganhe mais espaço, autonomia e poder de decisão na equipe. O acúmulo de experiência, a valorização da categoria e a construção de vínculo com as famílias, além da inserção gradual e efetiva da enfermagem nos movimentos sociais, em defesa da vida e das necessidades de saúde da sociedade são características inerentes ao enfermeiro da ESF.

Não há dúvidas de que o/a enfermeiro/a escolhe está na ESF e, desta forma, deve buscar o desenvolvimento de um trabalho centrado na família e na comunidade com o olhar para as condições sociais dos indivíduos, assumindo o compromisso com os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

O/A enfermeiro/a enquanto integrante da eSF desenvolve diversas atividades assistenciais e gerencias de forma individual e/ou coletiva nos diversos espaços do território. A partir das falas dos entrevistados, enfermeiros e gestores, muitas das práticas do/a enfermeiro/a aparecem pontuadas a luz dos programas do MS, como mostra o Quadro 4 (quatro).

Quadro 4: Práticas do/da enfermeiro/a na atenção na ESF na visão de enfermeiros/as e gestores.

Programas do MS	Ações realizadas pelos Enfermeiros/as da ESF
Atenção Integral a Saúde da Mulher	1) Pré-natal 2) Coleta citopatológica 3) Planejamento Familiar
Atenção Integral a Saúde da Criança	1) Puericultura
Atenção à Hipertensão Arterial Atenção ao Diabetes Mellitus	1) Atendimento ao hipertenso 2) Atendimento ao diabético
Controle da Tuberculose Controle da Hanseníase	1) Atendimento ao paciente com tuberculose 2) Atendimento ao paciente com hanseníase

Atividades Comuns a todos os programas	1) Acolhimento 2) Teste-rápido 3) Consulta de enfermagem 4) Visita domiciliar 5) Prescrição medicamentos 6) Vacinação 7) Solicitação de exames 8) Estratificação de risco
--	--

O trabalho na ESF não é feito apenas de cuidados a partir das atividades de atenção a saúde. É necessário que o profissional incorpore ao seu trabalho as ações de promoção da saúde na busca pela equidade e qualidade de vida, saindo do foco da doença e priorizando atividades que promovam a saúde e minimize os riscos do adoecimento.

A promoção da saúde, como estratégia transversal ao cuidado, direciona o olhar aos determinantes e condicionantes de saúde como trabalho, habitação, modo de vida, educação, ambiente, lazer, cultura, entre outros (SILVA et al., 2010). Desta forma, valorizar os determinantes e condicionantes de saúde durante o cuidado na ESF é fundamental para reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde.

Na dimensão da promoção da saúde a maioria dos enfermeiros (06) e gestores (06) entrevistados afirmaram que o/a enfermeiro/a realiza atividades de promoção da saúde, mas identificam essas a partir de ações do Programa Saúde na Escola e demais atividades de educação em saúde como: palestra, grupos de gestantes, sala de espera, como podemos ver nas falas abaixo:

“[...] grupo de idoso; sala de espera; ações na escola; grupo de hipertenso.” (ET1).

“[...] grupo de Hiperdia [...] a gente faz uma reunião com eles, com o NASF [...]” (EC1).

“[...] diversos grupos de hiperdia, de diabético, de controle de peso e tem várias atividades [...] grupo de gestante [...]” (GC1).

Diante do exposto, faz-se importante esclarecer algumas diferenças e similaridades entre promoção da saúde e educação em saúde.

Para a Política Nacional de Promoção da Saúde, promover saúde é *“promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes...”* (BRASIL, 2010, p. 17). Janini, Bessler e Vargas (2015) consideram a educação em saúde como um dos principais dispositivos capaz de tornar viável a promoção da saúde, fomentando a responsabilidade individual do sujeito na manutenção da saúde e na prevenção de agravos.

A julgar por essa reflexão, a educação em saúde passa a ter papel inegável na promoção da saúde, a partir da sua capacidade de transformar as práticas individuais. Através das ações educativas desenvolvidas na sala de espera, nos grupos, nas escolas e até mesmo em campanhas temáticas como outubro rosa, é possível promover a autonomia do usuário, fomentando a transformação de um comportamento e visando a qualidade de vida do indivíduo, família e/ou comunidade.

Desta forma, as atividades de educação em saúde pontuadas pelos entrevistados foram analisadas na premissa da promoção em saúde. Podemos perceber que, as atividades educativas relatadas pelos entrevistados, muitas vezes acontecem a partir de campanhas nacionais e/ou de situações impostas pela gestão.

“[...] educação em saúde [...] semana do bebê e [...] outubro rosa [...]” (EE1).

“[...] grupo de gestante [...] todo mundo junto [...] outubro rosa; semana do bebê [...]” (ET2).

“[...] promoção à saúde, campanhas outubro rosa [...] novembro azul [...] contra as arboviroses [...]” (GT1).

“[...] grupos das condições crônicas [...] em todas as unidades [...] grupo amigos do parto [...]” (GT3).

“[...] a gente cobra a questão da palestra, da educação em saúde [...] a gente monitora também essa produção [...]” (GC1).

Alguns dos temas das atividades de educação em saúde são pré-determinados e as equipes passam a reproduzir as ações.

Vale salientar a fala de um dos gestores do município de Tauá, que afirma realizar um planejamento anual das atividades educativas a serem realizadas no ano, onde os temas são pré-definidos, porém não deixa claro como esse planejamento é realizado, se existe a participação das equipes no planejamento dessa agenda de atividades educativas, como podemos ver a seguir.

“[...] anualmente, no final do ano a gente já faz o cronograma dessas atividades, o que a gente vai abordar em cada mês [...] já temos aquela agenda definida.” (GT3).

A fala do gestor não revela se existe a participação das equipes no planejamento dessa agenda de atividades educativas e/ou se existe discussão entre os membros da equipe sob o olhar às necessidades do território na busca de planejar as ações de educação em saúde e/ou de promoção da saúde objetivando responder as necessidades identificadas.

As formações de grupos pelas equipes, parece se repetir como algo já padronizado: grupo de gestante, de idosos, de hipertensos e diabéticos e assim segue. Também é necessário refletir sobre as prioridades do território antes de pensar na formação de um grupo.

As atividades de educação em saúde devem ser direcionadas a realidade do território e não apenas as campanhas nacionais e/ou atividades pré-determinadas, podendo responder problemas singulares das comunidades e as especificidades locais. Ao mesmo tempo, vale refletir como seria se não existisse a cobrança por parte da gestão para a realização dessas atividades e se não existissem as campanhas nacionais.

Os/as enfermeiros/as mostram em suas falas que compreendem a importância das atividades de educação em saúde, demonstram interesse em realizá-las de forma mais ampliada e alguns atribuem essa falha a questões como espaço na agenda e redução da carga horária. O tempo como fator limitador das atividades de educação em saúde foi encontrado nos relatos de um dos gestores.

“PSE [...] programa que deve ser contínuo [...] eu não tenho espaço na minha agenda [...]” (EF1).

“[...] educação em saúde [...] não faço com a frequência que gostaria e que a comunidade mereceria [...] prejudicada com essa redução no número de horas [...]” (EF2).

“[...] a gente não consegue fazer um grupo [...] que é extremamente importante [...], promoção da saúde [...]” (EE2).

“[...] tenho que fazer mais educação em saúde [...] grupo com o NASF [...] planejamento das atividades [...]” (EE1).

“[...] ele tem que delegar (muitas atividades de promoção da saúde), porque às vezes não tem tempo [...] delega para o NASF [...]” (GT3).

As ações de educação em saúde e/ou de promoção da saúde são tão importantes quanto às atividades de atenção. A PNAB reconhece as ações com foco na promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde como atividades de responsabilidade da APS, ofertadas ao indivíduo, família e coletividade (BRASIL, 2017c).

O/a enfermeiro/a como integrante da eSF não pode negar nenhuma dessas atividades e, com isso, deve organizar sua agenda de trabalho tendo em vista a diversidade de ações a serem desenvolvidas no território. É necessário refletir sobre quais ações estão sendo priorizadas pela equipe e qual o tempo destinado na agenda para cada atividade.

Outra atribuição bastante presente no trabalho do/da enfermeiro/a da ESF está relacionada ao trabalho de gerência da unidade de saúde. As atividades gerenciais não são atribuições específicas do/da enfermeiro/a da ESF, todavia, é possível perceber a partir de alguns relatos que tais atividades são práticas frequentes e rotineiras desse profissional.

Quase a totalidade dos/das enfermeiros/as entrevistados/as citam as atividades de gerência como de sua competência, o que converge com os relatos dos gestores. Seis enfermeiros/as, de oito entrevistados/as atribuem as atividades gerenciais da unidade de saúde ao enfermeiro/a, como se observa em algumas dessas falas a seguir.

“[...] tenho que fechar mapa de vacina [...] quantidade de remédio que entrou e que saiu [...] contabilizar atendimento médico, enfermeiro, odontológico [...] como se fosse um balanço de uma loja [...]” (EE2).

“[...] tem também que fazer gerência da unidade [...]” (EC1).

“[...] o enfermeiro é quem gerencia o posto [...]” (GC1).

“[...] todos os nossos enfermeiros são coordenadores das suas respectivas unidades [...] o chefe de todos os demais profissionais de saúde daquela unidade [...] responsável pela execução de todos os projetos e de todos os processos [...]” (GT1).

Percebe-se nos discursos dos entrevistados (enfermeiros e gestores) que as funções gerenciais exercidas pelos/as enfermeiros/as na ESF estão relacionadas às atribuições de gerenciamento de pessoal, de recursos materiais e de cuidado, além de exercer simultaneamente a função de enfermeiro/a assistencial e gerente.

Existem algumas necessidades fundamentais para o desempenho das atividades gerenciais de uma unidade de saúde. Essas estão relacionadas ao desenvolvimento de habilidades e competências como a liderança, onde o/a enfermeiro/a como gerente da unidade e líder da equipe deve ser referência para os demais profissionais, contribuindo para o diálogo, favorecendo o relacionamento interpessoal e atuando como mediador, facilitador e articulador do processo de trabalho (FARAH et al. 2017).

É necessário fomentar a discussão sobre as condições que limitam a autonomia do/da enfermeiro/a diante das suas atividades gerenciais na UAPS. Muitos pontos relacionados à organização do serviço são implantados a partir de um formato rígido, normativo e pouco flexível. Dessa forma, entende-se que limitando a autonomia do/da enfermeiro/a e da equipe para a tomada de decisões simples, como reorganizar agenda de atendimento dos profissionais, dificulta o bom desempenho do serviço e a satisfação profissional.

Vale destacar que as atividades de gerência da unidade não aparecem nas falas dos entrevistados do município de Fortaleza. Isso ocorre porque as UAPS desse município possuem a figura do gestor de unidade que exerce somente essa função. Ou seja, em Fortaleza o gerente da unidade de saúde assume apenas a função de gerenciar, podendo ser enfermeiro/a ou qualquer outra categoria profissional.

“[...] muitos municípios puxam o enfermeiro para fazer a gestão da unidade, aqui não, a gente tem o papel do gestor muito bem definido [...]” (GF1).

Essa situação identificada em Fortaleza diverge dos demais municípios que compõem esse estudo, onde o/a enfermeiro/a da ESF assume também, a função de gerente da unidade, como podemos ver as falas a seguir.

“[...] o fato de ser enfermeira assistencial e ainda ser coordenadora (refere-se a atividades de gerência) me deixa muito, um pouco sobrecarregada [...]” (EE2).

“[...] faço as duas juntas, toda hora [...]” (refere-se às atividades de atenção e gerência) (ET2).

“[...] eu fico a segunda a tarde só como gerente [...]” (ET1).

Como forma de dividir as responsabilidades, um dos/das enfermeiros/as do município de Tauá relata compartilhar as atividades de gerência da unidade com o colega da outra equipe de Saúde da Família. A unidade funciona com duas equipes e os/as enfermeiros/as dividem as responsabilidades gerenciais, além de reservar na agenda um turno por semana destinado a tais atividades. Outro/a enfermeiro/a relata sobrecarga de trabalho diante do fato de assumir atividade gerencial e assistencial.

Farah et al. (2017) em sua pesquisa sobre a percepção dos enfermeiros sobre a liderança da APS, destaca algumas dificuldades enfrentadas por esses profissionais tais como: o trabalho em equipe, a sobrecarga de trabalho, a falta de infraestrutura das UAPS, insuficiência de recursos materiais e humanos e relacionamento interpessoais conflituosos. Limitações relacionada a sobrecarga de trabalho e ao trabalho em equipe convergem com os achados dessa pesquisa, onde o/a enfermeiro/a acumula ao seu trabalho na ESF as funções gerenciais, com pouca colaboração dos demais integrantes da equipe.

É possível perceber que, embora reconheçam o/a enfermeiro/a como gerente da unidade de saúde e sabendo que esse realiza também, atividades assistenciais, alguns gestores acreditam que o trabalho gerencial desempenhado por esse profissional poderia ser melhor. Um dos gestores entrevistados demonstra acreditar que a capacidade gerencial do/da enfermeiro/a da ESF enfraqueceu com o tempo.

“[...] não é o mesmo [...] inclusive ao ponto de muitos municípios hoje terem outros profissionais fazendo essa gestão [...]” (GE1).

“[...] a maioria não gosta de coordenar e como em cada território tem um coordenador acho que elas empurram muito essa autonomia pra o coordenador do território [...] na questão de recursos humano [...]” (GE2).

Para refletir sobre o trabalho do/da enfermeiro/a hoje na ESF comparando ao período da criação do programa, se faz necessário questionar condições de trabalho e remuneração desse trabalhador. Antes de julgar suas ações, muitas vezes sobrecarregadas pelas responsabilidades administrativas e gerenciais, somadas as atividades próprias ao/à enfermeiro/a da ESF, é necessário reconhecer a sua importância como membro da ESF e desconstruir o paradigma da saúde centrada na figura de apenas uma categoria profissional.

A insatisfação e os maiores níveis de desgaste emocional no trabalho estão associados às altas taxas de turnover (saída voluntária do emprego – rotatividade) como consequência da síndrome de burnout, podendo comprometer a qualidade do trabalho executado, gerando conflitos, aumento de erros e insatisfação dos clientes (GRAZZIANO; BIANCHI, 2010).

Gomes (2015) considera que o acúmulo de atividades assistenciais e administrativas repercute na falta de reconhecimento do trabalho do enfermeiro como gerente da unidade e enfermeiro da ESF, considerando que a sobrecarga de trabalho repercute no desempenho das atividades desse profissional. Outro ponto que repercute no desempenho das ações gerenciais do enfermeiro e identificado no estudo de Farah (2017) é a carência da participação desse profissional em cursos de capacitação direcionados aos cargos de gerência, considerado essencial para prepará-los na função e no enfrentamento das situações inerentes ao cargo.

Entre as atividades realizadas pelo enfermeiro na ESF, encontra-se nas falas de enfermeiros e gestores, as ações desempenhadas com a colaboração do ACS, bem como a coordenação das atividades desse profissional.

“[...] o enfermeiro é que está em contato direto com o agente de saúde, todas as atividades dele [...]” (EF2).

“[...] responsável pelas atividades dos agentes comunitários de saúde, orientações [...]” (EF2).

“[...] acompanhamento também das agentes de saúde [...]” [EE1].

“[...] reuniões (...) todos os agentes de saúde...” [GT3].

O enfermeiro assume a função de coordenador e/ou supervisor do ACS mesmo antes da criação da ESF, quando alguns cuidados às famílias eram realizados pelo ACS no início da criação do Programa Agente Comunitário de Saúde.

Silva et al. (2014) em seu estudo sobre a supervisão dos ACS na ESF constata que o enfermeiro compreende e realiza a supervisão na ótica do controle da produção do ACS e fiscalização do seu trabalho, não atribuindo essa atividade a práticas relacionais.

De acordo com a PNAB a supervisão das ações do ACS é uma das atribuições específicas do enfermeiro que atua da Atenção Básica (BRASIL, 2017). Desta forma, as atividades do ACS são constantemente acompanhadas pelo profissional enfermeiro.

6.3.1 A rotina do/a enfermeiro/a na ESF: desafios na educação e promoção da saúde.

A maioria dos/das enfermeiros/as entrevistados/as apontam o Programa Saúde na Escola (PSE) e ações de educação em saúde como atividades que não realizam, mas consideram como parte de seu escopo de prática. Como já foi

discutido em outra categoria, os/as enfermeiros/as demonstram em suas falas que compreendem a importância dessas atividades, demonstram interesse em realizá-las e atribuem essa falha a questões como espaço na agenda e redução da carga horária.

“[...] a gente não consegue fazer um grupo [...] que é extremamente importante [...], promoção da saúde [...]” (EE2).

“PSE [...] não tenho espaço na minha agenda [...]” (EF1).

“[...] educação em saúde [...] não faço com a frequência que gostaria [...] fica prejudicada com essa redução no número de horas [...]” (EF2).

Como já foi dito antes a educação em saúde pode ser considerada como veículo transformador de práticas, possibilita a promoção da saúde, promovendo responsabilidade individual e coletiva para com a saúde e a prevenção de doenças (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

No Brasil, nos anos 1990, houve um esforço nacional para a apropriação do conceito de escolas promotoras de saúde e, somente em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi regulamentado pelos ministérios da saúde e educação tornando o espaço escolar como campo de saúde. Desenvolve ações intersetoriais, com a capacidade de mobilizar vários parceiros da rede de atenção básica e ensino fundamental, a fim de qualificar o cuidado e reduzir os riscos e agravos a saúde de crianças e adolescentes (VIEIRA; BELISÁRIO, 2018).

O PSE é orientado a partir dos seguintes objetivos: promover a formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, promove a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação. Além disso, deve promover a saúde e a cultura da paz, articular ações do SUS às ações das redes de educação pública, fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, reorientar os serviços de saúde para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade (BRASIL, 2011).

O PSE é uma estratégia de trabalho intersetorial que estabelece parcerias no desenvolvimento de suas atividades. Para Sousa; Esperidião; Mediana (2017) a intersectorialidade, muitas vezes, pode apresentar-se diante do discurso de integração de diversas políticas como o que acontece no PSE aliando saúde e educação, bem como outras atividades que promovem interação como entre os setores Saúde e Assistência Social (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017). Desta forma, como estratégia intersectorial deve haver compromisso e participação do setor saúde e educação, onde as atividades devem ser planejadas e organizadas em conjunto.

O programa defende a execução de doze atividades específicas: ações de combate ao *Aedes aegypti*, promoção de práticas corporais, atividade física e lazer, prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, prevenção de violências e acidentes, identificação possíveis sinais de agravos em eliminação, promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor, verificação e atualização da situação vacinal, promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil, promoção da saúde auditiva e identificação de sinais de alteração, direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS e promoção da saúde ocular e identificação de sinais de alteração (BRASIL, 2018).

O PSE apresenta-se como atividade realizada no espaço da escola, porém não é mencionado como algo planejado, organizado e realizado de forma integrada entre saúde e educação. Nas falas dos/das enfermeiros/as entrevistados é visível a preocupação desses profissionais ao assumir que não realizam as atividades próprias do PSE, ou o fazem de forma que consideram insuficiente. Ao mesmo tempo não é referido sobre a participação das escolas e/ou secretaria de educação nesse processo. Tal fato nos permite compreender que a percepção dos/das enfermeiros/as sobre o PSE é de que este se constitui de ações realizadas pelos profissionais da saúde dentro do espaço escolar, sem conotação de trabalho integrado entre saúde e educação.

É possível perceber nas falas dos/das enfermeiros/as que as atividades de promoção da saúde não são identificadas como práticas que não realiza na ESF, muito embora também, não tenham sido apontadas adequadamente como ações

desempenhadas pelo enfermeiro. Ou seja, as reais práticas de promoção da saúde não são relatadas como atividades a serem desenvolvidas na ESF, ficando a margem dos relatos. Os entrevistados demonstram nos discursos que suas intervenções ainda ocorrem de forma tradicional, setorializada e assistencialistas, não demonstrando muito interesse e/ou compromisso em desenvolver atividades direcionadas as diversidades sociais, ambientais, políticas e culturais do território.

Apenas um enfermeiro cita em sua fala o anseio de discutir temas relacionados às situações vividas no território, onde o/a enfermeiro anuncia a necessidade de realizar ações direcionadas ao enfrentamento de problemáticas como a violência e o uso de drogas.

“[...] alto índice de violência, um alto índice de uso de drogas [...] inclusive por adolescente [...] a gente faz pouca abordagem nesse sentido [...] ponto que precisa ser priorizado [...]” (EF2).

Existe, por parte desse profissional, a percepção diante da necessidade de uma abordagem mais ampla sobre saúde, a partir de um olhar aos problemas do território, ao mesmo tempo que demonstra fragilidade em realizar uma abordagem na perspectiva da promoção da saúde, buscando fomentar a cultura da paz e a prevenção do uso de álcool e outras drogas.

Estratégias de articulação entre a saúde do sujeito e as políticas públicas dos diversos setores, podem ser interpretadas como ações de promoção da saúde. Contudo, embora a ESF seja um espaço propício para o desenvolvimento de atividades promotoras da saúde de forma intersetorial, tal prática ainda não se mostra evidente (TAVARES; ROCHA; MAGANHÃES, 2018).

É necessário discutir mais sobre o que falta na ESF para que suas atividades também possam ser promotoras de saúde, reduzindo o foco das ações centradas na prevenção e no controle da doença.

O uso do sistema de informação no planejamento das ações da equipe e o deslocamento da equipe para localidades de mais difícil acesso nas comunidades

rurais foram relatadas como atividades não realizadas, porém necessária no desempenho do seu trabalho, cada uma anunciado por um enfermeiro diferente.

“Não utiliza os sistemas [...] para planejamento, porque a gente não tem internet [...]” (ET2).

“[...] atendimento descentralizado na zona rural [...] tem pessoas que não tem nem renda para vim [...] falta suporte total da Secretaria [...] local pra atender, carro [...] e alimentação.” (ET1).

Ambos os entrevistados atribuem tais limitações como consequência da falta de auxílio da gestão municipal, que não dispõe de apoio logístico para promover o deslocamento da equipe até as áreas mais distantes do território e a limitação do investimento em tecnologia que garanta o acesso a internet e aos sistemas de informação nas localidades rurais.

Mesmo diante da fala desses profissionais, o gestor do mesmo município afirma que possui um ônibus que se desloca até as comunidades mais distantes para ofertar atendimento multidisciplinar em saúde.

“[...] ônibus adaptado para atendimento médico e atendimento de equipes multiprofissionais [...] para essas comunidades mais longínquas [...]” (GT1).

Percebemos, assim, divergência nas falas de dois dos entrevistados do município de Tauá. Um dos/das enfermeiros/as diz que a unidades não dispõe de meios e materiais para realizar o atendimento a uma de suas localidades de difícil acesso, enquanto um dos gestores relata a existência de um ônibus com equipe multidisciplinar que realiza deslocamento para outra localidade com certa periodicidade. Desta forma, a atividade de deslocamento da equipe multiprofissional para localidades de difícil acesso não ocorre de forma homogênea em todo o município.

Outra atividade não realizada pelos profissionais e expressada por dois dos entrevistados é a educação permanente. Dois dos/das enfermeiros/as

manifestam o desejo de realizar atividades de educação permanente para os ACS e outros membros da equipe e mais uma vez atribuem o não cumprimento da atividade a falta de tempo.

“[...] educação permanente [...] é uma coisa que eu queria fazer com as ACS [...] uma vez no mês fazer uma atividade, discutir um tema [...]” (EE1).

“[...] educação permanente [...] com outros membros da equipe, como o ACS [...] falta de tempo [...]” (EF1).

Compreendendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um processo de aprendizado construído a partir das experiências vividas, sua prática deve estar relacionada às atividades diárias dos envolvidos no processo de aprendizagem e sabendo que articular e participar das atividades de educação permanente são atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017), apenas dois dos enfermeiros citaram a educação permanente durante as entrevistas e relatam como atividade não promovida por eles na ESF, embora considere como algo que deveria estar presente em suas práticas e atribuem essa limitação a falta de tempo.

Tais achados corroboram com Viana et al. (2015) em seu estudo sobre educação permanente na ESF. Os autores descrevem que a elevada demanda de atendimento individual nas unidades de saúde, somada a sobrecarga de trabalho que limita a disponibilidade de tempo por parte do enfermeiro são considerados como obstáculos para que esse profissional desenvolva atividades de educação permanente.

6.3.2 Inovações na dimensão da atenção, promoção e gerência: práticas de enfermeiros/as na ESF

Buscou-se identificar nas falas dos entrevistados, atividades realizadas pelo enfermeiro na ESF que aparecesse como inovação. Para Lowen et al. (2017)

superar um produto ou transformar um contexto para outro melhor também pode ser considerado como algo inovador.

Nessa perspectiva, um dos/das enfermeiros/as entrevistados compreende como algo inovador a realização da estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos, realizada a partir do atendimento compartilhado com o médico da equipe, como podemos observar na fala a seguir:

“[...] estratificação do hipertenso e do diabético [...] nós dois juntos (médico e enfermeiro) [...] a gente vai tendo aquela conversa com o paciente, orientando [...] é um aprendizado pra mim que sou enfermeira.” (ET2).

A colaboração entre os profissionais é considerada pela entrevistada como uma inovação a partir do trabalho conjunto. Na verdade o que a entrevistada considera como inovador é o fato de realizar uma atividade de forma integrada com o médico, através de uma consulta compartilhada. Embora não utilize a expressão consulta compartilhada sua descrição define essa prática. A consulta compartilhada proporciona uma comunicação transversal de saberes, permitindo diversos olhares sobre o problema.

A consulta compartilhada entre médico e enfermeiro proporciona integração entre esses profissionais a partir da troca de saberes e da utilização de conhecimentos, promovendo uma visão integrada do cuidado na busca de resolver problemas do indivíduo, família e coletividade (LOWEN et al., 2017).

A fragmentação e o trabalho individualizado necessita ser superado, buscando-se aprender a realizar atividades de forma compartilhada, reconhecida como infinitamente mais potente que uma abordagem pontual e individual, onde o objeto de trabalho passa e ser visto como um todo, em constante interação com seu meio e a partir de diversos olhares (BRASIL, 2009). Assim, acredita-se que o trabalho compartilhado ainda é uma proposta desafiadora, mas que necessita ser fomentada na ESF.

Á face do exposto e compreendendo que o trabalho compartilhado ainda é uma proposta desafiadora, mas que necessita ser fomentada na ESF, acredita-se

que estimular a prática da estratificação de risco a partir de uma atividade conjunta entre profissionais pode ser uma forma de fomentar o trabalho em equipe. Assim, o trabalho interdependente é algo que devemos fomentar cada vez mais, bem como outras atividades que sejam capazes de contribuir com o trabalho em equipe.

Outra enfermeira demonstra em seu relato que algumas vezes, realiza coleta citopatológica fora na unidade de saúde como forma de favorecer o acesso ao serviço por mulheres que moram em localidades de difícil acesso. Considerando esse atendimento como algo que não existia no serviço é compreendido como inovador.

“Nessa igreja [...] uma sala climatizada e uma sala extra com porta e tranca, então eu consigo fazer citopatológico [...]” (EE1).

A inovação apresenta-se na capacidade do profissional de realizar o cuidado diante das dificuldades, usando da criatividade na busca por novos espaços no território para vencer obstáculos, diante das necessidades e singularidades do território.

Para Lowen et al. (2017) a consulta compartilhada entre enfermeiro e médico é capaz de promover integração desses dois atores, promovendo a troca de saberes e experiências, em buscar da resolutividade, a partir do olhar integrado dos profissionais.

Outro ponto que podemos considerar como ação inovadora na ESF é a utilização do prontuário eletrônico. Essa atividade é relatada pelos dois enfermeiros entrevistados no município de Fortaleza e por apenas um de Tauá. A outra equipe de Tauá não utiliza o prontuário eletrônico por não possuir internet. As demais equipes não têm prontuário eletrônico implantado nas unidades.

“[...] nós temos no PEC (prontuário eletrônico do ESUS) [...] trabalhamos por bloco de hora [...] na agenda dele [...]” (ET1).

“[...] utilizamos o festmedic (sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo município) [...]” (EF2).

Alguns gestores também relatam sobre implantação, implementação e utilização de tecnologias na ESF e em outros serviços do sistema municipal de saúde.

“[...] temos internet em todos os postos [...]” (GE1).

“Nós estamos informatizando tudo, assistência hospital, assistência especializada, Policlínica, CEO's, CAPS e também a rede básica.” (GE1).

É sabido que a utilização ou não do prontuário eletrônico é que está atrelada a iniciativa e interesse da gestão municipal. Mesmo diante de tantos avanços tecnológicos a implantação e uso do prontuário eletrônico ainda é uma realidade distante de ser alcançada em muitos municípios do Brasil.

O Ministério da Saúde elaborou a estratégia e-SUS que nada mais é que o processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa estratégia e com o apoio do Departamento de Atenção Básica surge o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) na busca de reestruturar o sistema de informação da atenção básica. O sistema auxilia no apoio à gestão do processo de trabalho e ao cuidado e pode ser utilizado em dois formatos: Prontuário Eletrônico do Cidadão e Coleta de Dados Simplificada (CDS). O CDS é utilizado para o registro de informações relacionadas a produção dos profissionais das equipes que ainda não utilizam o prontuário eletrônico (BRASIL, 2014).

Silva et al. (2018) em seu estudo sobre a aceitação e rejeição do e-SUS AB afirmam ser de fundamental importância o preparo e o planejamento da implantação do sistema para que os profissionais que utilizarão a inovação tenham melhor conhecimento de suas potencialidades contribuindo com a aceitação. Os autores consideram que a implantação do e-SUS AB não ocorra de forma verticalizada. Afirmam que muitas pesquisas consideram a difusão do sistema como uma exigência dos gestores, vinculada aos repasses financeiros, contribuindo para percepção de que o sistema tem a funcionalidade reduzida a alimentação de dados, não considerando sua utilização para discutir e/ou analisar os processos de trabalho.

Desta forma, compreende-se que não basta apenas implantar o e-SUS AB, é necessário qualificar e efetivar a difusão da tecnologia de forma que favoreça a aceitação por parte daquele que utilizam o sistema, contribuindo com qualidade do atendimento na Atenção Básica.

Um/a enfermeiro/a e um gestor do município de Tauá citam em suas falas a utilização do GISSA, sistema que estaria sendo implanto no município para promover a obtenção de informações de forma rápida e efetiva.

“[...] me adequando ao Gissa pra tentar usar porque ele tem bastante indicadores, [...] é bem funcional [...] os ACS estão usando e estão amando [...] paciente [...] se internou no hospital [...] ele já recebe a notificação [...]” (ET1).

“O Gissa é um sistema de inteligência, ele dá pra gente da gestão assim como os profissionais [...] informações em tempo real” (GT3).

Denominado Governança Inteligente do Sistema de Saúde trata-se de um sistema em desenvolvimento que busca oferecer informações que possam servir de suporte para tomada de decisões. Fornece dados para os cinco domínios clássicos da gestão de saúde pública que são: Clínico Epidemiológico, Técnico Administrativo, Normativo, Gestão Compartilhada, Gestão do Conhecimento¹. O GISSA é um sistema capaz de permitir que gestores e profissionais de saúde possam acompanhar em tempo real e através do celular os indicadores do município e/ou território.

No caso dos profissionais da ESF, esses recebem através do telefone celular um alarme sempre que algo importante acontece com um indivíduo sob sua responsabilidade, ou seja, sempre que nasce uma criança, ou alguém é internado, ou ocorre um óbito, ou outras ocorrências, os profissionais da equipe são notificados em tempo real.

Para que o sistema funcione de forma eficiente é necessário que todos utilizem o Cartão Nacional de Saúde (CNS), que os sistemas estejam alimentados de forma correta e completa, que atualizem constantemente dos dados e que os

¹ Manual Operacional Boas Práticas de Utilização do Sistema. Versão 0.3 – Governança Inteligente em Sistemas de Saúde (GISSA).

registros das informações sejam feitos em tempo oportuno. O GISSA interage com as informações de outros sistemas como e-SUS, sistema de informação sobre mortalidade (SIM), sistema de informação sobre nascimento (SINASC), sistema de informação do programa nacional de imunização (SI-PNI), sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), entre outros¹.

Embora o fato de algumas equipes utilizarem alguns sistemas de informação como e-SUS, GISSA e prontuário eletrônico ainda existem muitas dificuldades para o melhor aproveitamento dessa utilização. Percebemos algumas dessas limitações nas falas de uma das entrevistadas.

“[...] o E-SUS não faz estratificação de risco [...] e ano passado a gente perdeu muitos dados com esse negócio de atualização de E-sus [...]” (ET1).

“[...] minha única preocupação [...] vou fazer um pré-natal registro no prontuário físico, registra na caderneta, registra no PEC e registra no Gissa, [...] anota mais do que dar atenção [...] são quatro campos pra você colocar a mesma coisa [...]” (ET1).

O enfermeiro de Tauá que utilizam o prontuário eletrônico do E-SUS queixa-se da perda de algumas informações nas atualizações do sistema e relata a falta de cruzamento de dados entre os sistemas GISSA e E-SUS, obrigando o profissional a repetir o registro das informações.

Sabe-se que o GISSA utiliza sim as informações do E-SUS, porém esse deve ser adequadamente alimentado, com todos os indivíduos cadastrados e todas as informações necessárias registradas adequadamente e em tempo oportuno. Dessa forma, faz-se necessário cadastrar corretamente e em tempo oportuno as informações para que possam gerar alertas. A produção dos dados é de responsabilidade de todos que operam os diversos sistemas para que estes funcionem de forma satisfatória.

Além disso, a entrevistada relata que o prontuário eletrônico do e-SUS não faz estratificação de risco o que obriga ao profissional realizar a estratificação de cada paciente em fichas físicas e arquivar em pastas. Tal limitação alerta a

necessidade de ampliar o sistema de acordo com a atividades realizadas pelas equipes, facilitando, cada vez mais, a operacionalização das atividades.

Na dimensão da promoção da saúde uma das equipes do município de Tauá inova utilizando, de forma bastante proveitosa, as redes sociais como forma rápida de comunicação com a comunidade e divulgação das ações da equipe.

“[...] temos grupo de WhatsApp, temos o Facebook [...] a gente tá adicionando o pessoal que mora na comunidade [...] tudo que a gente faz a gente posta [...] acaba por criar um vínculo [...] todo mundo tem os nossos telefones [...]” (ET1).

Algumas redes sociais são utilizadas como ferramenta de comunicação entre a equipe e a comunidade, além de fomentar o fortalecimento de vínculo. Através do whatsapp a comunidade pode entrar em contato com os membros da equipe podendo até reagendar seu atendimento.

Existe um perfil no Facebook com o nome da unidade de saúde, é através dessa ferramenta que a equipe divulga as atividades que realiza como os encontros dos grupos, publicando fotos e compartilhando as ações coletivas, além de informar sobre os atendimentos da unidade. É uma ferramenta bastante utilizada por todos da equipe e a comunidade participa compartilhando e comentando as postagens, bem como marcando os profissionais e demais pessoas presente nas fotos.

A equipe descobriu através dessas ferramentas formas de está mais próximo da comunidade, construindo e fortalecendo vínculos. Além disso, o aplicativo whatsapp também é utilizado como meio de comunicação entre os membros da equipe.

“[...] mando whatsapp para as ACS e elas respondem [...]” (ET1).

O aplicativo facilita a comunicação de forma mais rápida e dinâmica entre os membros da equipe, o que parece ser bastante presente nas relações entre enfermeiro e ACS. Dois entrevistados apontam como atividades de promoção da

saúde um grupo de zumba na comunidade e atividades de lazer em datas comemorativas como festas juninas como podemos ver abaixo.

“[...] grupo de zumba segunda e quarta [...] seis horas da noite na pracinha [...] com a educadora física [...] responsabilidade do NASF [...]” (ET1).

“[...] a gente tenta trazer momentos pra eles de lazer [...] no período junino [...] uma quadrilha [...]” (EC2).

O grupo de zumba apresentado como inovação funciona fora do horário de funcionamento da unidade e tem a participação do NASF. Tal grupo promove a prática da atividade física de forma prazerosa. Outra equipe relata realizar atividades de lazer como quadrilha no período das festas juninas que também pode ser compreendido como uma forma de resgatar e valorizar a cultura do território.

Identificou-se como inovação na dimensão da gerência a presença de um profissional que oferece apoio às equipes nas atividades gerenciais.

“[...] a gente tira um dia da semana [...] reunião enfermeira e tutora [...] enfermeira, tutora e equipe [...] dependendo da necessidade [...]” (ET2).

“[...] coordenadores de territórios [...] pessoa da coordenação da atenção básica que traz informações da Secretaria até a gente [...] reuniões [...] mais proveitosas [...]” (EE2).

“[...] temos o coordenador de território [...]” (GE2).

Entrevistados dos municípios de Tauá e Eusébio descrevem o apoio da gestão municipal através da figura de um profissional que se desloca até a unidade de saúde com determinada frequência para colaborar com as reuniões em equipe, servindo de apoio as questões gerenciais da unidade. Esse profissional também é citado por um dos gestores do município de Eusébio.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na ESF as práticas do/da enfermeiro/a são orientadas por premissas administrativas, gerenciais, assistenciais e relacionais. Nas falas dos/das enfermeiros/as do estudo, questões relacionadas a organização do serviço como: gerenciamento da agenda dos profissionais e organização do acolhimento são desenvolvidas a partir determinações da SMS, limitando a autonomia do/da enfermeiro/a para modificar essa realidade. Tal situação mencionada por dois profissionais revelam em suas falas sobrecarga de trabalho e sentimento de injustiça.

A priorização do atendimento as condições agudas e as agudizações das condições crônicas aparecem representada na fala de parte dos entrevistados. Embora alguns serviços possuam agenda com atendimento por hora marcada, a oferta do serviço ainda é insuficiente para atender a necessidade do território.

Enfermeiros/as e gestores denotam que ainda persiste na ESF a prática assistencial fragmentada nos diversos saberes que compõem a equipe, com agendas pouco flexíveis e atendimento burocratizado por normatizações. Embora as normatizações sejam importantes para a organização do processo de trabalho, estas não podem ser inflexíveis, descontextualizadas, e em certa medida, tolher a autonomia, criatividade e potência existente no ato de produzir cuidado em saúde que é mediado por diversidade, complexidade, diferenças e singularidades.

Em se tratando do trabalho em equipe, observa-se que, em algumas eSF, os profissionais enfermeiros/as desenvolvem atividades colaborativas, porém pontuais, com o profissional médico, e, com o profissional dentista, a relação de trabalho referida é sem integração e com certo distanciamento.

Dentre os três profissionais citados: dentistas, médicos e ACS, a relação com o ACS é relatada como a mais integrada. Os/As enfermeiro/as reconhecem a necessidade de se relacionar com os ACS, e descrevem as relações como detentoras de: respeito, colaboração mútua, fácil comunicação e disponibilidade. Realidade essa corroborada por diversos estudos, que denota exemplo de atividade interprofissional e trabalho em equipe.

Destaca-se que o processo de trabalho dos/das enfermeiros/as na ESF encontra-se centrado no objeto como corpo biológico e tem suas ações fragmentadas pela multidisciplinariedade, pouco integrada, hierarquizando o cuidado (finalidade do processo). Há um reconhecimento por parte dos gestores e enfermeiros/as das seguintes atividades como integrante do escopo de prática do/da enfermeiro/a da ESF: atendimentos aos grupos prioritários, aos programas e protocolos do MS, com poucas atividades que favoreçam a troca de saberes e o trabalho interprofissional, sempre com foco no atendimento individual. As práticas assistenciais mais presentes dizem respeito a consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos, acolhimento a demanda espontânea, realização de procedimentos e algumas atividades de educação em saúde, abordando temas pré-definidos.

Prática de enfermagem, como a prescrição de medicamento, ainda foi interpretada de forma equivocada por parte de um gestor, reforçando a necessidade de discussões sobre as práticas dos profissionais da ESF com a comunidade e gestores do SUS, com o objetivo de favorecer o reconhecimento das atividades e competências dos profissionais enfermeiros/as. Isto, porque mostra um gestor do SUS, que deveria ter clareza das funções e atribuições do enfermeiro/a, demonstrar ainda essa visão.

Reforça-se a necessidade de consolidação da ESF centrada no indivíduo, família e comunidade, e, como tal, considera-se fundamental a reflexão acerca das condições de trabalho, remuneração e satisfação profissional do/da enfermeiro/a na busca por mais reconhecimento e valorização. Compreender a importância do trabalho do/da enfermeiro/a na ESF a partir de suas práticas, identificando que o/a enfermeiro/a escolhe estar na ESF, demonstrando identificar-se com o trabalho gera possibilidades de fortalecer a ESF e esses profissionais. Porém, faz-se necessário refletir se o papel profissional do/da enfermeiro/a na ESF foi construído em consonância com a mudança do modelo assistencial ao longo do tempo. Afinal, entende-se que as práticas de cuidado fragmentado com foco nas condições biológicas, exercidas pelos/as enfermeiros/as na ESF copiam o modelo ao qual deveria substituir.

Refletir até que ponto, a normatização e a hierarquização do processo de trabalho e a demanda da população e de gestores corroboram para um modelo centrado na promoção da saúde, ou tensionam para que os/as enfermeiros/as reproduzam o modelo assistencial dominante. Para essa ruptura com o modelo assistencial hegemônico, biomédico, a educação permanente aparece como uma possibilidade de reflexão crítica do trabalho. Existe, também, a necessidade de demonstrar a importância técnica e social do/da enfermeiro/a dentro da equipe, buscando estabelecer e consolidar suas práticas na ESF, superando o problema de sobreposição de atividades com outros profissionais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, N. L. T. et al. Análise do acolhimento na estratégia Saúde da Família de Sobral (Ceará): discurso do sujeito coletivo de enfermeiros. **Rev Espaço para a Saúde**. v. 19, n.1, ago. 2018. p.45-56.

ALMEIDA, P. F. et al. *Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde*. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 1, set. 2018. p. 244-260.

ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, MAIO-AGO. 2017. p. 373-398.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; CAVALCANTI, C. G. C. Modelo assistencial em saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 473-479.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia saúde da família. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1. 2012. p. 223-230.

BRYANT-LUKOSIUS, D. et al. Enfermagem com prática avançada: uma estratégia para atingir cobertura universal de saúde e acesso universal à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, 2017. p. 01-11.

BRAGA, L. S. et al. Sofrimento Psíquico Em Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 7, n. 2, fev. 2013. p. 345-354.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Sistema de Nota Técnica do DAB. Disponível em: <
<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 22 jul. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS**. Política Nacional de Humanização. 1ª ed. 1ª reimpressão. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013a. p.16.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Caderno da Atenção Básica** n.28, v. 1. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde – CNS. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Resolução n. 466/2012. Brasília: CNS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. p. 110.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF. 1986.

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm**. v. 19, n. 3, jul/set. 2015. p. 612-619.

CASOTTI, E.; GOUVÊA, M. V. Reorganização das práticas de saúde bucal: desafios no âmbito da Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. Rio de Janeiro-RJ: Editora Fiocruz. 2018. p. 407-424

CEARÁ. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde 2018 – 2021. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2018. 98 p. Disponível em:
<https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Manuais_saude/Plano-Municipal-Educacao-Permanente-2018-2021---versao-internet.pdf> Acesso em: 26/07/2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília. 2017. Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html> Acesso em: 22/08/2017.

CORRÊA, V. A. F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T. F. Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 71, n. (supl. 6) 2018. p. 2932-39.

COSTA, R. H. S.; COUTO, C. R. O.; SILVA, R. A. R. Prática clínica do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde (Santa Maria)**. v. 41, n. 2, jul-dez. 2015. p. 09-18.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**. v. 9, n. 2, abril-junho. 2008. p. 120-128.

DANTAS, C. N.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de bacon e galimberti. **Texto Contexto Enferm**, 2016; v. 25, n. 1.

DAVID, H. M. S. L. et al. O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 337-367.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set.-dez. 2015. p. 709-720.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO. Atlas das profissões 2016. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). UFMG. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>> Acesso em: 15 de agosto de 2018.

FARAH, B. F. et al. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Revista Cuidarte**. v. 8, n. 2, 2017. p. 1638-1655.

FORTE, E. C. N. et al. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? **Tempus, actas de saúde coletiva**. Brasília, v. 11, n. 2, jan. 2018. p. 53-68.

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. v. 1, n. 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n.9, 2016. P. 2739-2748.

GIRARDI, S. N. et al. Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, v.17, supl.1, out., 2017. p. S185-S198.

GIOVANINI, T. et al. História de enfermagem: versões e interpretações. 3. Ed. Rio de Janeiro-RJ: **Revinter Ltda**, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. Editora Atlas. São Paulo – SP. 2010.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. ed. 29, Petrópolis-RJ: Vozes, 2010. p. 79-108.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Cidades e Estados do Brasil. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 22 jul. 2018.

ISTÚRIZ, O. F. Avanzando hacia la nueva APS: cuidado integral de la salud com la participación de todas y todos. In: GIOVANELLE, L. **Atencion primaria de salud em suramérica**. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2015. 298 p.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção a saúde do trabalhador. **Interface – comunicação, saúde, educação**. v. 15, n. 38, p. 859-870, jul./set., 2011.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev Bras Enferm**. Brasília-DF, v. 66, n. 4, jul-ago, 2013. p. 557-63.

LEMES, L. M. S. et al. Empoderamento e sentimento de injustiça nos trabalhadores da atenção primária do SUS. **Revista Psicologia: Teoria e Prática** São Paulo:SP, v.18, n.2, maio-ago. 2016. p. 46-56.

LIMA, F. S. et al. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. **J. res.: fundam. care**. online. v. 8, n. 1, jan-mar. 2016. p. 3893-3906. Disponível em: < file:///C:/Users/USER/Downloads/3905-26774-1-PB.pdf> Acesso em: 19/08/19.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica. **Esc Anna Nery**. v. 18, n. 1, 2014. p.17-24.

LOPES, C. V. A. et al. Alguns traços de uma cartografia na atenção básica à saúde. In: MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro : Hexis, 2016. p. 134-140.

LOWEN, I. M. V. et al. Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. **Rev Bras Enferm**. v. 70, n. 5, 2017. p.945-51.

MACHADO, M. H. (Coord.). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017. p. 748.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digital*. v. 13, n. 2, 2013. p. 239-244. Disponível em: < file:///C:/Users/USER/Documents/TUDO/Mestrado%20-%20RENASF/Disserta%C3%A7%C3%A3o/Enfermagem/000894801.pdf> Acesso em: 18/08/2019.

MARTINIANO, C. S. et al. Legalização da prescrição de medicamentos pelo Enfermeiro no Brasil: história, tendências e desafios. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jul-Set; v. 24, n. 3. p. 809-817.

MEDEIROS, M. M. das C.; ABREU, M. M. Epidemiologia clínica. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia& Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 601-621.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, set. 2018. p. 38-51.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**. v. 29, n. 78, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12d. Editora HUCITES: São Paulo – SP. 2010a.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. 29, Petrópolis, RJ: Vozes, 2010b.

MIRANDA NETO, M. V. et al. Práticas avançadas de enfermagem: uma possibilidade para a Atenção primária a Saúde? **Ver. Bras. Enferm.** v. 71. 2018. p. 764-769.

NASCIMENTO, M. G. G. et al. O processo de trabalho do enfermeiro na promoção da saúde mental: análise reflexiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 7, n. e.2097, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/2097-8973-1-PB.pdf> Acesso em: 25/08/2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Ver. Brasileira de Enfermagem**. v. 66 (esp), 2013. p. 158-164.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>> Acesso em: 17 de dez. de 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington: OPAS/ OMS, 2018. p. 40.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 06, 2018. p. 1723-1728.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, mar-abr, 2009. p. 265-71.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**. v. 22, n. 4, 2018. p. 01-09.

PESSOA, V. M. Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na Estratégia Saúde da Família. **Tese Doutorado em Saúde Coletiva** (associação ampla uece/ufc/unifor). 2015.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. ed. 3, Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 77-95.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 39, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0132.pdf>> Acesso em: 21/08/19.

- RANGEL, R. F.; FUGALI, M. M.; BACKES, D. S.; GEHLEN, M. H.; SOUZA, M. H. T. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**. v. 16, n. 3, jul-set. 2011. p. 498-504.
- RENSAF. Regimento da Rede Nordeste de Saúde da Família. RENASF, 2016. Disponível em: <https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/Regimento_RENASF-21-agosto-2016.pdf> Acesso em: 08 de julho de 2018.
- REUTER, C. L. O. et al. Práticas de monitoramento na gestão municipal em saúde e sua interface com a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 37 (esp.) 2016.
- ROCHA, J. S. Y. Acerca do saber e da prática de enfermagem. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 297-303, jul-set, 1986.
- ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 6, nov-dez, 2005. p. 1027-34.
- SANTOS, L. C.; ANDRADE, J.; SPIRI, W. C. Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para o processo de trabalho na estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**. v. 23, n. 3, May, Rio de Janeiro 2019. p. 01-06.
- SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 3, 2018. p. 861-870.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- TOSO, B. R. G. Práticas avançadas de enfermagem em atenção primária estratégias para implantação no Brasil. **Enferm. Foco**. v. 7, n. 3 / 4. 2016. p. 36-40.
- TRINDADE, L. L. O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para a saúde do trabalhador. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.
- XAVIER-GOMES, L. M. et al. Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set./dez. 2015. p. 695-707.

ANEXO A**PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CEARÁ****ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS MÉDICOS, DENTISTAS
E ENFERMEIROS****1 Caracterização dos/as Informantes:**

1. Nome: _____
2. Data da entrevista: ____/____/____
3. Município onde trabalha: _____
4. Unidade Básica de Saúde: _____
5. Equipe Saúde da Família: _____
6. Idade: _____anos 7. Sexo: ()1- masculino ()2- feminino
8. Religião: ()1- Católica ()2- Evangélica ()4- Espírita ()5- Não possui religião ()6- Outro Qual? _____
9. Estado civil: ()1- Solteiro ()2- Casado/União estável ()3- Viúvo ()4- Divorciado
10. Qual sua profissão:
()1. Médico(a) ()2. Enfermeiro(a) ()3. Cirurgião Dentista
11. Há quantos anos concluiu a graduação:
()1. Menos de 5 anos ()2. De 5 a menos de 10 anos ()3. Mais de 10 anos
12. Tempo de trabalho na Atenção Básica:
()1. Menos de 1 ano ()2. De 1 a menos de 3 anos ()3. De 3 a menos de 6 anos ()4. 6 ou mais anos
13. Tempo de trabalho como ACS desta EqSF:

- ()1. Menos de 1 ano ()2. De 1 a menos 3 anos ()3. De 3 a menos de 6 anos ()4. De 6 a menos de 9 anos ()5. De 9 a menos de 12 anos ()6. 12 ou mais anos

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS MÉDICOS, DENTISTAS E ENFERMEIROS

2 Perguntas norteadoras:

Bloco 01: Perguntas para explorar as práticas específicas dos profissionais

1- Fale-me do seu trabalho como **enfermeiro (a), médico (a) ou cirurgiões-dentistas** no município:

Desdobramentos:

- Que atividades você exerce na sua equipe?
- Como está a orientação da SMS em relação as suas atividades (carga horária, tempo, prioridades, participação em atividades de educação permanente, como se dá sua rotina na UBS)?
- Demandas mais frequentes na sua área (explorar que demandas esses profissionais tem mais dificuldades para realizar).
- Que práticas deveriam ser realizadas por você, mas você não realiza? Por quê?
- Como você poderia ampliar a variedade de práticas que realiza na equipe de saúde da família?

Bloco 02: Perguntas para explorar as práticas gerais dos profissionais

1 – Fale-me do seu trabalho na sua equipe Saúde da Família/Saúde Bucal.

Desdobramentos:

- Práticas/Atividades que rotineiramente você desenvolve na UBS e na comunidade.
- Critérios de organização e priorização das suas atividades.
- Relação com os demais membros da equipe.
- Compartilhamento de atividades.

2 – Como você avalia o trabalho de sua equipe em relação as necessidades da comunidade?

Desdobramentos:

- Como a equipe está estruturada?

- Como organiza as atividades?
- Como atende a demanda espontânea e programada?
- Como os membros da equipe se organizam para realização das atividades?
- Explorar que necessidades não são atendidas e que práticas não são realizadas e os porquês.

3 – Fale-me em relação ao seu trabalho com o ACS.

Desdobramentos:

- Qual o profissional da equipe define ou organiza as atividades dos ACSs?
- Quais as atividades são compartilhadas com os ACSs?
- Como as atividades compartilhadas com os ACSs são organizadas?
- Quais as facilidades e dificuldades para o trabalho conjunto?

4 – Como se deu a sua aproximação e relação com a comunidade e o território?

Desdobramentos:

- Ações que são desenvolvidas no território.
- Estímulo da participação de representantes da comunidade em espaços de controle social.
- Existência de conselhos de saúde, de conselheiros.
- Participação em atividades religiosas.

5 – Como ocorre o planejamento das atividades na sua equipe?

Desdobramentos:

- Periodicidade.
- Quem participa?
- Utiliza informações dos Sistemas de Informações em Saúde (explorar os sistemas que utiliza, que dados do e-SUS AB são utilizados para o planejamento, que instrumentos são utilizados para avaliação das ações).

ANEXO B

PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESF DO CEARÁ

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES

1 Caracterização dos/as Informantes:

1. Nome: _____
2. Data da entrevista: ____/____/____
3. Município onde trabalha: _____
4. Equipe Saúde da Família: _____
5. Idade: ____anos 6. Sexo: ()1- masculino ()2- feminino
7. Religião: ()1- Católica ()2- Evangélica ()4- Espírita ()5- Não possui religião ()6- Outro Qual? _____
8. Estado civil: ()1- Solteiro ()2- Casado/União estável ()3- Viúvo ()4- Divorciado
10. Qual sua formação acadêmica: _____
11. Tempo de formação acadêmica: _____
12. Tempo de trabalho na Gestão: _____
13. Tempo de trabalho nesta função atual: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES

2 Perguntas norteadoras:

1- Fale-me das ações realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família no seu município.

Desdobramentos:

- Explorar ações em nível assistencial, de promoção da saúde e de prevenção de agravos.
- Em sua opinião, essas ações têm atendido as necessidades das famílias?

2- Fale-me sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na ESF.

Desdobramentos:

- Como eles organizam seu trabalho?
- Que tipo de atividades eles realizam mais frequentemente?
- Eles desenvolvem ações de promoção e de educação na saúde?
- Como eles poderiam aperfeiçoar seu campo de práticas?

3- Fale-me sobre o trabalho do enfermeiro(a) na ESF.

Desdobramentos:

- Qual a sua carga horária?
- Como se dá sua rotina?
- Que práticas eles realizam com mais frequência?
- Eles assumem atividades de gestão?
- Como eles poderiam ampliar seu campo de práticas?

4- Fale-me sobre o trabalho dos(as) médico (as) na ESF:

Desdobramentos:

- Qual a sua carga horária?
- Como se dá sua rotina?
- Que práticas eles realizam com mais frequência?
- Eles assumem funções de gestão?
- Como eles poderiam ampliar seu campo de práticas?

5- Fale-me sobre o trabalho do(a) dentista na ESF:

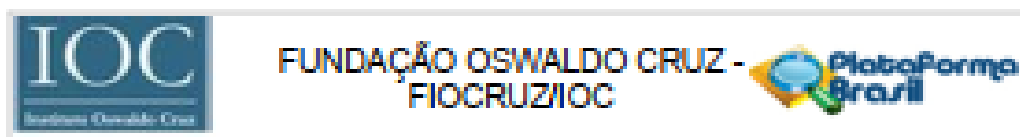
Desdobramentos:

- Qual a sua carga horária?
- Como se dá sua rotina?
- Que papel assumem com mais frequência?
- Eles assumem funções de gestão?
- Como eles poderiam ampliar seu campo de práticas?

6- Existe algo que possa ser aperfeiçoada na Estratégia Saúde da Família no seu município?

7- O que mais você gostaria de acrescentar nesta entrevista que ainda não foi mencionado ou reforçar algum ponto que conversamos?

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ

Pesquisador: Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45888015.1.1001.5048

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.159.938

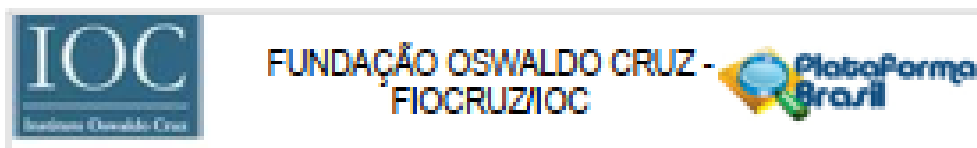
Data da Relatoria: 14/07/2015

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O complexo quadro epidemiológico do país, que apresenta uma tripla carga de doenças crônicas não transmissíveis, transmissíveis e causas externas (MENDES, 2010; PAIM et al, 2011) atrelado à realidade socioambiental do Ceará, caracterizada por elevados índices de pobreza e seca, representam um desafio permanente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Ceará tinha 32,5% da população urbana com renda per capita menor que meio-salário mínimo em 2011 (PNAD, 2011) e, em 2015, 67 dos seus 184 municípios estão em estado de emergência em virtude da escassez de água. Alguns sinais apontam para necessidade de avaliação da ESF no Estado quanto ao acesso e à qualidade do cuidado, na medida em que revelam falhas no processo de atenção: a ocorrência de uma epidemia de sarampo a partir de dezembro de 2013, ainda não controlada, com a ocorrência de 695 casos em 2014 e 107 em 2015; a elevada taxa de incidência de sífilis congênita, que foi de 7,2 por 1.000 nascidos vivos em 2012 sendo a 3ª mais elevada entre os Estados da Federação (DATASUS, 2015); e elevada taxa de mortalidade materna, que em 2013 foi de 81,3 (COPROM-SESA-CE, 2015), enquanto a do Brasil de 2011 foi de 64,8 por 100.000 nascidos vivos (DATASUS, 2015). Segundo dados do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2015 havia 2.275 equipes de saúde da família implantadas no Ceará com a cobertura

Endereço: Av. Brasil 4366, Sala 705 (Campus Expansão)
 Bairro: Marquês CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3863-8011 Fax: (21)3861-4815 E-mail: cep@ioc.fiocruz.br



Continuação da Formosa L.158.008

de 78,8 % da população (BRASIL, 2015). Portanto, existe no Estado a potencialidade para organização de um sistema de saúde baseado na APS. No presente projeto de pesquisa aplicada, pretendemos investigar a ESF a partir do campo de práticas da equipe de referência e de cada categoria profissional que a compõe, balizando este conjunto de práticas com a situação social e de saúde da população, e criar participativamente produtos que possam produzir reflexão entre gestores, profissionais e usuários sobre a ESF, de forma a contribuir para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Serão realizados um estudo de bases de dados secundários para traçar o perfil sociodemográfico e de saúde da população dos municípios estudados, um estudo quantitativo para caracterizar o campo de práticas de médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, grupos focais com profissionais da ESF para investigar o trabalho em equipe e círculos de cultura com usuários com objetivo de refletir sobre práticas da ESF e acesso ao cuidado em saúde. Na sétima etapa da pesquisa serão realizados círculos de cultura com profissionais de saúde e usuários para reflexão sobre os achados da pesquisa e construção de um novo conjunto de práticas para as equipes de saúde da família. Os produtos do projeto serão uma Escala de Avaliação de Práticas em Saúde da Família, um projeto de educação permanente dirigido aos profissionais para ampliação do campo de práticas da ESF, dois vídeos educativos e material impresso informativo.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

A ampliação do campo de práticas dos profissionais da equipe de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF) está relacionada a melhoria do acesso da população a atenção primária à saúde.

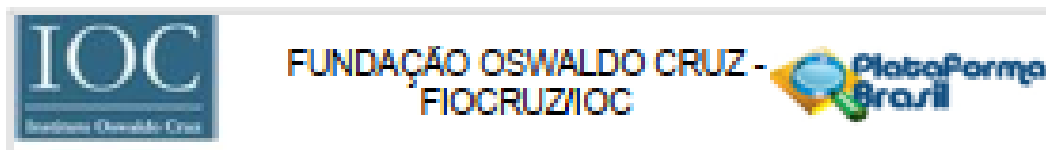
Objetivo Primário:

Analisar a relação entre campo, escopo de práticas profissionais e colaboração inter profissional na ESF do Ceará contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade na APS.

Objetivos Secundários:

1. Analisar o campo e o escopo de práticas da equipe de referência da ESF do Ceará na percepção dos gestores, profissionais e usuários;
2. Caracterizar as práticas necessárias às equipes de referência para abordar os principais problemas de saúde do território;
3. Analisar as implicações da regulamentação sobre escopo de práticas profissionais sobre o processo de trabalho da equipe de saúde da família;

Endereço: Av. Brasil 4336, Sala 705 (Campus Expansão)
 Bairro: Marquês CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2862-6011 Fax: (21)2561-4415 e-mail: expfio@ioc.fiocruz.br



Continuação do Formulário L185/2018

4. Construir e validar escala de avaliação do campo de prática profissional na Estratégia de Saúde da Família;
5. Propor recursos educacionais e informativos para gestores profissionais e usuários para contribuir na melhoria do acesso à ESF;
6. Propor curso de educação permanente com os profissionais da ESF com vistas ao aprimoramento de suas práticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora do Projeto:

Riscos:

Os possíveis riscos deste estudo seriam o constrangimento dos participantes, em especial dos profissionais de saúde e usuários, caso fosse possível identificar as fontes de opiniões externadas por meio de entrevistas e grupos focais e círculos de cultura. Entretanto, serão utilizados códigos para descrição dos participantes na apresentação e análise de resultados, de forma a evitar este risco.

Benefícios:

Produzir reflexões entre gestores, profissionais de saúde e usuários sobre práticas profissionais e o acesso na Estratégia Saúde da Família (ESF) e promover maior conhecimento dos usuários a respeito da estrutura e organização da ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

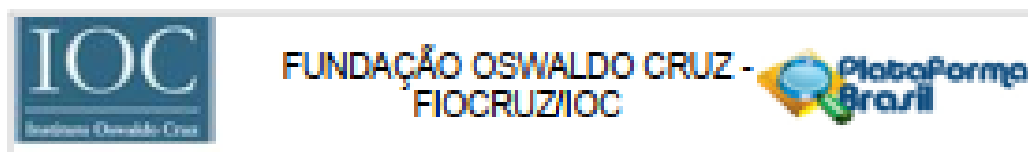
A Pesquisa é exequível, sendo necessário, algumas pequenas alterações, quanto:

1. ADEQUAÇÃO DO ORÇAMENTO (O orçamento foi apresentado em seu valor totalizado de R\$399.277,00), porém, sem o detalhamento de desembolsos e a citação da fonte de financiamento.

2. INCLUIR NA PLATAFORMA BRASIL, os termos de Sigilo e Confidencialidade dos profissionais envolvidos no Projeto, como os listados abaixo:

- a. Alice Maria Correia Pequeno Marinho
- b. Anya Pimental Gomes Fernandes Vieira Meyer
- c. Celia Regina Pierantoni

Endereço: Av. Brasil 4366, Sala 705 (Campus Expansão)
 Bairro: Marquês CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)280-4011 Fax: (21)280-4015 E-mail: explocru@ioc.fiocruz.br



Continuação de Formas L18R038

- d. Cristiana Leite Carvalho
- e. Fernando Ferreira Carneiro
- f. Lia Ginaldo da Silva Augusto
- g. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
- h. Roberto Wagner Júnior Freire da Freitas
- i. Sabado Nicolau Girardi
- j. Sharmineia de Araújo Soares Nuto
- k. Vanira Malta Passos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram adequadamente apresentados:

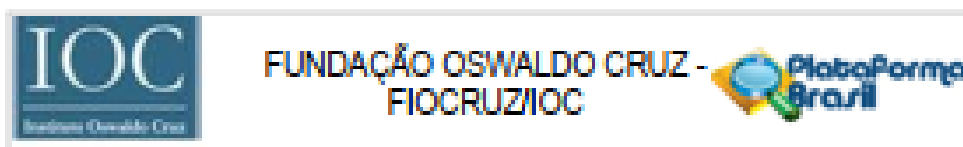
- 1.Carta de Anuência Secretário de Saúde do Estado do Ceará.pdf
- 2.PROJ. CAMPO DE PRÁTICAS PROF E ACESSO.pdf
- 3.Folha de Rosto_Proj_Campo de Práticas e Acesso ao Cuidado na ESF_20052015.pdf
- 4.TCLE_usuario.pdf - ATENDENDO aos requisitos da Resolução CNS 466/12
- 5.TCLE_Profissional de Saúde.pdf - ATENDENDO aos requisitos da Resolução CNS 466/12
- 6.PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513366.pdf

Recomendações:

- 1. ADEQUAÇÃO DO ORÇAMENTO (O orçamento foi apresentado em seu valor totalizado de R\$399.277,00), porém, sem o detalhamento de desembolso e a citação da fonte de financiamento.
- 2. INCLUIR NA PLATAFORMA BRASIL, os termos de Sigilo e Confidencialidade dos profissionais envolvidos no Projeto, como os listados abaixo:

- a. Alice Maria Correia Pequeno Marinho
- b. Anya Pimental Gomes Fernandes Vieira Meyer
- c. Celia Regina Pierantoni
- d. Cristiana Leite Carvalho
- e. Fernando Ferreira Carneiro
- f. Lia Ginaldo da Silva Augusto
- g. Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Endereço: Av. Brasil 4366, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Marquês CEP: 21.040-360
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3863-9211 Fax: (21)3501-4815 E-mail: cef@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer L195/2015

h. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

i. Sabado Nicolau Girardi

j. Sharmênia de Araújo Soares Neto

k. Virina Matos Passos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, em sua 208ª Reunião Ordinária, realizada em 14.07.2015, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP FIOCRUZ/IOC), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 468/12, manifesta-se por aguardar o atendimento às questões acima para emissão de seu parecer.

De acordo com a Resolução CNS 468/12, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 30 dias, a partir da data de envio do parecer pelo CEP FIOCRUZ/IOC. Após esse prazo o protocolo será arquivado. Solicita-se ainda que as respostas sejam enviadas de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE. A carta ao CEP Fiocruz/IOC em resposta às pendências deverá ser assinada e datada pelo pesquisador responsável.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

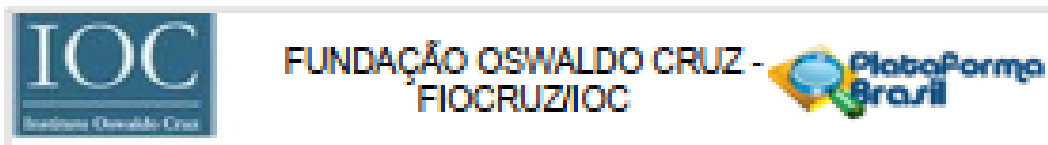
Considerações Finais a critério do CEP:

Nenhuma pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser iniciada sem o parecer final do CEP Fiocruz-IOC e/ou da CONEP quando for este o caso.

Apresentar relatórios parciais (anuais) e relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade indelével do pesquisador principal.

Qualquer modificação ou emenda ao projeto de pesquisa em pauta deve ser submetida à apreciação do CEP Fiocruz/IOC.

Endereço: Av. Brasil 4366, Sala 705 (Campus Expansão)
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3862-6011 Fax: (21)3507-4815 E-mail: cepiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Formulário L18M008

O sujeito da pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e depois sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e depois sua assinatura na última página do referido Termo.

RIO DE JANEIRO, 27 de Julho de 2015

Assinado por:
José Henrique da Silva Pilotto
(Coordenador)

Endereço: Av. Brasil 4336, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Marquês CEP: 21.040-360
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2802-8011 Fax: (21)2501-4815 E-mail: cep@ioc.fiocruz.br