



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Daniela Bastos Silveira**

**Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção  
Básica: repercussões nas práticas de cuidado do enfermeiro**

**Rio de Janeiro**

**2019**

Daniela Bastos Silveira

**Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica:  
repercussões nas práticas de cuidado do enfermeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sonia Acioli

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S587 Silveira, Daniela Bastos.  
Programa para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção  
básica: repercussões nas práticas de cuidado do enfermeiro /  
Daniela Bastos Silveira. - 2019.  
231f.

Orientadora: Sonia Acioli.  
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

1. Planos e programas de saúde. 2. Acesso aos serviços de  
saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermagem. 5. Avaliação  
em saúde. 6. Cuidados de Enfermagem. 7. Estratégia Saúde da  
Família. I. Acioli, Sonia. II. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial  
desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Daniela Bastos Silveira

**Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica:  
repercussões nas práticas de cuidado do enfermeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 3 de Dezembro de 2019.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Acioli (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ines Leoneza de Souza  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarissa Terenzi Seixas  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Maria Sabóia  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

## DEDICATÓRIA

A Aninha e Cici, amores da minha vida.

Aos enfermeiros e trabalhadores que estão nos serviços de saúde, absortos no fazer cotidiano, e que sempre sonharam em cursar uma pós-graduação *stricto sensu*, não desistam! Esse sonho é possível! Um caminho cheio de obstáculos, mas, acreditem, vale a pena!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser tão generoso comigo. Por abençoar a minha vida e da minha família. Por me manter equilibrada nos momentos de angústia, sempre me enviando sinais do Seu cuidado e amor por mim.

Aos meus pais, Rosa e Mota, agradeço pela minha vida, pelos ensinamentos, pelo exemplo, pela disponibilidade e pelo amor a mim e à minha família.

Às minhas meninas, Ana Clara e Maria Cecília.

A Aninha, por cada gesto de cuidado e de carinho durante essa caminhada e, também, por cada potinho de brigadeiro ou pipoca que confeccionou para dar energia ao meu raciocínio e escrita. Esses agradinhos, junto com seu abraço, foram fundamentais para acalmar os ânimos e acalantar o coração.

A Cici, por cada sorriso, abraço apertado, beijinhos e massagens. Por compreender tão maduramente a minha ausência, cada vez que me chamou para brincar e eu respondi que, naquele momento, não poderia.

Ao meu marido Ronaldo, pela cumplicidade, incentivo, paciência e escuta. Pelo cafezinho preparado nas tardes de domingo, aquelas em que poderíamos estar juntos, em família, com nossas meninas, mas eu estava à frente do computador. Obrigada!

Aos meus irmãos, Aline e Renato, em especial a Aline, pela amizade, escuta, presença e incentivo nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

À amiga Lucila, pelo apoio de sempre, pela disponibilidade total e pelo imenso carinho à minha pequena Cici.

À amiga Carina, por todos os dias em que me enviou mensagens de incentivo e quando veio a Macaé cuidar de mim.

Às amigas Lu e Carol, pela amizade de uma vida inteira e pelo companheirismo sempre.

Aos amigos que o doutorado me deu. Jana, Renatinha e Ton. O que seria de mim sem a presença virtual de vocês? Muito obrigada por compartilharem as dúvidas, angústias, reflexões e tantas coisas que, acredito, fizeram-nos mais alegres, fortes e dispostos para prosseguirmos até o final.

A Ivanete, por cuidar da minha família durante as incansáveis viagens ao Rio.

A Luzia Santana, pela preocupação incansável comigo e pelo incentivo sempre e Jussara Natalino pelo apoio no início dessa caminhada.

Às queridas Cris, Monique Gouveia, Karla Saunders e Carla Corga, pelas vezes que ofereceram ajuda. Vocês não sabem como o simples fato de oferecer apoio já acolhe.

Às queridas Bruna e Daiana, pelo cuidado com minha Cici durante minha ausência. A Andréa Peres, Luísa, Rapha, Bianca e, em especial, a Beatriz Mesquita, pelas palavras de incentivo e apoio de sempre.

Aos alunos da disciplina de Saúde Mental do segundo semestre de 2017, que me acolheram tão carinhosamente nos momentos mais difíceis da construção desse trabalho. Tão éticos e tão empáticos. Muito orgulho de fazer parte do processo de formação de vocês!

Aos colegas do trabalho Martha, Gabi, Raphael, Simone, Celinha, Rita, Sabrina, Denise, Pedro, Alexandre, pelo apoio e escuta.

A todos da Vigilância em Saúde, pela paciência, pela escuta e por compreenderem minha ausência em situações importantes de trabalho que vivemos durante esse ano.

Às amigas queridas Manu, Carine, Kátia, Michelinha e Wal, que tanto incentivaram e acreditaram em mim. Compartilharam tristezas, injustiças, dificuldades e agora, também, alegrias. Muito obrigada!

A Tiago Mesquita Zambon, por acreditar no meu trabalho e me apoiar no processo de doutoramento.

A Sonia Acioli, minha orientadora, pelos ensinamentos, reflexões, pelo exemplo e pelo modo tão generoso com que compreendeu e acolheu as tantas dificuldades que vivi no início da construção desse trabalho

À banca avaliadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Maria Sabóia, Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ines Leoneza de Souza, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarissa Terenzi, pelas preciosas contribuições

Às suplentes Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mercedes Neto e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa de Almeida, pelo carinho, cuidado, respeito e ética com que colocaram suas contribuições na qualificação, instigando-me à reflexão e contribuindo para o amadurecimento do trabalho e meu crescimento acadêmico e profissional.

À secretária de saúde de Macaé, Deusilane Galiza, e ao secretário adjunto de Atenção Básica, Hélio Conceição Cruz, pela paciência e compreensão nas vezes em que precisei me ausentar para a conclusão desse estudo.

Aos enfermeiros participantes da pesquisa, pela disponibilidade, pelo compartilhamento de seus anseios, angústias e pela aposta que fazem no SUS. Companheiros na militância por uma atenção primária mais resolutiva, acessível e de qualidade.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação, pela receptividade e orientação ao longo do doutorado.



Porque o chegar, não é mais valioso que a andança  
E o encontro, é preciso e necessário

*Genifer Gerhardt (Mãe do Tim Tim)*

## RESUMO

SILVEIRA, Daniela Bastos. **Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**: repercussões para a prática de cuidado do enfermeiro. 2019. 231f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo assistencial prioritário da Atenção Primária à Saúde, vem se expandindo com ampliação gradativa e significativa do número de equipes em todo o Brasil, contexto que contribuiu de modo expressivo para a inserção do enfermeiro nesse campo de atuação. A diversidade e complexidade das práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro da ESF ao longo desses anos instigam à reflexão sobre essas práticas, quais são e como têm sido desenvolvidas. Nessa perspectiva, o Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que surge como um movimento do Ministério da Saúde para estimular práticas de monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde, apesar de não obter informações específicas da atuação do enfermeiro, pode contribuir para a análise das práticas de cuidado desses profissionais, assim como das suas equipes. Defende-se a tese de que o PMAQ-AB contribui para a reorientação das práticas de cuidado do enfermeiro da ESF. Definiu-se como objetivo geral: Analisar as práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF, tendo como base o PMAQ-AB nos municípios de Macaé e Quissamã, no Norte-Fluminense. O estudo teve abordagem qualitativa, com método descritivo-exploratório. A produção de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 19 enfermeiros da ESF dos municípios selecionados. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise hermenêutica-dialética. A partir do estudo, constatou-se que o PMAQ-AB contribui para o redirecionamento das equipes quanto às ações necessárias para a melhoria dos padrões referentes ao acesso aos serviços e à qualidade da assistência prestada. Identificou-se que a valorização do registro das práticas de cuidado foi o aspecto de maior mudança. A investigação apontou que as práticas de cuidado dos enfermeiros estão ancoradas nos manuais do Ministério da Saúde, o que sugere a necessidade de problematizá-las no sentido de contribuir para uma ampliação do pensamento crítico do enfermeiro com vistas ao desenvolvimento de práticas capazes de produzir mudanças. Por fim, o que se atesta é que os investimentos voltados à institucionalização de políticas, como o PMAQ-AB, não são suficientes para a garantia da sua concretude, já que a materialização dessas propostas se dá no cotidiano, através das relações, do diálogo e do cumprimento de compromissos. Nesse sentido, o enfermeiro deve se fortalecer enquanto agente social, político, crítico, questionador, capaz de traduzir para a sua prática um cuidado mais empático, amoroso, efetivo, resolutivo e transformador.

Palavras-chave: Programa para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Avaliação em saúde. Práticas de cuidado. Estratégia saúde da família.

## ABSTRACT

SILVEIRA, Daniela Bastos. **The Program for the Improvement of Access and Quality in Primary Care:** repercussions for nurse care practice. 2019. 231f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The Family Health Strategy - Estratégia Saúde da Família (ESF) -, a primary care model of primary health care, has been expanded with a gradual and significant increase in the number of teams throughout Brazil, a context that has significantly contributed to the inclusion of nurses in this field. The diversity and complexity of the care practices developed by the EFS nurse throughout these years provoke thinking about these practices, what they are and how they have been developed. From this perspective, the Program for the Improvement of Access and Quality in Primary Care - Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) -, which emerges as a movement of the Ministry of Health to encourage monitoring and evaluation practices in Primary Health Care - Atenção Primária à Saúde -, despite not obtaining specific information about the nurse performance, can contribute to the analysis of these professionals' care practices, as well as their teams. It is defended the thesis that PMAQ-AB contributes to the reorientation of EFS's nurse care practices. The general objective was: To analyze EFS nurses care practices based on the PMAQ-AB in the cities of Macaé and Quissamã, in North Fluminense. The study had a qualitative approach, with a descriptive-exploratory method. The data production was performed through semi-structured interviews with 19 EFS nurses from the selected cities. To analyse the data, was used the hermeneutic-dialectic method. After this study, it was found that the PMAQ-AB contributes to the teams redirection towards the necessary actions to improve standards regarding to the access to services and the quality of the provided care. It was identified that the greater appreciation of the care practices records was the aspect of greatest change. The research pointed out that nurses' care practices are anchored in the Ministry of Health manuals, which suggests the need to problematize them in order to contribute to the expansion of nurses' critical thinking in order to develop practices capable of producing changes. Lastly, it's attested that investments aimed to the institutionalization of policies such as PMAQ-AB are not sufficient to guarantee their concreteness, since the materialization of these proposals occurs in the daily, through relationships, dialogue, and fulfilling commitments. Therefore, nurses must strengthen themselves as social, political, critical, questioning agents, capable of translating into their practice a more empathic, loving, effective, resolute and transformative care.

Keywords: Program for the Improvement of Access and Quality in Primary Care.

Primary health care. Nursing. Health Assessment. Care practices. Family Health Strategy.

## RÉSUMÉ

SILVEIRA, Daniela Bastos. **Programme d'Amélioration de l'Accès et de la Qualité des Soins Primaires**: répercussions pour la pratique des soins infirmiers. 2019. 231f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

La Stratégie de Santé Familiale - Estratégia Saúde da Família (ESF), modèle de soins de santé prioritaires de soins de santé primaires, s'est développée avec une augmentation progressive et significative du nombre d'équipes dans tout le Brésil, un contexte qui a considérablement contribué à l'inclusion d'infirmières dans ce domaine. La diversité et la complexité des pratiques de soins développées par l'infirmière de la ESF au fil des ans incitent à réfléchir à ces pratiques, à leur nature et à la façon dont elles ont été élaborées. Dans cette perspective, le Programme pour l'Amélioration de l'Accès et de la Qualité des soins primaires – Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) apparaît comme une initiative du ministère de la Santé d'encourager les pratiques de suivi et d'évaluation dans les Soins de Santé Primaires - Atenção Primária à Saúde. Bien qu'il n'obtienne pas d'informations spécifiques sur les performances des infirmières, il peut contribuer à l'analyse des pratiques de soins de ces professionnels, ainsi que de leurs équipes. La thèse selon laquelle le PMAQ-AB contribue à la réorientation des pratiques de soins infirmiers ESF est défendue. L'objectif général était le suivant: Analyser les pratiques de soins des infirmières ESF sur la base du PMAQ-AB dans les municipalités de Macaé et Quissamã, dans le Nord Fluminense. L'étude a eu une approche qualitative, avec une méthode descriptive-exploratoire. La production de données a été réalisée par le biais d'entretiens semi-structurés avec 19 infirmières ESF des municipalités sélectionnées. La technique d'analyse herméneutique-dialectique a été utilisée pour l'analyse des données. Il ressort de l'étude que le PMAQ-AB contribue à la réorientation des équipes en ce qui concerne les actions nécessaires pour améliorer les normes en matière d'accès aux services et à la qualité des soins fournis. Il a été identifié que la plus grande appréciation des pratiques en matière de casier judiciaire constituait l'aspect du plus grand changement. La recherche a montré que les pratiques de soins des infirmières sont ancrées dans les manuels du Ministère de la Santé, ce qui suggère la nécessité de les problématiser afin de contribuer à l'élargissement de la pensée critique des infirmières en vue de développer des pratiques capables de produire des changements. Enfin, ce qui est attesté, c'est que les investissements visant à institutionnaliser des politiques telles que PMAQ-AB ne sont pas suffisants pour garantir leur caractère concret, car la concrétisation de ces propositions se fait au quotidien, à travers les relations, le dialogue et le respect des engagements. En ce sens, l'infirmière doit se renforcer en tant qu'agent social, politique, critique et questionneur, capable de traduire dans sa pratique des soins plus empathiques, affectueux, efficaces, résolus et transformateurs.

Mots-clés: Programme d'Amélioration de l'Accès et de la Qualité des Soins Primaires. Soins de Santé Primaires. Soins infirmiers. Évaluation de la Santé. Pratiques de Soins. Stratégie de Santé Familiale.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fases do PMAQ-AB .....	54
Figura 2 – Mapa da região Norte Fluminense .....	87
Figura 3 – Município de Macaé .....	92
Figura 4 – Município de Quissamã .....	94
Quadro 1 – Quadro construído para análise .....	101
Quadro 2 – Quadro de agrupamento de temas por aproximação .....	102
Figura 5 – Valores a serem repassados por equipe .....	175
Figura 6 – Construção de novas práticas de cuidado .....	188

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros por sexo .....	104
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros por faixa etária .....	104
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros por tempo de atuação da ESF .	106
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros por área de atuação .....	106

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégia de busca em bases de dados .....	29
Tabela 2 – População e cobertura de ESF da Região Norte Fluminense ..	88
Tabela 3 – Ranking do IDHM de 2010 a 2015, PIB per capita, coeficiente de gini: Estado do Rio de Janeiro de municípios do Norte Fluminense .....	90
Tabela 4 – Municípios da Região Norte Fluminense que aderiram ao PMAQ-AB, 1º ciclo .....	91
Tabela 5 – Municípios da Região Norte Fluminense que aderiram ao PMAQ-AB, 3º Ciclo .....	92
Tabela 6 – Percentual de certificação das equipes .....	176

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Atenção Primária
AMAQ	Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade
CAA	Coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica
CE	Consulta de Enfermagem
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPICS	Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
eSB	Equipes de Saúde Bucal
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
e-SUS	Novo sistema de informação da atenção básica
EAD	Educação à distância
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência e Assistência
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica



OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SF	Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPAS	Unidade de Pronto Atendimento
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita domiciliar

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
1	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	33
1.1	<b>Atenção Primária à Saúde: evolução histórica, financiamento e a remuneração por desempenho</b> .....	33
1.2	<b>Estratégia de Saúde da Família: modelo de reorientação ou de reprodução?</b> .....	41
1.3	<b>Avaliação como prática nos serviços de saúde</b> .....	49
1.3.1	<u>O Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade como propulsor do movimento avaliativo na Estratégia de Saúde da Família..</u>	53
1.4	<b>Práticas do cuidado</b> .....	57
1.4.1	<u>A consulta de enfermagem: potencialidades e limitações</u> .....	60
1.4.2	<u>A visita domiciliar: do higienismo ao higienismo?</u> .....	66
1.4.3	<u>Atividades de Educação em Saúde</u> .....	70
1.4.4	<u>Atividades gerenciais</u> .....	78
2	<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	85
2.1	<b>Cenário do estudo</b> .....	86
2.1.1	<u>O município de Macaé</u> .....	92
2.1.2	<u>O município de Quissamã</u> .....	94
2.2	<b>Participantes do estudo</b> .....	95
2.3	<b>Produção de dados</b> .....	96
2.4	<b>Análise dos dados</b> .....	97
2.5	<b>Aspectos legais e éticos</b> .....	102
3	<b>CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS</b> .....	103
4	<b>1ª CATEGORIA: O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO</b>	

	<b>PMAQ-AB .....</b>	<b>108</b>
<b>5</b>	<b>2ª CATEGORIA: PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO E SUA RELAÇÃO COM O PMAQ-AB .....</b>	<b>118</b>
5.1	Consultas de enfermagem: cuidado e acolhimento .....	118
5.2	A visita domiciliar e suas potencialidades de qualificação .....	132
5.3	Atividades de educação em saúde participativas e ampliadas: um desafio para a atenção primária .....	137
5.4	Atividades gerenciais e as contradições no discurso e prática dos enfermeiros .....	141
<b>6</b>	<b>3ª CATEGORIA: REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO CONSIDERANDO O PMAQ-AB .....</b>	<b>149</b>
6.1	Levantamento do perfil epidemiológico como ponto de partida para o cuidado .....	151
6.2	Planejamento das ações como ferramenta de cuidado .....	153
6.3	Implantação dos livros de acompanhamento .....	155
6.3.1	<u>Livro de referência e contrarreferência</u> .....	155
6.4	Ampliação do acompanhamento para agravos voltados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis .....	157
6.5	Qualificando as reuniões de equipe .....	160
6.6	A indissociabilidade entre o registro e as práticas de cuidado como critério de qualidade .....	162
6.7	Auriculoterapia: uma nova prática de cuidado do enfermeiro .....	167
6.8	Incremento nas ações voltadas à prevenção do câncer de colo de útero e de mama .....	170
<b>7</b>	<b>4ª CATEGORIA: O PMAQ-AB NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS .....</b>	<b>174</b>
	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>189</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>192</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os enfermeiros .....</b>	<b>225</b>

<b>APÊNDICE B</b> -Termo de consentimento livre e esclarecido .....	226
<b>ANEXO</b> – Parecer do Comitê de Ética da UERJ .....	228

## INTRODUÇÃO

Esta investigação tem como objeto as práticas de cuidado do enfermeiro, desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) considerando o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB foi criado pelo Ministério da Saúde em 2011 pela portaria nº1654/2011. Um dos seus principais objetivos é proporcionar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos na atenção básica, garantindo um padrão semelhante nos âmbitos nacional, regional e local, implicando maior transparência e efetividade das ações do governo voltadas para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011).

A Saúde da Família (SF) se destaca como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). Inicialmente surgindo como um programa, o Programa de Saúde da Família (PSF), mais tarde, definido não somente como um programa pontual, mas uma estratégia efetiva de substituição de um modelo que não mais atendia às necessidades de saúde da população. Apesar de ter seu início aproximadamente em 1990, pode-se dizer que teve um forte impulso em 1996, com a Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde, a NOB-SUS/96 (BRASIL, 2000).

De 1996 a 1999, o número de equipes no Brasil praticamente triplicou e a proposta de um novo modelo de atenção à saúde foi se consolidando. A portaria 1.886/97 estabeleceu um caminho para a implantação das equipes, com as atribuições dos atores envolvidos nesse processo, bem como diretrizes de trabalho. Este modelo substituiu um olhar focado apenas no indivíduo e em seu corpo fragmentado ao ampliá-lo considerando seu contexto familiar e seus valores socioculturais (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a ESF é primordial para a reorganização da APS, tendo com referência os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pois visa à expansão, qualificação e consolidação das ações desenvolvidas nesse âmbito de cuidado (BRASIL, 2012).

Com o surgimento da ESF, o enfermeiro teve uma inserção importante nesse campo e passou a atuar considerando de maneira significativa os protocolos

estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que definiam os programas, diretrizes, objetivos e atribuições desse profissional nos diversos espaços.

Essa ampliação nas práticas desenvolvidas pelos enfermeiros, assim como dos demais trabalhadores das equipes de saúde da família deveriam estar mais focadas no sujeito e no seu domicílio, considerando a configuração familiar e sua relação no processo de adoecimento, assim como na priorização das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Além disso, a proposta desse novo modelo de atenção à saúde também precisava estar em consonância com os princípios do SUS e com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Compreendendo o surgimento desse campo de atuação e da diversidade e complexidade das práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro da ESF ao longo desses anos, refletir sobre essas práticas se torna fundamental no sentido de analisar que práticas são essas e como elas têm sido desenvolvidas, sobretudo porque estudos realizados no Rio de Janeiro apontaram que os enfermeiros não identificam com facilidade o cuidado nas práticas que desenvolve, reforçando a necessidade de maior discussão a respeito delas (DAVID et al, 2018).

Nesse contexto, o PMAQ-AB torna-se um instrumento relevante, pois apesar de não obter informações específicas da atuação do enfermeiro, pode contribuir não somente para a análise das práticas de cuidado desses profissionais, como também das suas equipes, já que o programa surge como um movimento do Ministério da Saúde no sentido de estimular práticas de monitoramento e avaliação na APS considerando a expansão do número de equipes de saúde da família (eSF) assim como a necessidade de avaliação da assistência nesse âmbito de atenção. (BRASIL, 2015).

Mesmo com a ampla abrangência das ações desenvolvidas pela ESF, é habitual ainda ser considerada um serviço de baixa resolutividade e aparatos tecnológicos simplificados. É nesse sentido que avaliar na ESF se torna uma prática fundamental, pois possibilita a desconstrução de ideias e conceitos distorcidos quanto às ações desenvolvidas nesse nível de atenção assim como amplia a divulgação de experiências exitosas desenvolvidas pelas equipes.

Apesar dos avanços na saúde com a criação do SUS em 1990, ainda são muitos os desafios no que se refere à sua resolutividade e à concretude dos seus princípios, sendo usual a associação da APS como responsável pelos insucessos do sistema de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017):

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária (2017).

A proposta trazida pela Política Nacional de Atenção Básica, tanto a publicação de 2012 quanto a de 2017, como mencionado acima, exige mudança não somente das práticas exercidas nos serviços de saúde, mas também mudanças significativas nos processos de gestão. Assim, presume-se que a implementação do PMAQ-AB se desenvolva segundo pactos estabelecidos através de diálogo e de engajamento dos diversos atores envolvidos, profissionais, gestores e usuários, e que esse diálogo estabeleça desdobramentos qualitativos tanto para o processo de trabalho das equipes, quanto para a produção de cuidado à população.

A motivação pelo estudo surgiu da participação da pesquisadora no Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva desde 2015 e da sua trajetória profissional, que se iniciou quando atuava como enfermeira de uma unidade de SF, em seguida realizando apoio matricial e, posteriormente, assumindo a coordenação da ESF no município de Quissamã, no período de 2003 a 2010.

A gestão da ESF desse município implementou desde 2003 a prática da avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde do território considerando uma apresentação quadrimestral feita pelas equipes de saúde da família. A avaliação era desenvolvida com base numa análise dos dados relacionados aos diversos programas atendidos pelas equipes e culminava na apresentação do que se chamava Relatório de Gestão<sup>1</sup>.

Essa avaliação estava relacionada, inicialmente, ao diagnóstico epidemiológico das áreas, com apresentação do perfil da população. Incluía dados obtidos pelo antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como número de hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças de 0 a 2 anos, dados sobre amamentação e outros. Além das informações acerca do acompanhamento desses

---

<sup>1</sup> O relatório de gestão tornou-se um momento de avaliação de metas pactuadas e alcançadas pelas equipes da SF, bem como fornecia subsídios para o planejamento das ações de saúde.

grupos, também incluía informações sobre a produção das equipes, como o número de visitas domiciliares, consultas médicas e outros procedimentos. E, ainda, contemplava a amostra de experiências exitosas desenvolvidas pelos profissionais.

Inicialmente, as produções das equipes estavam embasadas nas metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para cada indicador, como, por exemplo, o de aleitamento materno exclusivo e o de cobertura vacinal. Posteriormente, pautou-se na portaria 325, de 21 de fevereiro de 2008, que definiu prioridades e metas mínimas a serem alcançadas na área de Saúde do Idoso, Controle do Câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, Saúde do Homem, Saúde Mental, fortalecimento da Atenção Básica, Saúde do Trabalhador Promoção da Saúde, Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias e de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência (BRASIL, 2008).

Apesar de a implementação do processo avaliativo na ESF do município de Quissamã no momento de seu surgimento não ter relação com o PMAQ-AB, que ainda não estava em vigor, os objetivos muito se aproximam no que se refere ao estímulo à prática avaliativa, bem como à adoção de padrões mínimos que norteassem as ações das equipes no sentido de lhes dar melhor qualidade.

O aprendizado no município de Quissamã e a compreensão acerca da relevância do processo avaliativo para o amadurecimento das eSF e para a melhoria da qualidade do cuidado impulsionaram o desejo de investigação nessa temática, pois entende-se que, para produzir saúde, é preciso diagnóstico, que desencadeia planejamento, que, por conseguinte, suscita avaliação.

Experiências em outros municípios da região Norte do Estado do Rio de Janeiro, como Conceição de Macabu, Carapebus e Macaé, após o término do vínculo de trabalho com a ESF de Quissamã, em 2010, apontaram ausência de práticas avaliativas na ESF que pudessem nortear as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes.

De 2015 a 2016, ocorreram os procedimentos de adesão ao PMAQ-AB no município de Macaé, e no papel de apoiadora matricial foram identificadas diversas



tensões<sup>2</sup> durante esse processo, o que foi acentuado em 2017, quando havia assumido a responsabilidade de gerenciar oficialmente o programa. Tais procedimentos incluíam, a princípio, uma discussão com as equipes no sentido de problematizar as propostas do programa, assinar o termo de adesão e iniciar o processo de autoavaliação, com o preenchimento do questionário disponibilizado pelo PMAQ-AB. O preenchimento desse instrumento, que apresenta as ações e padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, proporcionaria uma análise do desempenho atual das equipes, oportunizando uma possibilidade de redirecionamento de suas ações, com vistas ao alcance dos padrões esperados.

A adesão ao programa no município de Macaé foi tema de muitos debates, pois significava um compromisso do enfermeiro e sua equipe na reorientação das ações desenvolvidas no sentido de alcançar os padrões propostos pelo Ministério da Saúde.

Na ocasião das visitas de apoio matricial que tinham como objetivo a apresentação do programa e seus padrões, tanto enfermeiros quanto os demais profissionais concluíram que teriam dificuldade no cumprimento das ações necessárias para um desempenho satisfatório no programa. Sendo assim, a maioria das equipes optou por não participar do programa. Entretanto, mesmo com essa decisão, a gestão municipal as incluiu no PMAQ-AB.

Essa movimentação mostrou o papel fundamental do enfermeiro no sentido de sensibilização das suas equipes quanto à necessidade de desenvolver as ações propostas pelo programa, mesmo com o desacordo do grupo. Observou-se que alguns profissionais encontraram no PMAQ-AB uma oportunidade de qualificar seu cuidado, entendendo o programa como um instrumento de reorientação de suas práticas.

Embora se compreenda que as práticas de avaliação em saúde não devem ser forçadas, mas negociadas, pois os espaços de cuidado devem ser também de troca e de diálogos, o que se observa nos serviços é uma grande resistência dos profissionais ao novo, ao ousado, o que limita demasiadamente o avanço de certos impasses encontrados no cotidiano dos serviços.

---

<sup>2</sup> As tensões se originaram, sobretudo, da aparente pouca compreensão dos trabalhadores acerca da proposta, dos questionamentos relacionados à verba destinada ao programa, do desejo de não adesão da maioria das equipes e da adesão involuntária feita pela gestão.

A avaliação do trabalho, de modo geral, é uma prática pouco valorizada pelos profissionais de saúde e talvez, por isso, ocorra com baixa frequência ou muitas vezes nem aconteça. Percebe-se que as demandas terminam por consumir as agendas dos profissionais que raramente param para refletir sua prática. Assim, o PMAQ-AB é compreendido como uma oportunidade de reflexão das equipes acerca de seu processo de trabalho e dos limites e possibilidades das ações que desenvolvem (BRASIL, 2015).

Segundo Pinto; Souza; Ferla (2014, p. 363), o PMAQ-AB é também compreendido como uma estratégia de mobilização de gestores e equipes, podendo ser constatada através dos crescentes números de adesão bem como da movimentação desses atores na busca de resultados que se desdobrem em financiamento para os municípios.

Avaliar é fazer um julgamento sobre uma dada realidade (CHAMPAGNE, 2009; SILVA, 2014). Segundo Tanaka (2000), avaliação é uma ferramenta de gestão que contribui para fornecer subsídios para os processos decisórios. Furtado e Silva (2014) comparam a avaliação em saúde à Saúde Coletiva, considerando ambas “*um espaço de saberes e práticas*”. A avaliação é compreendida como um instrumento de gestão em saúde e tem como objetivo apoiar os processos decisórios no âmbito do SUS, de modo a permitir a análise dos problemas e a reorientação das práticas de cuidado desenvolvidas pelos serviços (BRASIL, 2005; TANAKA, 2000).

Institucionalizar a avaliação constitui um importante desafio para os sistemas de saúde, pois implica o enfrentamento de aspectos técnicos, culturais, organizacionais e políticos (BRASIL, 2005; FELISBERTO, BEZERRA, ALBUQUERQUE, 2014).

Desse modo, é fundamental a garantia de espaços democráticos, de construção compartilhada e, sobretudo, de participação voluntária. Trata-se de oportunizar o fomento à discussão das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores e gestores no cotidiano dos serviços, com vistas à superação dos entraves postos pelos profissionais para a adoção da prática avaliativa em prol da melhoria do cuidado prestado à população (FURTADO, SILVA, 2014).

## Problema

O processo de avaliação é uma oportunidade de aprendizado tanto para os gestores quanto para as equipes da ESF. No entanto, para seu sucesso, é necessário um engajamento da equipe no sentido de executar a avaliação e se propor a fazer as mudanças necessárias que serão desencadeadas após análise dos dados.

Observa-se que estabelecer uma prática avaliativa nos serviços é um desafio. Argumentos como condições precárias de trabalho, baixos salários e pouca valorização da AP são frequentes para justificar a resistência em adotar essa cultura. O fato é que, apesar dessa realidade, a avaliação não deve ser compreendida como um elemento à parte das atribuições já definidas para os profissionais de saúde, conforme recomendadas pelo MS (BRASIL, 2017), mas uma unidade dela. Deve estar inerente às práticas já desenvolvidas, ao invés de ser considerada uma tarefa a mais imposta pela gestão.

A avaliação deve ser uma atividade prevista no planejamento das ações a serem desenvolvidas na APS, independentemente do PMAQ-AB. Entretanto, compreende-se que esta avaliação precisa ter um olhar desfocado da produtividade e mais voltado para a qualidade do cuidado e para o cumprimento dos princípios do SUS, de Universalidade, Integralidade e Equidade.

Compreendendo a dificuldade dos municípios em adotar essa prática avaliativa, o PMAQ-AB surge como uma valiosa ferramenta que pode auxiliar no processo de valorização da prática avaliativa pelas equipes de saúde da família, mesmo que o interesse primordial dos profissionais nesse primeiro momento possa estar relacionado à possibilidade de ter revertido em seu salário parte do repasse da verba.

Considerando o papel do enfermeiro no processo de mobilizar sua equipe para a prática avaliativa através do PMAQ-AB, surgiram indagações a respeito da própria prática de cuidado do enfermeiro, já que observou-se no levantamento bibliográfico, que há uma dificuldade do enfermeiro em reconhecer como cuidado as práticas que desenvolve da atenção primária, de modo que são estabelecidas como questões norteadoras do estudo:

- a) De que modo se desenvolve o PMAQ-AB nos municípios de Macaé e Quissamã?
- b) Quais práticas de cuidado são desenvolvidas pelos enfermeiros considerando o PMAQ-AB?
- c) De que modo o PMAQ-AB contribui para a reorientação das práticas de cuidado dos enfermeiros?

## **Objetivos**

### **Objetivo geral:**

- a) Analisar as práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF tendo como base o PMAQ-AB nos municípios de Macaé e Quissamã, no Norte Fluminense.

### **Objetivos específicos:**

- a) Descrever a realização do PMAQ-AB nos municípios de Quissamã e Macaé;
- b) Caracterizar as práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF tendo como base o PMAQ-AB; e
- c) Discutir as práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF considerando o contexto da realização do PMAQ-AB nos municípios de Macaé e Quissamã.

## **A tese**

O PMAQ-AB contribui para a reorganização das práticas de cuidado do enfermeiro da ESF.

## Justificativa

O MS vem investindo em iniciativas de avaliação, implementando em 2003 uma política de avaliação para a Atenção Básica (AB) e em 2011 o PMAQ-AB. Esses esforços vão de encontro ao cumprimento de determinados objetivos e metas que visam a melhorar a qualidade da AB. Entretanto, mesmo com a institucionalização da avaliação pelo MS, não há garantia da mudança das práticas de cuidado desenvolvidas pelos atores envolvidos. Nesse sentido, pensar sobre a avaliação é primordial para a reflexão de como esse processo tem ocorrido e, sobretudo, quais desdobramentos têm repercutido para os serviços e para o cuidado aos usuários.

Apesar de os resultados sobre o desempenho das equipes serem divulgados após a etapa da avaliação externa, não há garantia de que as considerações sobre os padrões alcançados sejam analisados pelas equipes de saúde. Também não há acompanhamento a respeito da continuidade das mudanças provocadas pela participação no processo avaliativo, ou seja, é possível que a adoção de algumas ações tenha ocorrido apenas para o momento da avaliação externa, visando à nota a ser recebida, sem contudo, se tornar rotina da equipe.

Há ainda que observar se as equipes fazem uso dos recursos recebidos pela adesão ao programa e de que modo essa verba contribui para a melhoria das práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro e sua equipe.

Nesse sentido, o estudo se justifica pela relevância em ampliar a discussão a respeito do PMAQ-AB e dos objetivos a que se propõe. Acrescenta-se ainda a possibilidade de reflexão sobre seus desdobramentos nas práticas de cuidados desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF, pois a proposta de adesão ao programa, requer empenho, motivação e disponibilidade aos processos de mudança que a participação no processo avaliativo exige. Acredita-se que a reorientação das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros se torne efetiva, duradoura e permanente na medida em que de fato favoreçam a melhoria do acesso da população aos serviços da atenção básica e que eles sejam de qualidade e resolutivos.

Para o levantamento da literatura, foram estabelecidos como critérios de inclusão estudos em inglês, português e espanhol no período de 2009 a 2019.

Optou-se por realizar o levantamento dos últimos dez anos, com o intuito de identificar estudos sobre avaliação na Atenção Primária anteriores ao PMAQ-AB, que surgiu em 2011. Além disso, acreditou-se que um período mais ampliado de pesquisa também contribuiria para analisar nesse espaço temporal, estudos sobre as práticas de cuidado do enfermeiro na APS, tentando relacioná-las à avaliação nesse âmbito de atenção.

As estratégias de busca foram relacionando as palavras-chave: cuidados de enfermagem, programa para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica, avaliação em saúde, estratégia de saúde da família, enfermagem, prática do cuidado, atenção primária à saúde. Os portais pesquisados foram: Biblioteca Virtual em Saúde, Google acadêmico, PUBMED e portal da Capes.

A primeira estratégia de busca foi relacionando as palavras-chave “cuidados de enfermagem” com os operadores booleanos OR “prática de cuidado” e AND “Programa para a melhoria do Acesso e da Qualidade”, que originou apenas um resultado.

Em seguida substituiu-se o “Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade” pela “Estratégia de Saúde da Família” AND “avaliação em saúde”, que não originou nenhum resultado.

Na tentativa associando o “Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade” e “Enfermagem”, surgiram 19 estudos pela Biblioteca Virtual em Saúde. Utilizando-se apenas a palavra PMAQ-AB, nesse mesmo portal, obteve-se um total de 109 resultados, apontando que o programa vem sendo tema de investigações em diversas áreas de atuação.

Identificou-se que usando as mesmas associações de palavras-chave, o número de estudos originados no Google acadêmico foi mais expressivo, e que ao se utilizar como palavra-chave “cuidado de enfermagem”, o número de resultados foi maior do que usando a palavra-chave “prática do cuidado”, ratificando a relevância do incremento de estudos nessa temática.

A tabela abaixo detalha os descritores, as palavras-chave e os operadores booleanos que embasaram a estratégia de busca. Os critérios de exclusão foram documentos que se repetiam ou que não tivessem relação com a temática.

Tabela 1 – Estratégia de busca em bases de dados (continua)

Estratégia de busca			
Estratégia	Portal	Portal	Bases de dados
1 ("cuidados de enfermagem" OR "nursing care" OR "prática do cuidado") AND "Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" AND ("avaliação em saúde" OR "health evaluation")	tw:(("cuidados de enfermagem" OR "nursing care" OR "prática do cuidado") AND "Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" AND ("avaliação em saúde" OR "health evaluation")) AND (instance:"regional")	Portal Regional da BVS Total: 1 resultados	LILACS: 1 resultados
2 ("cuidados de enfermagem" OR "nursing care" OR "prática do cuidado") AND ("avaliação em saúde" AND "health evaluation") AND ("estratégia saúde da família" OR family health strategy")		Portal Regional da BVS Total: 0 resultado	
3 "programa para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica AND enfermagem"	tw:(programa para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica AND enfermagem) AND (instance:"regional")	Portal Regional da BVS Total: 19 resultados	LILACS: 12 BDENF: 6 MEDLINE: 3
4 PMAQ-AB	tw:(pmaq-ab) AND (instance:"regional") AND (year_cluster("2018" OR "2017" OR "2014" OR "2015" OR "2016" OR "2019" OR "2013" OR "2012"))	Portal Regional da BVS Total: 109 resultados	LILACS: 90 BDENF: 7 MEDLINE: 15 Coleção SUS: 5 BBO-Odontologia: 3 Repositório RHS: 3 CVSP – BRASIL: 2 HISA – História da Saúde: 1

Tabela 1 – Estratégia de busca em bases de dados (continuação)

5	"prática do cuidado" AND enfermagem AND "atenção primária à saúde" AND PMAQ-AB	Google acadêmico: 23 resultados Período: 2010 - 2019	Busca em repositórios institucionais
6	"cuidado de enfermagem" AND estratégia saúde da família" AND "atenção primária à saúde" AND PMAQ-AB	Google acadêmico: 80 resultados Período: 2010 - 2019	Busca em repositórios institucionais
7	("Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica") OR "PMAQ-AB"	(Programa[All Fields] AND para[All Fields] AND Melhoria[All Fields] AND Acesso[All Fields] AND "E"[Journal] AND da[All Fields] AND Qualidade[All Fields] AND da[All Fields] AND Atencao[All Fields] AND ("basica"[Supplementary Concept] OR "basica"[All Fields])) OR "PMAQ-AB"[All Fields]	Portal PUBMED MEDLINE: 15 resultados



Tabela 1 – Estratégia de busca em bases de dados (conclusão)

8	<i>(((<i>"Primary Health Care"</i>[MeSH Terms]) OR <i>"Primary Healthcare"</i>)) AND ((<i>"Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica"</i>) OR <i>"PMAQ-AB"</i>)</i>	("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "Primary Healthcare"[All Fields]) AND ((Programa[All Fields] AND para[All Fields] AND Melhoria[All Fields] AND Acesso[All Fields] AND "E"[Journal] AND da[All Fields] AND Qualidade[All Fields] AND da[All Fields] AND Atencao[All Fields] AND ("basica"[Supplementary Concept] OR "basica"[All Fields])) OR "PMAQ-AB"[All Fields]) AND ("2009/08/17"[PDat] : "2019/08/14"[PDat])	Portal PUBMED	MEDLINE: 12 resultados
9	<i>("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare") AND ("Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" OR "PMAQ-AB")</i>		Portal de Periódicos Capes	CINAHL: 4 resultados
10	<i>TITLE-ABS-KEY_((<i>"Primary Health Care"</i>_OR_<i>"Primary Healthcare"</i>_)_AND_(_<i>progrmma para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica"</i>_OR_<i>pma-ab"</i>_))_</i>		Portal de Periódicos Capes	SCOPUS: 16 resultados

Fonte: A autora com apoio de bibliotecária, 2019.

O estudo contribuirá para a assistência, favorecendo reflexões, questionamentos e críticas dos enfermeiros e das equipes participantes do processo avaliativo proposto pelo MS, considerando o contexto de negociações em que essas avaliações têm sido realizadas. Contexto esse que, muitas vezes, traduz uma

relação de opressão por parte dos gestores, vínculos fragilizados e condições precárias de trabalho.

A possibilidade de debater esses aspectos também poderá apoiar profissionais, gestores e academia na identificação dos limites e possibilidades na participação do enfermeiro nesse processo avaliativo, bem como no apontamento de novas formas de avaliação do trabalho desse profissional na atenção básica, independentemente daquelas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Possibilitará ainda, apontar lacunas deixadas pelo programa, que poderão se apoiar no aperfeiçoamento dessa proposta de avaliação, colaborando para a reorientação não somente das práticas de cuidado dos enfermeiros, mas também para a reorientação do próprio PMAQ-AB.

Para a sociedade, essa investigação contribuirá através da identificação das mudanças que, porventura, existirem, provocadas pela participação das equipes no PMAQ-AB, que deverão se refletir em um cuidado com maior qualidade, além do maior acesso aos serviços de saúde no município em que residem.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 Atenção Primária à Saúde: evolução histórica, financiamento e a remuneração por desempenho

Segundo Starfield (2002), a APS é o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde. Esses serviços precisam ser centrados na pessoa, que deve ter suas necessidades atendidas, de modo que o encaminhamento para a especialidade só deve ocorrer após esgotados os limites da APS. Outrossim, a APS deve coordenar o cuidado dos usuários nos demais níveis de atenção, garantindo o seu percurso na rede e a permanência do vínculo na própria APS.

Para Mendes (2012), a APS deve desempenhar três funções fundamentais: ser resolutiva, resolvendo 85% dos problemas da população; ordenar o fluxo dos usuários na rede; e se responsabilizar pela área adscrita. Destaca que a organização do SUS só será viável se a APS assumir essas três funções.

Os sistemas de saúde devem ser compreendidos como respostas às necessidades de saúde da população, sendo, portanto, necessária uma harmonia entre a organização dos serviços, que deve ser estabelecida de modo a satisfazer as demandas da população. (GIOVANELLA, 2009; HARTZ, 1999; MENDES, 2012; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013; OPAS, 2011).

A ideia atual de APS surgiu em 1920 através do Relatório Dawson, no Reino Unido, que estabeleceu funções para cada nível de atenção. Esse relatório se originou após dez anos de existência do Relatório Flexner, que relacionava o desenvolvimento da atenção à saúde às práticas curativas, focadas na figura do médico, que deveria valorizar as especialidades, modelo que ainda se perpetua (KUSCHNIR, CHORNY, 2010; OPAS, 2011).

Diversos momentos contribuíram para a criação da APS, como a instituição do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, o Movimento Feminista e o Movimento ecológico, até a Conferência de Alma-Ata, que define APS como “cuidados essenciais universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias com custo possível para as famílias e países”

Para a garantia da qualidade do cuidado prestado na APS, é necessário que os atributos de primeiro contato- Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação do cuidado, Focalização na família, Orientação Comunitária, Competência cultural - mencionados por Starfield (2012), sejam de fato executados (GIOVANELLA, 2009; MENDES, 2012; OPAS, 2011)

Definir a APS como norteadora dos sistemas de saúde significa oferecer serviços mais eficientes, com menores custos e com melhor qualidade, visto seu enfoque estar na promoção da saúde e na prevenção de doenças (MACINCKO, 2011; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013; OPAS, 2011, MASSUDA, NETO, DREHMER, 2014;).

No Brasil, o trajeto percorrido pela APS ocorreu através de vários momentos. Na década de 20, houve um forte movimento no intuito de formar ambulatórios que pudessem oferecer múltiplos serviços e que valorizassem as atividades preventivas, o que implicou o surgimento dos Centros de Saúde. Esses centros foram constituídos tendo como referência os *Health Centers*, modelo americano que propunha a formação de ambulatórios que priorizavam ações fundamentadas no higienismo. Esse modelo foi introduzido por Paula Souza, médico sanitário, que cursou Especialização em Saúde Pública na Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins e que mais tarde ficou conhecido como modelo médico-sanitário, que se colocava contra o modelo anterior baseado em campanhas (MENDES, 2012; RENOVATO, BAGNATO, 2010).

Na década de 40, houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que teve na educação sanitária o norte para suas ações. Apesar de o principal objetivo da constituição do SESP ter sido criar condições adequadas no Brasil para abastecer os Estados Unidos com matéria-prima necessária à confecção de material bélico, não se pode ignorar a contribuição desse serviço para o surgimento da APS décadas depois (CAMPOS, 2007; MENDES, 2012).

Em 1960, são criadas as Secretarias Estaduais de Saúde, que direcionavam a atenção às doenças infecciosas através dos programas de Saúde Pública. Outro marco nessa década foi a defesa pela municipalização, fruto da II Conferência Nacional de Saúde, que propunha a divisão de responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação, o que também contribuiria para a municipalização (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

O principal destaque da década de 70 foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão. A Conferência veio de encontro às insatisfações relacionadas ao modelo vigente, que estava voltado às ações verticais de controle de endemias, bem como à valorização do modelo biomédico existente na época, que já não atendia às necessidades da população.

Na Declaração de Alma-Ata, a APS é compreendida de modo ampliado. Está comprometida com o enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde doença, pressupõe a intersectorialidade, o uso apropriado de tecnologias, com garantia de acesso a todas as pessoas, além da participação social. É o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, responsabilizando-se por um dado território, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002).

Ainda nos anos 70, um movimento fundamental para a consolidação da APS foi a Reforma Sanitária, que teve a participação de profissionais de saúde, professores, alunos, técnicos e atores de movimentos populares que defendiam a unificação do sistema de saúde e a valorização da APS, fato que contribuiu para a ampliação das unidades de atenção primária no Brasil.

O movimento da Reforma Sanitária, assim como a VIII Conferência de Saúde em 1986 e a Constituição de 1988 culminaram na instituição do SUS. Já na sua implementação, o governo adotou a expressão Atenção Básica, o que também fortaleceu a substituição do termo APS para AB na década de 90.

Apesar de alguns autores entenderem que o significado das expressões APS e AB se equivale, no Brasil observa-se uma inclinação ao uso do termo Atenção Básica. Como fundamento para essa preferência, pode-se acreditar que ocorre em razão de algumas questões. Uma delas, com o intuito de refutar a proposta político-ideológica da atenção primária seletiva<sup>3</sup>, compreendida como uma política voltada às populações pobres. Outra, pelo próprio fato de, na constituição do SUS, esse termo ter sido adotado, sendo inclusive oficializado pela utilização dessa expressão em

---

<sup>3</sup> A APS pode ser interpretada de três formas: atenção primária seletiva, compreendida como uma política voltada às populações pobres; a APS, como nível primário no sistema de saúde, atuando como porta de entrada dos usuários no sistema de saúde; e a APS, como ordenadora do sistema, que trata de uma forma de organização do serviço com vistas à garantia da satisfação das necessidades da população (OPAS, 2011; PAIM, 1994).

manuais e outros documentos oficiais do governo brasileiro. E ainda há a ideia de que essa predileção estaria ligada a um posicionamento contra o predomínio da proposição internacional do termo APS, estabelecido nos países europeus, e com a Declaração de Alma-Ata (GIOVANELLA, 2009; GIOVANELLA, 2018; MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009; MENDES, 2012; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

A título desse trabalho, o termo utilizado será APS, considerando a defesa de Mendes (2005) quando alega que “básica” pode configurar algo simples e básico, ao contrário de essencial/ fundamental. Ao concordar com seu pressuposto, será adotada a expressão APS como sinônimo de AB, sendo a ESF o seu modelo de Atenção no âmbito do SUS.

A década de 90 foi marcada pela criação de legislações importantes para a regulamentação do SUS e da AP. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei 8.142 de 28, de dezembro de 1990, definem sobre as transferências de recursos para estados e municípios e que os recursos destinados ao SUS sejam oriundos do Orçamento da Seguridade Social. Nesse sentido, objetivando definir o processo de descentralização da gestão das ações no âmbito da saúde, foram lançadas as Normas Operacionais Básicas (BRASIL, 2003).

Em 1991, é editada a primeira NOB, que estabeleceu um serviço de pagamento por produção de serviços, que reforçava um modelo de atenção focado na produção. No ano de 1993, foi criada a NOB 01/93, que, além de destacar o financiamento para a assistência hospitalar e ambulatorial, também definiu a descentralização aos três níveis de governo, colocando como critérios de gestão para os municípios, incipiente parcial e simplena e, para os estados, parcial e simplena. A criação dessa NOB contribuiu para que estados e municípios tivessem maior autonomia em relação à gestão dos serviços, cada qual em seu âmbito de governo.

Apesar da definição dos critérios de gestão trazidos pela NOB/93, a NOB 01/96 os revogou, apresentando apenas dois modelos de gestão municipal: o de Gestão Plena da Atenção Básica e o de Gestão Plena do Sistema Municipal. Na primeira, os municípios se responsabilizam pela gestão das unidades básicas de saúde, ações de vigilância sanitária e epidemiológica e especialidades básicas. Nesse formato, os municípios têm autonomia para a utilização dos recursos que recebem, destinados à atenção básica. Na Gestão Plena do Sistema Municipal, além

das ações da atenção básica, os municípios também têm autonomia na gestão dos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2011).

Uma das preocupações da NOB 01/96 foi o incentivo à implantação da ESF, contribuindo para a ampliação da atenção básica, assim como para o processo de descentralização.

E ainda uma das mais significativas contribuições da NOB/96 é que, a partir dessa legislação, ficou estabelecido o Piso da Atenção Básica (PAB), que trata dos recursos financeiros designados especificamente para a atenção primária, sendo repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2011).

O PAB é composto por uma parte fixa, quando os repasses estão embasados em um per capita nacional pela população do município, e uma parte variável, que é composta de incentivos variáveis de acordo com a contratualização do município a diferentes programas do governo.

A criação do PAB teve um impacto relevante no modelo de atenção à saúde, pois redirecionava a proposta de alocação de recursos por procedimentos para o custeio de ações da atenção básica, contribuindo para maior visibilidade e fortalecimento desse nível de atenção. A soma do PAB fixo e variável compõe o teto financeiro do bloco da atenção básica.

Foi a partir da NOB/96 que a descentralização do SUS foi impulsionada com a proposta do PAB e do investimento nos programas de agente comunitário de saúde e de saúde da família (MENDONÇA et al., 2019).

Outro fato relevante é que o PAB variável contribuiu para que os programas federais se tornassem fontes adicionais de recursos aos municípios, mobilizando-os à adesão e ao cumprimento dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, surgindo, nesse contexto, o PMAQ-AB como forma adicional de recurso através do desempenho.

O PMAQ-AB introduziu o componente de qualidade no PAB variável, o que trouxe um novo formato de financiamento, pois ele oferta a possibilidade de aumento de recursos considerando a pactuação de compromissos estabelecidos para o alcance do padrão definido pelo MS, compromissos esses negociados nas três esferas de governo (PINTO, KOERNER, SILVA, 2012).

Cabe apontar que, apesar de o PAB fixo ter contribuído para o incremento na expansão das equipes de saúde da família à época de sua criação, aumentando o

acesso da população aos serviços, estudos já apontavam a insuficiência desses repasses, que eram estipulados pelo per capita, o que indicava que, embora tenham sido empreendidos esforços significativos de investimento do MS na ampliação das equipes de atenção primária, o subfinanciamento do SUS estava posto e impactava como fator limitante no desempenho desse nível de atenção (MENDES, MARQUES, 2014; MENDONÇA et al., 2014).

De acordo com Pinto (2014), os recursos do PAB variável estão em maior crescimento do que os do PAB fixo. O PMAQ-AB se apresenta como uma possibilidade de variação no valor do recurso a ser recebido pelo município, aumentando o valor do teto, além de fomentar um olhar para a qualidade da assistência e a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde.

Um dos pontos de maior relevância do PAB fixo foi sua contribuição para a redução das desigualdades regionais, com o fortalecimento das políticas voltadas à atenção primária, apesar de os repasses estarem aquém das necessidades, enquanto o PAB variável se torna então, uma alternativa de complementação de recursos, tendo como referência o critério da qualidade (CASTRO, MACHADO, LIMA, 2018).

Acerca do recurso do PMAQ-AB, uma das principais discussões está no repasse da remuneração ao trabalhador. Para iniciar essa discussão, faz-se necessário abordar o conceito de remuneração e remuneração por desempenho.

De acordo com o Relatório Diálogos on-line: Remuneração por desempenho na Atenção Básica (2014), a remuneração é um conjunto de retribuições recebidas pela prestação de serviços, enquanto a remuneração por desempenho se dá pelo alcance de resultados, que levam ao reconhecimento do esforço despendido para tal, originando valores adicionais aos serviços dos profissionais. Para tanto, são estabelecidos critérios de avaliação capazes de reconhecer os resultados esperados.

O PMAQ-AB, compreendido como uma das propostas de remuneração por desempenho na atenção básica, abre como possibilidade a remuneração das equipes de acordo com o resultado final do seu desempenho, assim como dá margens à remuneração dos profissionais envolvidos no processo de avaliação, apesar das colocações pouco explícitas nos documentos que embasam o programa.

O instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB questiona se há remuneração ou premiação da gestão aos trabalhadores da atenção básica considerando o



alcance das metas pactuadas. Detalha o padrão, indagando se há incentivo financeiro a partir do reconhecimento e valorização do empenho das equipes no cumprimento de resultados esperados e dos indicadores avaliados. Deseja saber ainda se há apoio técnico e gerencial e se disponibiliza incentivo diferenciado para as equipes que atuam em local de difícil acesso ou área de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2015).

A questão posta pelo próprio instrumento aponta caminhos para a utilização do recurso para recompensar os trabalhadores, entretanto um dos principais debates está nos processos de inclusão dos profissionais na proposta do programa, pois, apesar de o PMAQ-AB pretender estimular as negociações em todas as esferas, parece que as decisões quanto à adesão e ao movimento necessárias para o alcance dos padrões ainda são objeto de muitas tensões, que se refletem na decisão concernente ao repasse ou não do recurso aos trabalhadores.

O “Diálogos on-line” (2014) foi uma proposta do Departamento de Atenção Básica que tinha como objetivo ampliar os debates e reflexões a respeito da remuneração por desempenho na atenção primária, compartilhando informações sobre seus impactos em relação à melhoria do acesso e à qualidade dos serviços do SUS.

O referido documento foi construído tendo como respaldo debates on-line realizados com a participação de gestores municipais de saúde, que responderam no instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB que seu município tinha alguma forma de remuneração por desempenho. No relatório final, foram apontados como principais aspectos:

a) A adesão ao PMAQ-AB precisa ser discutida e negociada entre gestores e trabalhadores, com transparência acerca da adesão, metas contratualizadas, ações a serem desenvolvidas e utilização dos recursos recebidos pelo programa

b) A remuneração por desempenho deve fomentar a motivação dos trabalhadores no alcance dos padrões estabelecidos

c) A verba pode ser repassada para os trabalhadores

d) A utilização do recurso também deve ser destinada à adequação da estrutura das unidades, já que este aspecto também é parte da avaliação, e, sem investimento nessa área, os resultados tendem a não alcançar o padrão esperado.

Foram identificados como alguns entraves nessa modalidade de remuneração:

- a) Pouco conhecimento sobre a legislação, já que é necessária uma lei que regulamente o repasse do recurso aos trabalhadores;
- b) Falta de vontade política da gestão para o repasse; e
- c) Dificuldade em manter o processo avaliativo e avaliação do desempenho.

Ainda devem ser considerados os seguintes aspectos: periodicidade, quem serão os beneficiários e as regras para o pagamento da remuneração.

Morais e Igluti (2013), Cunha et al. (2013) e Barbosa et al. (2016) defendem que o recurso recebido pelo PMAQ-AB seja repassado aos trabalhadores, de modo que essa remuneração atue como motivadora da mudança das suas práticas na direção da melhoria do acesso da população aos serviços e da busca pela qualidade da assistência prestada.

Para além da discussão acerca do repasse dos recursos provenientes do PMAQ-AB, identifica-se uma defasagem no valor do PAB fixo, em torno de 17%, que aponta insuficiência no custeio das despesas municipais com a APS, e um aumento do PAB variável, condicionado à adesão aos programas específicos e ao cumprimento das metas pactuadas, mostrando um financiamento fragmentado e frágil. Em 2016, o PAB fixo correspondeu a apenas 34% das transferências federais (CASTRO, MACHADO, LIMA, 2018).

Considerando que os municípios são responsáveis por aproximadamente 70% dos gastos com a APS (MENDES e MARQUES, 2014), o subfinanciamento está posto, configurando um dos principais entraves para os avanços da APS e do SUS.

É possível que, diante do contexto do agravamento da questão do financiamento no Brasil, o debate acerca do repasse dos recursos do PMAQ-AB aos trabalhadores da APS como forma de incentivo se torne cada vez mais distante, se a análise partir do ponto de que esse valor pode se tornar imprescindível para a manutenção mínima das equipes, como na adequação de infraestrutura, aquisição de materiais e demais itens essenciais para o funcionamento do serviço nas unidades de saúde da família. Compreende-se que para que a discussão acerca da remuneração por desempenho ao profissional seja negociada e submetida aos trâmites legais para sua operacionalização, é necessário que o serviço esteja

estruturado adequadamente e em condições de um atendimento de qualidade, o que é colocado como um dos principais desafios da APS diante do cenário político atual.

A emenda constitucional (EC) 29, aprovada em 2000, juntamente com a Lei complementar n.141, de 2012, definiram os valores mínimos aplicados por cada ente federado, estabelecendo para a União o valor correspondente ao ano anterior com correção da variação do PIB do mesmo ano, cabendo ao estado 12% de gastos, e aos municípios 15% de seus recursos próprios. Apesar da insuficiência dos recursos, é indiscutível que a EC 29/2000 tenha garantido maior estabilidade nos recursos públicos com a saúde. Entretanto a EC n.95/2016 agrava ainda mais a situação do financiamento ao definir que a partir de 2017 as despesas federais tenham redução progressiva em relação ao PIB e ao número de habitantes, congelando por 20 anos os recursos federais destinados ao SUS (BRASIL, 2011).

Na análise da trajetória da APS desde sua constituição, são identificados avanços importantes, como a criação do PACS e da ESF, com permanente preocupação com a expansão no número de equipes, a criação dos núcleos de apoio à saúde da família como estratégia de apoio para o aumento da resolutividade dos serviços e a criação da PNAB, sobretudo a de 2006, que define os princípios e diretrizes da APS/ESF, discutindo conceitos imprescindíveis à prática e ao processo de trabalho nesse âmbito de atenção (MAGALHÃES et al., 2018).

Os avanços mencionados foram fundamentais para o fortalecimento da APS e para a concretização dos princípios do SUS, e estes, no cenário político e econômico atual, serão os principais desafios, já que uma política nacional que estabelece medidas que impactam no agravamento do subfinanciamento do SUS e estimula a ampliação de planos de saúde privados se posiciona contra a universalização e a equidade, portanto, retrocedendo naquilo que há anos se luta para conquistar.

## **1.2 Estratégia de Saúde da Família: modelo de reorientação ou de reprodução?**

A ESF teve sua origem no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), que foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1991, com a justificativa de melhorar os indicadores de morbimortalidade materna e infantil existentes na região nordeste do

Brasil. O PACS era uma proposta que tinha como objetivo a criação de vínculos entre o indivíduo e a família com a Unidade de Saúde, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) o “elo” entre a comunidade e o serviço. Sendo assim, o ACS teria fundamental importância nesse trabalho, pois contribuiria para a mediação entre o saber popular e o saber técnico (BRASIL, 1994; CHIESA, FRACOLLI, 2004; CUNHA, 2001; NUNES et al., 2002).

Em 1994, o Ministério da Saúde iniciou a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), através da portaria nº 692/94, passando a incorporar o PACS.

Essa portaria dispunha como objetivo geral do PSF melhorar o estado de saúde da população a partir de práticas de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e voltados aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994; CHIESA, FRACOLLI, 2004).

Assim, o PSF foi estruturado como programa de saúde com foco nos grupos submetidos aos riscos de adoecer e morrer, centralizado em populações com baixo acesso aos serviços de saúde instalados, sendo posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF é definida como porta de entrada do usuário no SUS, sendo esse um sistema hierarquizado e regionalizado, caracterizado por atuar em território delimitado e assumir sua responsabilidade sanitária. Preconiza a assistência integral, qualificada, com foco em ações de promoção da saúde e de práticas educativas, tendo como objetivo interferir sobre os fatores de risco aos quais as comunidades estão expostas (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2012).

Os profissionais da ESF devem estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidades com a comunidade, visando à sua organização a fim de exercer o controle social das ações e serviços de saúde, utilizando-se de sistemas de informação para o monitoramento e tomada de decisões. Propõe-se que trabalho seja realizado de forma intersetorial, sendo estabelecidas parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais visando a promover uma ampliação do potencial de intervenção que pudesse ultrapassar os limites do setor de saúde, com vistas a garantir o cuidado em todos os níveis de atenção (AGUIAR, 2011; MENDONÇA, 2009).

Compreendida como uma estratégia para a reorganização e consolidação da atenção primária, a ESF nasce pautada nos princípios do SUS, estando voltada à ampliação do acesso, à resolutividade e ao impacto na saúde das coletividades.

Soratto et al. (2015) apontam a ESF como uma inovação tecnológica não material. Essa análise é feita com base numa comparação das mudanças existentes entre o modelo tradicional de saúde e da ESF. De modo resumido, as principais mudanças são que na ESF o conceito de saúde é ampliado, valoriza a equipe multidisciplinar, tem como objeto de cuidado o sujeito na sua integralidade, inclui ações curativas, mas também de prevenção de doença e de promoção da saúde, além de estar apoiada nas premissas da Atenção Básica estabelecidas na PNAB do ano de 2012. Os autores defendem essa afirmação, considerando que a ESF se sustenta em princípios teóricos e políticos que contribuem para a superação do modelo tradicional de saúde, entendendo que a inovação tecnológica não deve ser considerada apenas como um aparato tecnológico representado por maquinário. Afirmam ainda que a ESF proporciona resultados positivos no trabalho em saúde, pois se utiliza dos saberes e práticas de cuidado apoiados no modelo tradicional, mas os superam aperfeiçoando os modos de produzir saúde.

Apesar dos significativos avanços na saúde por parte da ESF, há que considerar os inúmeros entraves que esse modelo ainda enfrenta, o que, certamente, impacta na sua resolubilidade.

Conforme mencionado anteriormente, a ESF baseia-se nos princípios do SUS, entretanto o que se observa no cotidiano dos serviços de saúde é um desafio permanente da equipe multiprofissional no sentido de tentar garantir a concretização desses princípios.

Observa-se que, em alguns municípios da Região Norte-Fluminense, uma das principais dificuldades enfrentadas pelas equipes é o número excedente de famílias e pessoas a serem acompanhadas. Tal situação tem relação direta com o número insuficiente de profissionais, sobretudo ACS, o que ocasiona aumento de áreas descobertas pela equipe, o que significa uma população maior do que a sugerida pela PNAB em 2012, dificuldade de acompanhamento dos grupos considerados de risco e dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde. Esses aspectos indicam obstáculos à garantia da Universalidade.

Como foi destacado há pouco, ao se pensar que os grupos prioritários, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, não estão sendo

suficientemente acompanhados, identifica-se também uma barreira à garantia do princípio da equidade.

Avançando para uma análise sobre o princípio da Integralidade, com base nos questionamentos trazidos por Pinheiro e Mattos (2001), quando incitam uma provocação a compreender a integralidade não somente como um dos princípios do SUS, mas também como uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, compreende-se que a ESF, apesar de sua potência, ainda não consegue avançar em aspectos fundamentais, como, por exemplo, consolidar-se como porta de entrada, sendo acessível, resolutiva e coordenadora do cuidado na rede.

A ESF tem como desafio integrar uma rede de saúde, muitas vezes, fragmentada, pouco articulada e sem diálogo. Precisa integrar saberes dos diversos atores que compõem essa rede, considerando o próprio saber popular. Precisa ainda propor formas alternativas de cuidado que estejam em consonância com a política de saúde estabelecida pela gestão com vistas à garantia de operacionalização dessas novas práticas, pois dessa forma será possível a superação do fazer tradicional.

Se a concretude dos princípios do SUS são desafios impostos às equipes da ESF também faz parte desse rol: investir em atividades de prevenção de doenças e sobretudo de promoção da saúde, ocupando espaços dentro da comunidade, como escolas, igrejas, associações, entendendo a necessidade de avançar nessas atividades, ampliando-as para além dos grupos específicos; buscar experiências criativas voltadas para a integração da saúde, considerando as especificidades culturais do território; buscar a valorização do trabalho em equipe, com desvio do foco para a consulta médica e da cultura da medicalização. E, por fim, não se pode deixar de mencionar outros pontos relevantes, que, apesar desses 23 anos da implementação da ESF, ainda são considerados entraves para sua maior resolubilidade, bem como para o cumprimento daquilo a que se propõe, conforme estabelecido pela PNAB (2012):

a) Precarização das relações de trabalho, que dificultam a garantia do vínculo dos profissionais com as famílias atendidas, bem como abrem espaço para a interferência político-partidária.

b) Ausência de conformidade entre o discurso e a prática da gestão, em que, muitas vezes, há na fala uma valorização da Atenção Básica e na ação, um maior investimento na Alta Complexidade.

- c) Inexistência ou pouca autonomia dos profissionais para a realização de ações divergentes às propostas pela gestão
- d) Salários incompatíveis com o mercado de trabalho, assim como condições precárias de atuação, o que contribui para o pouco engajamento dos trabalhadores nas ações que lhes competem.
- e) Ausência de ações de educação permanente ou ações verticais, de pouco valor para os trabalhadores, por não serem construídas segundo suas necessidades.
- f) Ausência ou pouca participação dos trabalhadores nos processos decisórios.
- g) Ausência ou pouco investimento dos recursos financeiros na Atenção Básica
- h) Ausência de cultura avaliativa, com oferta de espaços democráticos de troca e análise do que tem sido produzido pelas equipes da ESF, com abertura de discussão com outros pontos de atenção da rede, com vistas à superação das barreiras identificadas no processo de cuidar.

A Política Nacional de Atenção Básica do ano de 2012 propunha, em seu texto, que o modelo assistencial prioritário da APS era a ESF. Os princípios e diretrizes estabelecidos eram consonantes com os objetivos com os quais se comprometia, não obstante, sua operacionalização ainda é um desafio para a gestão e para os profissionais a julgar pelos obstáculos listados anteriormente. Instituir a ESF de fato como modelo prioritário da APS ainda é um nó crítico, principalmente porque o discurso ainda é diferente da prática.

Em 2017, o Ministério da Saúde propôs uma revisão da PNAB, argumentando a necessidade de dar maior resolutividade à AP. Entretanto a proposta foi compreendida por muitos profissionais atuantes na AB muito mais como uma decisão imposta e verticalizada do governo do que uma abertura de diálogo entre aqueles que atuam nesse nível de atenção e que poderiam indicar o que precisam para aumentar a resolutividade da ESF<sup>4</sup>. A nova política está posta em vigor desde 21 de setembro ainda com muitas lacunas sobre como se dará na prática.

---

<sup>4</sup> O governo disponibilizou consulta pública aproximadamente 15 dias, entretanto, discutir virtualmente em 15 dias, o que o governo demorou dois anos para realizar, parece não fazer sentido. De modo que a consulta pública parece mais simbólica do que um debate verdadeiro.

Nessa perspectiva, convém destacar algumas das principais mudanças estabelecidas pela nova PNAB com o intuito de auxiliar o debate sobre alguns temas, inclusive já mencionados nesse capítulo (BRASIL, 2017).

O primeiro deles diz respeito à flexibilização de outras formas de composição de equipes, que não a da ESF, inclusive incluindo o próprio modelo tradicional, ou outras formas que os gestores considerarem mais eficientes. Isto porque a política não é clara quanto ao modelo, o que abre muitas possibilidades de nova formatação de serviços menos dispendiosos ao governo.

Apesar de a nova política reforçar a flexibilização de outros modelos assistenciais, menciona que esses precisam ter um caráter provisório no sentido de se organizarem com vistas a se tornarem ESF. Entretanto, o documento não estabelece o prazo de transitoriedade.

O fato de reconhecer outros modelos de assistência também institui financiamento a eles, o que reduzirá o custeio específico da ESF. O subfinanciamento do SUS, que já era um desafio, torna-se ainda maior para a garantia da ESF com a proposição da nova PNAB. O custo do modelo tradicional, que é menor para as prefeituras, será determinante para a escolha dos gestores por outros modelos, o que é bastante contraditório, já que a política ressalta a ESF como modelo prioritário, mas não promove incentivo adequado a ela. Implicitamente, entende-se que essa é uma proposta de desmonte da Estratégia de Saúde da Família.

Outro ponto obscuro está na composição da equipe mínima, que será constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, que não tem o número mínimo instituído. Entretanto, a nova PNAB determina que o número será estabelecido considerando os critérios demográficos e epidemiológicos e, em seu texto, destaca: “Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS” (BRASIL, 2017). Assim, se o texto aponta cobertura de 100% da população considerada de maior risco e vulnerabilidade, presume-se que não haverá preocupação com a cobertura de todo o território no sentido de acompanhamento regular e de visita domiciliar. E ainda, adotando o modelo tradicional de atenção, o ACS não está inserido na equipe mínima.



Sobre a questão territorial, a nova política define que os usuários poderão ter acesso aos serviços em qualquer área, não apenas na de sua abrangência. Contudo, considerando a responsabilidade sanitária, sinalizada pela própria política, as equipes devem responder pela saúde dos usuários adscritos em seu território. O que também parece incoerente, pois não há como manter acompanhamento e responsabilidade sanitária por indivíduos atendidos em diversos pontos de atenção, fato que certamente também impactará na questão do vínculo. Mesmo com o argumento da exigência do prontuário eletrônico, ainda assim não há como garantir esse acompanhamento integral nem a longitudinalidade do cuidado, uma das diretrizes da APS.

Outro aspecto que merece debate é o padrão de serviços e ações que devem ser oferecidos, de modo a garantir o máximo de resolutividade. A nova política menciona padrões essenciais e padrões ampliados, sem, no entanto, informar quais são cada um deles. Essa falta de clareza a respeito pode contribuir para a redução da oferta de serviços aos usuários, ao invés da sua garantia, conforme pretende a política.

Outro ponto do documento que em um primeiro momento pretende garantir melhor qualidade aos serviços, mas que merece reflexão, está na expansão das atribuições dos ACS.

A proposta de inclusão de atividades como aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar e realização de curativo nas responsabilidades dos ACS é uma questão passível de muita discussão. Uma delas está no fato de uma queixa muito comum dessa categoria estar na sobrecarga de trabalho, sendo que uma das maiores dificuldades está na cobertura de áreas que excedem o número de população que deveriam acompanhar, o que implica o não cumprimento da realização de uma visita domiciliar (VD) mensal às famílias. E ainda essa categoria não tem qualificação para tal.

Não se pode garantir que assumir outras responsabilidades que não competem à categoria poderia contribuir positivamente para a qualidade da VD, sobretudo considerando a falta de preparo dos ACS para essa função. Além disso, outro ponto a considerar é que essa prática poderá engessar as visitas na realização de procedimentos, enquanto ações voltadas para a promoção da saúde seriam postas em segundo plano e ainda a realização desses procedimentos no domicílio inevitavelmente se estenderia até a própria unidade de saúde, o que implicaria a

competição das atribuições dos técnicos de enfermagem, tornando-se mais tarde um ou outro profissional dispensável. Se, por um lado, já se debatia a necessidade da superação de um modelo voltado para os procedimentos técnicos, por outro, essa proposta parece reforçar essas práticas.

Um dos aspectos que parecem positivos colocados pela nova política, mas que também incita reflexão, está na figura do enfermeiro gerente, que surge com a proposta de assumir as questões gerenciais, deixando o enfermeiro assistencial com maior disponibilidade para as questões próprias do cuidado. Ao pensar que as atividades gerenciais e de assistência devem estar interligadas e fazem parte das atribuições do enfermeiro da ESF, mais adequado seria a garantia de uma redução de população coberta, com o número apropriado de profissionais e condições satisfatórias de trabalho, o que permitiria ao enfermeiro desenvolver, sem prejuízos, atividades tanto gerenciais quanto assistenciais.

A nova política reduz o número de população coberta. A política que antes definia de 3.000 a 4.000 habitantes, a atual define de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017). Todavia, considerando o fato de o ACS cobrir apenas as áreas de maior risco e vulnerabilidade, assumir diversos procedimentos técnicos em detrimento de atividades de promoção da saúde e a possibilidade de redução de serviços pode parecer que os problemas mais frequentes e evitáveis da população aumentarão, de modo que a redução do número de população coberta não fará diferença no que se refere a acompanhamento e melhoria de indicadores de saúde.

Diante dessas mudanças, a avaliação se tornará ainda mais relevante, no sentido de fornecer subsídios para análise do impacto da nova política tanto no processo de trabalho das equipes, como no cuidado oferecido aos usuários.

O que se observa é que, diante do cenário em que já se encontrava a ESF e das mudanças propostas pela nova PNAB, avalia-se que o desafio de se colocar efetivamente como um modelo de reorganização dos serviços de saúde aumentará, considerando todo um movimento político contrário existente e que parece contribuir mais para a reprodução do modelo biomédico do que para o avanço de fato das diretrizes da ESF.

### 1.3 Avaliação como prática nos serviços de saúde

O ato de avaliar é uma prática bastante antiga e que, embora muitas vezes imperceptível, está presente no cotidiano, pois está ligado ao processo de aprendizado.

Avaliar é proceder a um julgamento de valor sobre determinado fenômeno com o intuito de apoiar a tomada de decisões (CHAMPAGNE, 2009; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; GARCIA, 2001, WHO, 1967; SILVA, 2014).

No tocante à finalidade da avaliação, Hartz (1997) destaca que não está somente no âmbito da identificação de problemas e da proposição de soluções, mas, sobretudo, na indução de mudanças para a melhoria da qualidade do cuidado prestado. Deve ser considerada uma ferramenta de gestão, apoiando o processo da tomada de decisões. Fornece subsídios para a análise de uma realidade e contribui para o planejamento de ações a partir dela. Pode ainda favorecer diálogos, espaços de troca e de conhecimentos (BRASIL, 2005; CARVALHO et al., 2012; HARTZ, 1997; LENTSCK et al., 2010).

Uma das mais antigas experiências em avaliação com desdobramentos para a atividade médica foi o Relatório Flexner, em 1910, que aborda as frágeis condições da prática profissional. Outro estudo sobre avaliação dos serviços de saúde foi o trabalho de Codman, denominado "A Study in Hospital Efficiency: the first five years", publicado em 1916, que tratava da avaliação do estado de saúde dos pacientes, com o propósito de identificar as causas dos êxitos e fracassos do tratamento. A investigação de Codman também contribuiu para mais um trabalho sobre avaliação, o da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais, desenvolvido pelo Colégio Americano de Cirurgiões em meados de 1924 (FELDMAN, GATTO, CUNHA, 2005; REIS et al., 1990).

A área da economia contribuiu de maneira significativa para o campo da avaliação, sendo considerada pioneira nessa prática, pois evoluiu métodos que apoiavam a análise de vantagens e custos dos programas públicos desenvolvidos pelo Estado no período pós-Segunda Guerra Mundial, entre 1945 e 1970 (MINAYO et al., 2005).

A década de 50 demarcou a prática da avaliação de Serviços e Programas de Saúde em razão do desenvolvimento da saúde no âmbito mundial. Houve, nesse

período, uma grande expansão da tecnologia médica, assim como nos serviços dessa área, o que influenciou maior investimento por parte dos Estados nesse setor e, conseqüentemente, maior expectativa de serviços mais eficazes. O crescimento nessa área perdurou nos anos 60 e os serviços de saúde passaram a ser compreendidos como produtos, portanto, suscetíveis à avaliação de qualidade (LIMA, SILVA, 2011; SISSON, 2007).

Os anos 70 foram marcados pela institucionalização da avaliação nos países centrais, como resposta aos avanços científicos e tecnológicos do período, que envolviam interesses políticos, econômicos e também sanitários. A década de 80 representa a substituição da avaliação orientada metodologicamente pela avaliação orientada pela teoria. A partir dos anos 90, com a expansão dos Programas de Qualidade ocorrida no âmbito empresarial, estudos baseados na satisfação dos usuários passam a fazer parte dos serviços de saúde, tanto no setor público, quanto no setor privado (LIMA, SILVA, 2011; NOVAES, 2000).

Observa-se, nas últimas décadas, um incremento no investimento dos gestores nas práticas avaliativas em saúde no Brasil, especialmente nos anos 90, como resposta à ampliação das políticas sociais que emergiram nesse período, resultado da Constituição de 1988 e da constituição do SUS (CARVALHO et al., 2012; PAIM, 2005).

Após o evento de Alma-Ata, a APS foi definida como eixo estruturante dos sistemas de saúde e a ESF como seu atual programa prioritário. Nessa perspectiva, considerando a complexidade de desenvolver na prática, a proposta de um modelo voltado para as necessidades da população e a efetiva implementação dos princípios do SUS, a avaliação assume lugar fundamental no sentido de indicar evidências acerca das contribuições da APS/ ESF para a saúde dos indivíduos. Outros fatores que favorecem a crescente valorização da avaliação são a descentralização de responsabilidades, ações e recursos financeiros, o que exige um acompanhamento contínuo a respeito do controle de gastos e da resolubilidade da ESF.

Além da prática avaliativa não estar incorporada nos serviços de saúde, quando é inserida, geralmente está relacionada a ações incipientes, pontuais, de natureza burocrática e impositiva (BRASIL, 2005; CARVALHO et al., 2012; LIMA, SILVA, 2011; NOVAES, 2000).

O Ministério da Saúde define a avaliação em saúde como:

um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2005).

Com a finalidade de induzir um movimento de avaliação na Atenção Primária, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS ganhou, no ano 2000, uma Coordenação de Investigação. As ações desenvolvidas salientaram o monitoramento da estrutura, processo e resultado por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde. Posteriormente, essa Coordenação de Investigação se transformou em Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) e teve como responsabilidade disseminar a criação de uma cultura avaliativa em todas as esferas de governo. Em 2003, foi formada a Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Diante desse percurso, identifica-se nesse período um investimento expressivo do gestor federal na institucionalização da avaliação da Atenção Básica (ALMEIDA, GIOVANELLA, 2008).

Felisberto (2004) define institucionalização como a inserção da avaliação no cotidiano dos serviços. Ribeiro e Davies (2012) destacam como desafios nessa institucionalização o estabelecimento de um hábito avaliativo, de modo que essa prática não seja estanque.

No campo da saúde, uma das estratégias adotadas para a realização da avaliação foi a criação da Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), no ano de 2003. Trata-se de uma proposição que envolve diversas ações relacionadas à avaliação na Atenção Básica e que reforça a preocupação do MS com a qualidade das ações desenvolvidas nesse âmbito de atenção.

A AMQ teve como objetivo a avaliação da qualidade da ESF, oferecendo ferramentas que contribuíssem para a detecção de problemas e pudessem incentivar as melhorias necessárias. A proposta tinha adesão voluntária, mas não repercutia em repasse de verbas. A AMQ foi sendo revista e atualizada e em 2011 foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Este programa embora também propusesse uma adesão voluntária, atrelava

recursos financeiros ao alcance dos padrões estabelecidos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011; CARDOSO, 2015).

O processo na AMQ é finalizado na fase da autoavaliação, sendo esse o seu objetivo final e marco inicial da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, que compreende outras três fases - Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização - que se complementam e que produzem um ciclo contínuo.

Ambos os instrumentos avaliativos estão apoiados na abordagem de Donabedian, que estabelece como elementos de avaliação estrutura, processo e resultados. Os instrumentos de avaliação enfatizam os elementos de Processo, valorizando a organização do processo de trabalho, pois considera que a identificação precoce de situações-problema possa ser contornada, refletindo na melhoria da qualidade. Também são considerados os aspectos de Estrutura, que inclui insumos, material, ambiente físico, entre outros, e o de Resultado Final, que abarca as questões referentes ao acesso, adequação, efetividade e mudanças na saúde da população (BRASIL, 2005; DONABEDIAN, 1986).

Considerando que o PMAQ-AB envolve questões relacionadas a acesso e qualidade, torna-se oportuno a abordagem desses conceitos. Os primeiros estudos de Donabedian surgiram na década de 60. O autor ressalta que a qualidade abarca dimensões do conhecimento técnico-científico e das relações interpessoais entre os profissionais e o paciente, e considera também a relação entre benefícios, riscos e custos de uma intervenção. Propôs a avaliação por meio dos sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1986, 1990, NOVAES, 2000, SISSON, 2007)

Uchimura e Bosi (2002) compreendem a qualidade tendo como referência duas naturezas, a objetiva e a subjetiva. A primeira é passível de mensuração e a segunda está relacionada à vivência de determinadas situações. Assim, qualidade está relacionada a uma articulação entre ambas. Na prática, tem relação com uma consciência crítica dos trabalhadores em saúde a respeito do cuidado prestado, bem como da sua preocupação em responder às necessidades dos usuários do serviço.

No que se refere ao conceito de acesso, apesar da complexidade de encontrar um consenso acerca desse termo, esse estudo tomará como referência a definição de Starfield (2002), que destaca que os termos acesso e acessibilidade se complementam. O acesso, segundo a autora, possibilita o uso oportuno dos serviços

para alcançar os melhores resultados possíveis, e a acessibilidade facilita o acesso dos usuários aos serviços (STARFIELD, 2002).

Donabedian (2003) afirma que o acesso determina o grau de facilidade ou dificuldade que as pessoas encontram para utilizar os serviços de saúde, referindo-se aos aspectos que podem aumentar ou diminuir os entraves encontrados pelos usuários para fazerem uso dos serviços.

Nessa direção, é descrito a seguir, como o PMAQ está organizado e algumas reflexões acerca dessa proposta.

### 1.3.1 O Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade como propulsor do movimento avaliativo na Estratégia de Saúde da Família

O PMAQ-AB, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, tem como principal objetivo contribuir na ampliação do acesso e na melhoria da qualidade das ações prestadas pela Atenção Básica. Pretende garantir uma padronização da qualidade, sobretudo proporcionando maior transparência e efetividade dessas ações (BRASIL, 2012).

A avaliação do PMAQ-AB é feita tendo como centro a Atenção Básica, de modo que os indicadores avaliados são aqueles que compõem o Sistema de Informação da Atenção Básica, antigo SIAB, atual eSUS. Os indicadores selecionados para avaliação foram classificados como indicadores de desempenho e de monitoramento: o primeiro vinculado à avaliação externa e o segundo relacionado aos resultados alcançados pela equipe.

A avaliação do PMAQ-AB em 2011 era composta por quatro fases: adesão, desenvolvimento, avaliação externa e reconstrução. Essas fases compunham um ciclo contínuo que tinha como objetivo a melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica

A partir de 2015, com a portaria 1.645, de 2 de outubro de 2015, o MS propõe que o programa seja composto por três fases - Adesão e Contratualização, Certificação e Reconstrução -- e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento.

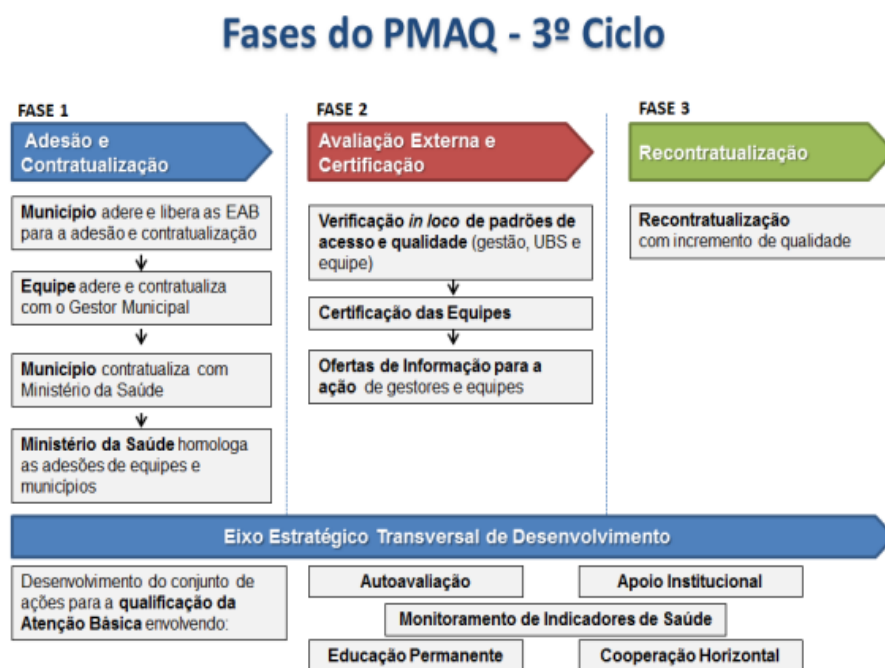
A primeira fase é realizada pela contratualização de compromissos e indicadores de saúde. Nesse sentido, torna-se relevante o estabelecimento de pactos e compromissos entre os atores envolvidos de modo a garantir a qualificação dos serviços. Nessa etapa, os gestores municipais poderão indicar as equipes que participarão da avaliação.

De acordo com o Ministério da Saúde, a adesão das equipes será voluntária e pressupõe, num primeiro momento, processo de pactuação entre equipes e gestores municipais e, posteriormente, destes com o MS (BRASIL, 2015).

A segunda fase pretende identificar como são as condições de acesso e de qualidade das equipes envolvidas no processo. É nessa fase que as equipes são certificadas segundo os resultados atingidos e, com base nisso, os municípios podem receber recursos financeiros, dependendo do desempenho de cada equipe.

A terceira fase propõe a repactuação de compromissos e de novos padrões e indicadores de qualidade, tendo como base os resultados alcançados, de maneira a dar continuidade aos avanços alcançados (BRASIL, 2015b). Essa fase contribui para a análise dos resultados e (re)elaboração de novos objetivos. A Figura 1 mostra as fases do PMAQ-AB.

Figura 1 – Fases do PMAQ-AB



Fonte: BRASIL (2015a).



O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento objetiva incentivar o desenvolvimento de ações transversais a todas as fases do ciclo do PMAQ-AB, que compreendem a realização da autoavaliação, o monitoramento de indicadores, a realização de ações de Educação Permanente, o desenvolvimento de apoio institucional e de cooperação horizontal (BRASIL, 2015b).

O primeiro ciclo teve a participação de Equipes de Atenção Básica (eAB) e Equipes de Saúde Bucal (eSB). No segundo ciclo, iniciado em 2013, o programa permitiu a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). A inserção dos NASFs e dos CEOs contribuiu para a extensão das ações de melhoria do acesso e da qualidade para outros serviços que estão vinculado à AB no território. Atualmente o PMAQ-AB permanece abrangendo essas quatro modalidades de equipes/serviço.

Gomes e Merhy (2016) destacam que o PMAQ-AB é uma política originada de várias ações ocorridas no Ministério da Saúde no período de 2011 a 2016. Mencionam que algumas das mudanças verificadas nesse período foram a reorganização do financiamento do SUS e o surgimento de diversas estratégias de avaliação, como o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. Os autores chamam a atenção para o fato de o PMAQ-AB ter tido importante contribuição para a reformulação da PNAB a partir de 2011, de maneira que o PMAQ-AB seria uma síntese da PNAB, assim se tornando um instrumento de sua operacionalização (GOMES E MERHY, 2016; PINTO, SOUZA, FERLA, 2014).

De acordo com os documentos orientadores do PMAQ-AB, estão colocados como principais desafios do programa:

- I. Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada.
- II. Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários a impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre.
- III. Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo a capacidade de intervenção e de satisfação com o trabalho.
- IV. Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes e pela falta de orientação do trabalho, em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade.

V. Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe.

VI. Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e no acompanhamento da qualidade. VII. Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e a qualidade de suas ações.

VIII. Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

IX. Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, de procedimento-médico-centrada, com foco na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado. Ministério da Saúde IX. Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

Apesar do indiscutível aporte que o PMAQ-AB tem proporcionado aos municípios no tocante à concretização das diretrizes do SUS e da Atenção Primária, existem pontos importantes no campo da micropolítica que merecem ser abordados.

O primeiro deles é que, embora o programa tenha como um de seus principais objetivos o estímulo a uma cultura avaliativa pelos serviços, inclusive com financiamento próprio para essa finalidade, as tensões e conflitos gerados por esse processo parecem não ser considerados e orientados pelo Ministério da Saúde.

Observa-se pouco ou nenhum apoio dos níveis Federal e Estadual no sentido de suporte tanto à gestão quanto às equipes no que se refere às negociações sobre a adesão e desenvolvimento das ações. Nessa direção, vale o questionamento sobre alguns aspectos cruciais: De que melhoria e de que qualidade o Ministério da Saúde está tratando ao determinar padrões a serem alcançados, sem contudo, garantir no nível da macropolítica ações efetivas, sobretudo no que se refere à valorização da Atenção Primária? Como o Ministério da Saúde consegue garantir que o recurso destinado especificamente ao PMAQ-AB seja revertido de fato para ações de melhoria para as unidades e equipes, se não há prestação de contas desse recurso? Como o Ministério da Saúde apoia os municípios quanto às relações de poder que emergem entre trabalhadores de saúde e gestores? Como se discute o papel de cada ator nesse processo? Espera-se que tais questionamentos possam ser respondidos a partir desse estudo.

Um dos principais pontos de tensão a respeito do programa está no caráter voluntário da adesão. Conforme mencionado no início desse trabalho, a participação nos processos de adesão e desenvolvimento do programa no município de Macaé apontaram que as negociações nesse campo são muito frágeis. Estão pautadas em

gestões autoritárias, com pouco ou nenhum diálogo, de modo que muitas equipes desconhecem o programa, seus objetivos, a existência de recurso próprio e mesmo assim são obrigadas a aderir à proposta.

Esse cenário contribui para o surgimento de mais conflitos na recusa dos profissionais no desenvolvimento das ações necessárias ao alcance dos padrões ou no acatamento da adesão por preocupação quanto à represálias por parte da gestão.

Fato que merece reflexão é que uma questão motivadora da adesão por parte dos profissionais é a possibilidade da remuneração por desempenho a partir do PMAQ-AB, o que sugere que a questão econômica é um fator preponderante tanto para a gestão quanto para os trabalhadores, talvez muito mais do que a melhoria do acesso e da qualidade.

Esse aspecto será discutido mais adiante à luz de Pierre Bourdieu, considerando noções de campo e capital.

#### 1.4 Práticas de Cuidado

Considerando as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros a partir do PMAQ-AB, o elemento norteador desse estudo, torna-se fundamental abordar a noção de prática, que será apoiada na concepção de Pierre Bourdieu.

O pensamento central do autor sustenta-se na noção de *habitus*, que é o objeto que produz as práticas. Bourdieu define *habitus* como:

*Habitus*, sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente “reguladas” e “regulares” sem ser o produto da obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente (BOURDIEU, 1994, p. 60-61)

O *habitus* articula ações passíveis de transformação. É um sistema de disposições que sofre o processo de avaliação nos diversos grupos e classes. É um conjunto de experiências normativas, que são incorporadas na sociedade. É a

história incorporada pelo ator social por meio da inserção em diferentes espaços sociais (MARTINS, 2002). Bourdieu afirma que “o *habitus* é um produto do trabalho de inculcação e de apropriação”. De acordo com o pensador, o *habitus* produz as práticas. Tecidas pelo *habitus*, as práticas representam postura, hábitos, rotinas, atitudes. As práticas são estímulos para a ação, assim como são o produto da própria ação. É através das práticas que se identifica o *habitus* e se desenham os campos de interesse e de tensões, onde também são definidos os grupos sociais (BOURDIEU, 1994). Segundo Martins (2002), por meio do *habitus*, as vivências anteriores dos indivíduos são atualizadas nas práticas de hoje e tendem a permanecer em sua conduta futura.

De acordo com Setton (2002), as práticas sociais por Bourdieu são expressas por diversos tipos de linguagem como olhares, gestos, atitudes que descrevem a cultura dos indivíduos, revelando seus princípios e convicções.

O *habitus* está diretamente relacionado à noção de campo, também trazido pelo autor. Segundo Bourdieu (2004), campo é um espaço em que diversos grupos dotados de *habitus* se relacionam. O *habitus* é revelador de um determinado campo, que se constitui em um espaço de tensões, poder e disputas. Cada campo social é um espaço socializado, que desfruta de algum grau de autonomia, mas que é regido por suas próprias regras.

Ao compreender o campo da avaliação sob a perspectiva de Bourdieu, identifica-se aqui um campo repleto de disputas, motivadas pelos *habitus* dos profissionais de saúde, no que se refere à inexistência de uma cultura avaliativa. Esta cultura não compõe seu *habitus*, o que pode justificar uma possível resistência na participação do PMAQ-AB. A resistência à avaliação envolve relações de força entre gestores e trabalhadores, cada qual com a valorização de determinadas práticas, sendo elas o resultado das relações dialéticas entre o campo e o *habitus*.

Uma das tensões identificadas no campo da avaliação do PMAQ-AB é, de um lado a obrigatoriedade por parte da gestão na adesão das equipes, com vistas ao recebimento de incentivos financeiros para a AB, e de outro, a recusa dos trabalhadores na adesão ao programa, alegando pouca transparência na utilização dos recursos, bem como na defesa da remuneração por desempenho, de modo que o repasse da verba lhes seja revertido.

Diante desse contexto antagônico, faz-se necessário refletir sobre os desdobramentos dessas tensões existentes no campo da avaliação no cuidado ao usuário dos serviços.

De acordo com Acioli et al. (2014), as práticas de saúde são estabelecidas pela constituição de inúmeros *habitus* e motivadas por vários tipos de influência, como as institucionais, familiares e sociais. Estas práticas envolvem não somente aspectos do conhecimento técnico, mas também aqueles relacionados ao saber popular. Nessa perspectiva, compreende-se que as práticas de cuidado superam as práticas meramente técnicas, pois são construídas com base no diálogo, na vivência e nos valores culturais de cada sujeito.

Sob esse mesmo ponto de análise, compreende-se que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Primária sejam elas coletivas ou individuais, se subsidiadas no pensamento de valorização dos saberes prévios dos indivíduos cuidados, precisam originar práticas que ajustem o saber técnico e o senso comum, de maneira a neutralizar qualquer conhecimento teórico que limite o cuidado a práticas engessadas, preestabelecidas e que sejam compridas à risca sem questionamento ou reflexão, como é o caso dos protocolos (DIAS et al., 2018).

Nessa direção, compreende-se que as práticas dos enfermeiros precisam estar apoiadas em um compromisso social com os indivíduos do território em que atua, o que também sugere uma atuação política no sentido de articular ações voltadas para a redução das desigualdades sociais assim como para melhorias e avanços no SUS.

Para tanto, parte-se da ideia de que essa consciência seja produto do pensamento crítico, que deve ser tomado como uma competência fundamental ao enfermeiro da Atenção Básica no caminho da prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade. Assim, está colocada a necessidade da formação profissional ancorada nessa criticidade, considerando seu potencial transformador, que pode contribuir para o desenvolvimento permanente do enfermeiro, traduzindo uma prática mais dinâmica, criativa e em consonância com os princípios da Atenção Primária.

A Atenção Primária configura-se como o campo apropriado para as práticas de cuidado do enfermeiro, já que oferece um espaço de diálogo, de troca, de valorização da cultura e da história de vida dos sujeitos. Permite a inserção do profissional em seu cotidiano, o que contribui para a percepção sobre seus modos

de viver e de produzir saúde, potencializando a qualidade do cuidado, bem como sua resolutividade (ACIOLI et al, 2014).

Estudos apontam que as principais práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Primária são a Consulta de Enfermagem, a Visita Domiciliar, as Atividades educativas e as Atividades administrativas, voltadas para o cuidado (ACIOLI et al., 2014; KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

#### 1.4.1 A consulta de enfermagem: potencialidades e limitações

O período colonial pode ser considerado como um ponto de partida para a história da organização da enfermagem no Brasil. A assistência, era realizada por padres jesuítas, que também tinham como tarefa, a doutrinação. No final do século XIX até o início da segunda guerra mundial, a atividade da enfermagem foi ampliada, tanto para a atuação nas guerras, quanto para a participação no combate aos surtos e epidemias que surgiram com a chegada dos escravos e da população europeia, o que contribuiu posteriormente para a criação do curso de enfermeira visitadora (AYRES et al., 2012; GEOVANINI, 2005).

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros durante esses períodos, podem ser consideradas os primeiros registros da consulta de enfermagem no Brasil, embora tenha ganhado maior destaque na década de 20, quando ficou conhecida como entrevista pós-clínica, e se instituído apenas em 1960. Para tanto, passou por vários estágios até que fosse incorporado no formato atual. O primeiro estágio ocorreu na ocasião da criação da Escola Ana Neri, em 1923, quando a enfermeira que atuava na saúde pública passou a ter uma maior definição sobre sua atuação, que ocorria tanto nos espaços institucionais, quanto nos domicílios, e estava bastante voltada para ações educativas nas áreas de saúde materno-infantil e das doenças transmissíveis (MACIEL, ARAÚJO, 2003; PEREIRA, FERREIRA, 2014; PORTO, 2007).

Esse momento foi considerado de grande relevância, pois contou com o apoio de médicos brasileiros e das enfermeiras norte-americanas<sup>5</sup>, que destacavam esse papel educativo da enfermeira, valorizando seu trabalho, antes desempenhado por pessoas pouco preparadas (FORNAZIER, SIQUEIRA, 2006; MACIEL, ARAÚJO, 2003; PEREIRA, FERREIRA, 2014).

O segundo estágio foi compreendido como um momento paradoxal, pois apesar da criação do Ministério da Educação e da Saúde, bem como da regulamentação do exercício profissional da enfermagem, a prática dessas profissionais estava subordinada à prática médica. Em 1938, as enfermeiras conseguiram um avanço no sentido de incorporar em suas atribuições a organização dos serviços de Saúde Pública, mas essas atribuições foram suspensas no ano seguinte, o que limitou sua atuação direta com os pacientes, cabendo-lhe apenas o desenvolvimento de ações normativas.

O terceiro estágio ocorreu no período do pós-guerra, que marcou uma imagem mais favorável da enfermagem, com conseqüente repercussão para a CE. O aumento da industrialização, a urbanização acelerada e o aumento do número de assalariados contribuíram para uma maior demanda por assistência médica, fato que repercutiu no incremento da atuação da enfermagem.

O quarto estágio teve início em 1956, com o surgimento da primeira pesquisa de enfermagem, denominada "Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem". Em 1959, surgiram os primeiros cursos de saúde pública para enfermeiras. Em 64, houve um aumento da atividade científica na área. As reformas do ensino ocorridas entre 1961 e 1966 aceleraram a incorporação das escolas de enfermagem às universidades, em âmbito nacional (BARREIRA e CASTRO, 1975; FORNAZIER, SIQUEIRA, 2006; MACIEL, ARAÚJO, 2003; PEREIRA, FERREIRA, 2014).

A década de 70 foi marcada pela criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, fato que contribuiu para uma menor interferência da medicina nas ações da categoria. A Reforma Sanitária na década de 80 impulsionou o debate acerca da APS, da Promoção da Saúde, entre outros que acabavam por valorizar a

---

<sup>5</sup> No contexto dos anos 20, a figura da enfermeira visitadora teve grande destaque, pois exercia atividades voltadas para o rompimento da propagação da Tuberculose. A necessidade de formação dessas profissionais culminou em um convênio entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller, com o objetivo de organizar um serviço de enfermeiras de Saúde Pública no país, através da liderança da enfermeira Norte-americana Ethel Parsons, entre outras que vieram posteriormente.

atuação da enfermagem. A aprovação da constituição Federal em 88, a criação do SUS e, posteriormente, a implantação do PSF em 1994 foram determinantes para a consolidação da CE.

A implementação do PSF, no que se refere à atuação do enfermeiro, representa uma mudança no paradigma da atenção e cuidado em saúde e isto significa ocupar um papel de grande atuação dentro das equipes, considerando ações gerenciais, assistenciais e de promoção da saúde.

A consulta de enfermagem está prevista na Lei 7498/86 e no Decreto 94.406/87, que regulamentam o exercício profissional da enfermagem. A portaria 1.625 de 10/07/2007 transcorre sobre a prescrição de medicamentos e prevê como uma das atribuições do enfermeiro, a solicitação de exames. De acordo com a legislação, os procedimentos em destaque devem ser realizados de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou previamente instituídos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Os programas de saúde pública definidos pelo Ministério da Saúde que são de abrangência da ESF estão voltados para as áreas da Saúde da Mulher, incluindo Assistência Pré-Natal e Ginecológica, Saúde da Criança e Adolescente, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso.

Os manuais do Ministério da Saúde referentes a esses programas definem claramente as atribuições de todos os profissionais da ESF, incluindo as atribuições do enfermeiro, estabelecendo diretrizes sobre a conduta desse profissional em diversas situações. Nesse sentido, pode-se considerar que esses documentos são protocolos que estabelecem uma rotina de cuidado, tendo como definição “recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados numa melhor informação científica” (BRASIL, 2008).

Nessa direção, observa-se que a legislação assegura ao enfermeiro autonomia para o desenvolvimento da sua prática, sendo a consulta de enfermagem uma atividade baseada em métodos científicos, com vistas a compreender os determinantes no processo de saúde-doença da população e, a partir desse conhecimento, identificar as necessidades de saúde desse grupo, tanto na sua individualidade quanto em sua coletividade.

Apesar de a CE ser desenvolvida tanto no âmbito privado quanto no âmbito público, parece claro que é no espaço das instituições públicas, sobretudo na ESF,



que o enfermeiro dispõe de maior autonomia para avançar nas suas intervenções, considerando as ações estabelecidas nos protocolos, as quais contribuem para o aumento da resolubilidade da sua atuação.

Comparando o primeiro caderno da Atenção Básica no ano de 2000 com o último no ano de 2012 no que se refere às atribuições do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, existem pontos relevantes a serem considerados:

Em 2000, as atribuições do enfermeiro eram referentes às ações de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de saúde da criança, adolescente, mulher grávida, adulto, idoso, trabalhador e portador de deficiência. Em 2012, as atribuições estão ampliadas conforme se observa abaixo:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. (BRASIL, 2012).

Observa-se, nesse período, uma ampliação do espaço ocupado pelo profissional de enfermagem no que diz respeito às ações de sua responsabilidade, que passa então a atuar no âmbito da família, não apenas no individual, considerando os diversos cenários em que os usuários estão inseridos.

Além disso, foram estabelecidas autonomia para a realização da consulta de enfermagem e procedimentos como a prescrição de medicamentos e solicitação de

exames, que sofreu e ainda pode sofrer a possibilidade de um imenso retrocesso no ano vigente a partir de uma liminar judicial<sup>6</sup> que suspendia uma das atribuições que apoiam o aumento da resolubilidade das ações do enfermeiro no âmbito da ESF, a solicitação de exames.

A discussão sobre o tema é vasta e sugere inúmeros debates, como o corporativismo médico, os prejuízos ao cuidado prestado à população assistida pela APS, o objetivo maior de desmantelamento do SUS, o despreparo do judiciário na tomada de decisão sem fundamentação teórica coerente e tantas outras. Contudo optou-se por fazer, a seguir, uma breve reflexão sobre o desdobramento da liminar na CE, caso tivesse sido mantida a abstenção da solicitação de exames pelos enfermeiros.

Segundo o Dicionário Aurélio, consultar significa: “Pedir conselho, instrução, opinião, parecer. Procurar informar-se sobre alguma coisa”. Consulta significa ato de consultar, reflexão, procedimento para obtenção de informação.

Horta (1979), Barbosa; Teixeira; Pereira, (2007) compreendem a CE como a aplicação do Processo de Enfermagem, que se configura como ações sistematizadas que objetivam dar assistência aos indivíduos tanto individualmente, quanto inseridos no âmbito familiar ou social.

Araújo; Rosas (2008) identificaram em estudo que usuários e cuidadores buscam a consulta de enfermagem para orientação sobre o autocuidado, além de informações sobre sua patologia e tratamento. É através da consulta de enfermagem que é possível a identificação das necessidades dos usuários e, com base nelas, a elaboração de um plano de cuidados personalizado

No âmbito da ESF, a consulta de enfermagem ganhou espaço a partir da atuação centrada nos ciclos de vida e pode contribuir para melhorar a qualidade do cuidado, podendo ser realizada em diversos locais: no ambulatório, consultório, no hospital ou na visita domiciliar (VAZIN; NERY, 2000).

A questão é que o contato com o usuário do serviço de saúde, independentemente do espaço em que ocorra, possibilita, além da criação e do

---

<sup>6</sup> A liminar foi proferida em outubro de 2017 em resposta à ação movida pelo Conselho Federal de Medicina contra a União, que objetivava suspender parcialmente a Portaria nº2.486, de 2011, acerca da solicitação de exames por enfermeiros, alegando a necessidade de evitar a prática da medicina por profissionais não habilitados, sobretudo a realização de diagnósticos sem orientação médica. No mesmo mês, a liminar foi revertida por um desembargador, contudo o processo ainda continua tramitando, tornando possível uma nova decisão contrária a essa prática.

fortalecimento do vínculo, uma interação, uma troca de informações, que se tornam imprescindíveis à implementação e avaliação das ações desenvolvidas pela enfermagem. Além disso, ao se tomar o cuidado como o objeto da prática da enfermagem, é indispensável resgatar a discussão acerca de que cuidado estamos tratando.

Nesse sentido, destaca-se a abordagem de Ayres (2006, p. 69) quando menciona que o valor do cuidar nas práticas de saúde está na oportunidade de oferecer atitudes e espaços de encontro verdadeiro, *“do exercício de uma sabedoria prática para a saúde”*, que sejam sustentadas pela tecnologia, mas que as ações de saúde não se resumam a ela.

O autor menciona que, para a construção do cuidado, a reflexão sobre a relação entre os determinantes sociais e o processo de adoecimento é fundamental e, para tanto, se faz imprescindível o diálogo. Além disso, menciona a importância da articulação entre teoria e prática, que associe os cuidados individuais às questões sociais, de modo a contribuir para o diagnóstico situacional, o planejamento e a avaliação das demandas, tanto individuais quanto coletivas.

Ayres (2006) chama a atenção para o fato de que o cuidar inclui não somente um resultado determinado, ou um estado de saúde que se deseja alcançar, tampouco a utilização mecânica das tecnologias disponíveis, mas uma análise sobre a utilização dessas tecnologias para proporcionar uma melhora da saúde dos indivíduos.

Nessa perspectiva, o enfermeiro que atua na ESF necessita ter um olhar ampliado, superando o modelo biomédico, ainda arraigado em muitas práticas. Compreender o sujeito em sua singularidade, em seu contexto familiar e da comunidade, desempenhar na CE o acolhimento, o vínculo, a escuta verdadeira, o que lhe oferece aporte para uma análise de qualidade sobre as questões de saúde e doença da população. Desse modo, pode sustentar sua prática no incentivo ao autocuidado, no estímulo à autonomia, na corresponsabilidade, nas ações de promoção da saúde, prevenção de doença, através de uma postura menos autoritária e prescritiva.

A consulta de enfermagem pode contribuir para uma aproximação entre o saber popular e o saber científico, fortalecendo a comunicação terapêutica, em que, além da compreensão das necessidades do usuário, são possíveis o fortalecimento

do vínculo, a redução da ansiedade e do medo (BARBOSA, TEIXEIRA, PEREIRA, 2007; CAMARGO, CARO, 2009; SHIMISU, LIMA, 2009).

Obviamente, destacar tantas possibilidades a serem trabalhadas na CE não revoga o movimento necessário sobre a garantia do direito de atuação do enfermeiro, conforme estabelecido em legislação própria, contudo essa luta precisa ocorrer concomitantemente à realização de outras práticas que competem à categoria, pois, de outro modo, não somente deixará de solicitar exames, como determinava a liminar, mas também deixará de desempenhar tantas outras atribuições igualmente relevantes, o que implicará uma perda cada vez maior de espaço dessa classe.

#### 1.4.2 A visita domiciliar: do higienismo ao higienismo?

A visita domiciliar (VD) é considerada um dos instrumentos de intervenção da enfermagem no campo da saúde coletiva, assim como as técnicas, os procedimentos e os saberes. Possibilita o reconhecimento da realidade em que vivem os sujeitos e suas famílias, além de propiciar o fortalecimento do vínculo.

A VD originou-se de uma prática americana, que surgiu como estratégia que tinha como objetivo consolidar a categoria profissional de graduação em enfermagem. O Brasil recebeu a influência norte-americana e, durante muito tempo, o foco dessas visitas foram os usuários portadores de doenças transmissíveis, mulheres e crianças (EGRY; FONSECA, 2000; MALAGUTTI, 2012).

Na década de 90, a VD ganhou maior notoriedade com a proposta de um novo modelo de atenção voltado para a promoção da saúde tanto no âmbito coletivo quanto individual, a princípio com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, com a institucionalização da ESF (ALBUQUERQUE, BOSI; 2009, MALAGUTTI, 2012).

Na ESF, a VD é uma ferramenta que favorece o cuidado à saúde, devendo, portanto, ser valorizada por todos os atores da equipe, já que o conhecimento das condições de vida dos usuários sob sua responsabilidade é de fundamental importância para a qualidade do cuidado.

O domicílio constitui um espaço de troca entre o trabalhador da saúde e a família, que, segundo Alonso (2003), deve estar norteado pela concepção de vínculo, confiança, autonomia e corresponsabilidade. Esse espaço permite uma construção do plano de cuidado, considerando as necessidades dos usuários, bem como os caminhos possíveis para sua operacionalização. Essa configuração de assistência exige dos trabalhadores uma reorganização do processo de trabalho, a partir da realidade posta, considerando a valorização da autonomia dos usuários, o compromisso e a responsabilidade pela sua saúde.

É o espaço da visita domiciliar o local adequado para a identificação de situações que exigem das equipes um manejo mais cuidadoso, como são os casos de violência e de envolvimento com drogas. Além disso, o domicílio põe o sujeito como personagem principal no processo, facilitando, assim, a colocação de suas questões relacionadas à saúde. O foco muda da direção do profissional, da estrutura física da unidade e se volta para o sujeito, sua família, seu lar (KEBIAN, 2017).

Estudos apontam o domicílio como o ambiente propício à associação das ações preventivas, curativas, assistenciais e educativas (FURTADO, 2001; PEREIRA, 2001; TRUJILLO et al., 1999). Entretanto, a respeito do enfermeiro, identifica-se que a VD não vem sendo compreendida como uma prioridade, considerando as diversas atividades que esse profissional desenvolve dentro da unidade, como, por exemplo, a consulta de enfermagem dentro dos variados programas estabelecidos pelo MS (KEBIAN, 2011)

Kebian (2011) destaca que o estabelecimento de metas não relacionadas às atividades desenvolvidas no território contribui para uma pouca valorização do profissional, que, cada vez mais, prioriza os atendimentos desenvolvidos no âmbito interno da unidade, em detrimento das ações que possibilitam se aproximar mais do cenário de vida das famílias. Nesse sentido, perde-se a oportunidade de identificar aspectos relacionados à saúde e à doença dos sujeitos, além do desenvolvimento de ações tanto de cunho assistencial, quanto de cunho educativo e de promoção da saúde dessas pessoas.

Apesar de a VD favorecer a identificação dos modos de viver das pessoas, o que contribui para o planejamento de ações voltadas às famílias, essa prática tornou-se mecanizada e pouco potente. A preocupação com produção, metas, melhoria dos indicadores e dados quantitativos, muitas vezes impostos pela gestão,

desconecta os profissionais das necessidades reais da população, o que, aliás, leva a outra questão: que necessidades?

É usual a discussão sobre a importância da identificação das necessidades reais dos usuários. Diversos estudos apontam que a VD representa um dos espaços, entre outros, para reconhecimento delas, sem contudo, destacar que necessidades são essas (CRUZ, BOURGET, 2010; FORLIN, 2014; GAÍVA, SIQUEIRA, 2011; SOSSAI, PINTO, 2010).

Camargo Jr (2005) chama a atenção para o fato de que a expressão “necessidades reais de saúde” tornou-se habitual. Afirma que o termo é fruto da área de planejamento, que se utiliza desse conceito para a elaboração de metas e objetivos, mas problematiza questões que estão além dessa lógica. Nesse sentido, debate aspectos que estão implícitos na expressão e que são relevantes para o conhecimento dos profissionais.

O autor descreve que, de modo geral, as necessidades de saúde são compreendidas como problemas de saúde que se deseja evitar ou corrigir. Tais problemas/necessidades são identificados por técnicas adequadas e apreendidas pelos profissionais de saúde, que, com base nesse reconhecimento, realizam as intervenções, considerando as prioridades. Assim, compreende-se que os problemas de saúde sejam demandas de saúde que necessitam de resolução.

Contudo Camargo Jr (2005) enfatiza que, nesse contexto, há que se considerar que o complexo médico-industrial, representado por indústrias farmacêuticas, de equipamentos médicos e de publicações, universidades e outras, procura disputar legitimidade, buscando o reconhecimento de usuários e profissionais da área da saúde no sentido de definir o que são problemas de saúde. Nessa ótica, afirma que, sem o convencimento desses atores, as necessidades não se tornarão demandas de saúde. Assim, há que se observar que influência a mídia e os profissionais exercem sobre a construção da necessidade, reforçando o surgimento de uma demanda.

Nessa direção, o autor defende que a expressão “necessidades de saúde” não é suficiente para traduzir a complexidade e a riqueza das interações entre os atores envolvidos e propõe como alternativa o uso do termo demanda por serviços, o qual será adotado nesse estudo.

Analisando a VD como espaço de identificação de demandas de saúde, vale a reflexão acerca da finalidade dessa prática, pois parece estar muito mais voltada aos interesses dos sistemas de saúde do que aos da população.

Nessa perspectiva, observa-se que a VD do enfermeiro tem sido dirigida a grupos específicos, considerados de maior risco e vulnerabilidade, como os acamados, idosos, recém-nascidos, puérperas e portadores de necessidades especiais. Além disso, também estão incluídos nesse grupo aqueles usuários que necessitam de alguma avaliação ou que precisam da realização de algum procedimento técnico, como curativos.

Verifica-se assim que o objetivo da VD está ainda muito voltado para os procedimentos, acompanhamento de tratamento e orientações sobre prevenção de doenças, não modificando muito desde seu surgimento até os dias atuais.

Se antes, por volta de 1920, estava focada na educação sanitária, com práticas higienistas, voltadas à prevenção das doenças transmissíveis, hoje, com a atuação dos profissionais da ESF, o foco nas doenças transmissíveis existentes anteriormente, como tuberculose e outras, foi desviado para as ações voltadas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes e a hipertensão (AYRES, 2012).

Ações de promoção de saúde com vistas ao incentivo de adoção de hábitos saudáveis como não fumar, realizar atividade física e adotar alimentação saudável visando à prevenção da obesidade também estão incluídas nas atividades desenvolvidas durante as VDs, entretanto parecem ainda ter caráter prescritivo e transmissor.

Apesar disso, essa prática apresenta muitas potencialidades como a identificação e intervenção de riscos à saúde, avaliação do perfil populacional, redução do número de internações e de atendimentos na unidade, personalização do cuidado, além de permitir a compreensão dos aspectos psicoafetivos que interferem no processo saúde-doença. Entre as limitações, estão o pouco preparo dos profissionais na condução de algumas situações, a falta de recurso humano, que ocorre quando há redução no número de profissionais, falta de recurso material quando a equipe não dispõe de instrumentos necessários à realização do trabalho, como, por exemplo, veículo para as áreas rurais e de difícil acesso; área de risco para a violência, com interferência do narcotráfico, tempo do profissional destinado à

visita é escasso quando se supervaloriza a clínica em detrimento de atividades fora do consultório (CUNHA, SÁ, 2013; KEBIAN, 2017; SOSSAI, PINTO, 2010).

Reconhecer a visita domiciliar como uma ferramenta potente no processo de cuidar do enfermeiro e da equipe da ESF significa compreender esse espaço como um facilitador para o fortalecimento do vínculo, um momento de escuta e de troca genuína entre profissional e usuário, que favorece a identificação de questões sociais, econômicas, psicológicas e afetivas que possam interferir no processo de saúde-doença tanto em nível individual quanto familiar.

Valorizar esses aspectos é contribuir para o acesso, é superar uma prática mecanizada, fragmentada e de reprodução do modelo existente desde sua origem, focado na vigilância, no controle e na adoção de uma postura prescritiva.

#### 1.4.3 Atividades de Educação em Saúde

A prática da educação em saúde parece ser inerente à enfermagem desde o surgimento da profissão. Nightingale, vista como a precursora da enfermagem em “Notas sobre Enfermagem”, menciona as condições sanitárias necessárias para garantir a saúde dos indivíduos, destacando o ambiente como o fator principal para a obtenção da saúde, com ênfase na ideia de que para sua preservação, seria necessário assegurar a higiene pessoal e a do domicílio (NIGHTINGALE, 1989).

Para a compreensão de como essa prática se desdobrou e se mantém até os dias atuais, convém discorrer de maneira breve sobre a história da política de saúde no Brasil, que, notoriamente, tem estreita relação com a política econômica e social do país.

É indiscutível que a Saúde Pública não se tratava de objeto de atenção da política brasileira, exceto no que dizia respeito às suas repercussões no âmbito econômico, quando impactavam negativamente no modelo capitalista legitimado na época.

No período Colonial, entre 1500 e 1889, a produção econômica do país estava voltada para a produção do açúcar e da mineração, garantida pelo trabalho escravo. O Brasil, colônia de Portugal, exportava seus produtos conforme a conveniência da Coroa Portuguesa.



Em 1889, a Proclamação da República e o surgimento de ideias abolicionistas contribuíram para a substituição da mão de obra escrava pelo trabalho assalariado, fato que impulsionou a imigração europeia com vistas à produção cafeeira e atividades voltadas para a indústria.

Diante desse cenário, o Brasil viveu um momento de grande disseminação de doenças transmissíveis, difundidas pelos colonos portugueses, pelos escravos e, posteriormente, pelos imigrantes de outros países. A propagação de doenças como tuberculose, hanseníase, varíola e outras exigiu a adoção de medidas que tinham como objetivo interromper a transmissão com vistas à manutenção do comércio internacional. Essas medidas eram voltadas para o saneamento dos portos, o investimento nas campanhas para controle das epidemias e a urbanização dos principais centros urbanos onde ocorriam as transações econômicas do Brasil, como Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

O período da Primeira República, entre 1889 e 1930, foi marcado pela hegemonia da política do café com leite, com foco na exportação do café e na pecuária, mantida pelo trabalho assalariado. No setor de saúde, o quadro permanecia semelhante ao do período anterior, com forte enfoque nas ações de saneamento básico e infraestrutura. Com a nomeação de Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral da Saúde Pública, as Campanhas Sanitárias foram estabelecidas como a principal estratégia para o combate das epidemias, entretanto elas tinham um caráter repressivo, coercitivo e com poder de polícia. Fato simbólico desse período foi a vacinação obrigatória contra a varíola, que desencadeou a Revolta da Vacina em 1904 (BERTOLOZZI, GRECCO, 1996; ESCOREL, TEIXEIRA, 2008).

Esse período é caracterizado por dois modelos de saúde, sanitarismo campanhista, definidos por uma abordagem coletiva e ambiental da doença, traduzido por uma conduta autoritária e curativo-privatista, que surgiu com a criação das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões), que garantiam acesso aos serviços de saúde àqueles que faziam contribuição. Esse modelo tem foco na abordagem individual e não reconhece a relação da doença com os determinantes sociais (BERTOLOZZI, GRECCO, 1996).

Em 1920, Carlos Chagas, que ocupava o Comando do Departamento Nacional de Saúde, criou programas que forneciam à população orientações sobre educação sanitária, assim como também surgem nesse período alguns órgãos para

controle da tuberculose e de outras doenças transmissíveis, que, inclusive, atualmente ainda se mantêm (AGUIAR, 2011; LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

O período da Segunda República (1930 a 1945), quando o Brasil tinha como presidente Getúlio Vargas, foi caracterizado pela ampliação do setor industrial, que teve como repercussão a transferência da economia para as cidades. Tal fato desdobrou, como consequência, um movimento de urbanização desordenado, devido ao êxodo rural, o que também contribuiu para o surgimento das favelas nos grandes centros.

Esse contexto marca o agravamento das condições inadequadas de trabalho, o aumento dos problemas de saúde dos trabalhadores, condições precárias de vida dessa população, que, muitas vezes, tinha moradia inadequada. Houve nesse período um incremento de outras situações agravantes à saúde da população, pois além das doenças transmissíveis já existentes, surgiram outras relacionadas ao trabalho (AGUIAR, 2011).

A política de saúde da época corroborava a dualidade do modelo de assistência, de um lado as ações curativas e de outro as ações coletivas baseadas no modelo sanitário camponês.

De 1945 a 1963, no chamado período desenvolvimentista, ocorre a criação do Ministério da Saúde, independente da Educação. Nesse período, há uma expansão da assistência médica através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs),<sup>7</sup> que disseminam o modelo de assistência médico-curativa. No campo da saúde pública, o modelo sanitário-camponês conseguiu alguns avanços, como a redução dos casos de doenças transmissíveis, o que fortaleceu sua postura autoritária e centralizadora. Mantém-se, portanto, a ausência de distinção entre as ações curativas e preventivas (BEDRIKOW, CAMPOS, 2015; ESCOREL, TEIXEIRA, 2008;).

O período do Regime Militar, entre 1964 e 1984, caracterizou-se por três momentos. No primeiro, de 64 a 68, houve a instauração da ditadura, no segundo de 68 a 74, houve um aumento da industrialização com capital internacional e no terceiro, de 74 a 84, ocorreram a “crise econômica, a crise do regime militar e a abertura política” (AGUIAR, 2011).

---

<sup>7</sup> Os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), autarquias por categorias profissionais criadas em 1930 pelo presidente Getúlio Vargas, substituíram as caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923.

Na saúde, ocorreu a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social o (INPS), a partir da unificação dos IAPs. O INPS passa a se utilizar de serviços privados de saúde, o que impulsionou a organização médica baseada na lógica do lucro. Desse modo, ocorre uma ampliação da assistência médica previdenciária, que entrou em crise ao final da década de 70.

A crise do modelo de saúde previdenciária estava relacionada à assistência pouco resolutiva e cara, que se tornou insuficiente para o número de população a ser atendida, pelos desvios de recursos, pelo aumento dos problemas de saúde e sociais e pela atuação pouco relevante por parte do Ministério da Saúde bem como pelo descontentamento da sociedade, o que propiciou uma mobilização social na luta por melhores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde aos grupos excluídos desse sistema.

O contexto da economia no período do regime militar impactou em elevação de preços, diminuição do poder de compra com o valor do salário mínimo, concentração de renda na mão de uma minoria privilegiada, serviços públicos ineficazes, acarretando uma piora nas condições de vida da população, com aumento inclusive das taxas de mortalidade materno-infantil, assim como aumento de mortes por doenças cardiovasculares e neoplasias.

O ano de 1978 é marcado pela Conferência de Alma-Ata, que propunha como meta em âmbito mundial “Saúde para todos no ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata menciona a APS como eixo do sistema nacional de saúde, enfatizando ações de cuidados de saúde que envolvem “*ações educativas, tratamento das doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento básico*” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2014).

No período da Nova República, entre 1985 e 1988, o cenário no setor saúde era de redução de doenças imunopreveníveis, mortalidade infantil, controle da morte por doenças cardiovasculares e neoplásicas, surgimento da epidemia de Aids, incremento no número de mortes por acidentes e homicídios e na epidemia de dengue (AGUIAR, 2011).

Os movimentos populares na reivindicação de direitos sociais e também de acesso à saúde permaneceram, o que incitou a expansão das propostas da Reforma Sanitária. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um evento que abordou vários temas propostos pela Reforma, como o conceito ampliado de

saúde, a proposta da saúde como um direito universal, a criação do SUS, a descentralização e a participação popular, entre outros.

Assim, em 1988, com a Constituição Federal, é criado o SUS, sustentado pela maior parte das propostas trazidas pela Reforma Sanitária. A origem do SUS se dá em meio a diversos entraves, como a redução dos recursos destinados à saúde no Governo Fernando Collor de Melo, pouca credibilidade da população em relação ao Estado e o quadro crítico em que se encontravam os serviços de saúde.

Convém destacar que em 1986 um evento marcante para a saúde foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Otawa, que aprovou a Carta que aponta as diretrizes para o alcance da “Saúde para todos no ano 2000”, com base na Declaração de Alma-Ata. De acordo com esse documento, a Promoção da Saúde é:

O processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

Apesar da constituição do SUS, os governos que se seguiram no período de 1988 a 1992 pouco investiram nas mudanças necessárias à sua concretização, de modo que, com a valorização do modelo médico assistencial privatista, a ótica se manteve no lucro da saúde, o que ocorria em contramão à política proposta pela Reforma Sanitária (AGUIAR, 2011).

A trajetória das políticas de saúde desde o período colonial incita a reflexão sobre quão enraizadas estão as práticas de saúde voltadas à manutenção da higiene e da questão sanitária, apesar de tantas discussões já terem sido realizadas no período que precedia a constituição do SUS e que ainda são tema de debate em muitos espaços. A reprodução automática de práticas impositivas, prescritivas quanto a um estilo de vida adequado e que culpabiliza os indivíduos por suas mazelas é uma constante no cotidiano dos serviços, o que obviamente não pode ser generalizado.

Acredita-se que mesmo depois de eventos relevantes como Alma-Ata, Conferência de Otawa e a própria constituição do SUS, que propunham a superação

do paradigma biomédico, centrado no aspecto curativo e hospitalar, os profissionais não conseguem avançar para além dessa forma de atuação.

A ESF, apesar de se propor a desenvolver ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação e reabilitação, pouco consegue evoluir nesse campo, e quando o faz, impunha muitas vezes uma prática pouco dialógica.

Observa-se que as práticas educativas no âmbito da ESF são pouco valorizadas pelas equipas, que ainda priorizam os atendimentos individuais, tanto médicos quanto de enfermagem. Outros atores como os ACS e os técnicos de enfermagem muitas vezes também não assumem essa atividade, que, de modo geral, acontecem pontualmente em datas comemorativas, muitas vezes numa perspectiva campanhista, conforme ocorria desde o período colonial. Exemplo dessas práticas são o Setembro Amarelo, o Outubro Rosa, o Novembro Azul, as Campanhas de Vacinação, as de Amamentação, entre outras datas de prevenção ou de combate a alguma patologia, além dos mutirões contra a dengue.

Todas essas atividades têm sido desenvolvidas como cumprimento ao calendário comemorativo do Ministério da Saúde, o que parece ser uma nova roupagem para as ações verticalizadas e fragmentadas existentes há tantas décadas.

São inúmeras as barreiras impostas ao fazer educativo no cotidiano profissional da ESF, como a desarticulação do trabalho em equipa, com sinais de atuação individualizada e de sobreposição de ações; a carência de recursos de apoio ao processo educativo; as limitações de infraestrutura das unidades; e a desvalorização da população, motivada pelo descrédito em relação à educação em saúde ou pela insatisfação com a metodologia de trabalho empregada. No entanto, contraditoriamente, evidencia-se que a educação em saúde se legitima, mesmo diante dessas dificuldades, pelo esforço dos profissionais em uma tentativa de trabalhar de modo integrado e efetivar suas ações com a utilização de recursos da comunidade ou, simplesmente, pela perseverança ao continuar em frente, em um movimento de superação.

Como dificuldades na realização dessas atividades, pode-se elencar: (ANDRADE et al., 2013; MOUTINHO et al., 2014; PINHEIRO, AZAMBUJA, BONAMINGO, 2018):

a) Pouco preparo e/ou insegurança dos profissionais na abordagem e condução dos temas;

- b) Pouca valorização dos profissionais a respeito das atividades educativas;
- c) Elevada demanda para consultas e atendimentos, que engessam as agendas dos profissionais de nível superior;
- d) Queixa de pouco recurso material para a realização das ações como impressos, folders, cartazes e material de escritório para ser usado durante as atividades, como folhas, canetas, cartolinas, cola etc.;
- e) Formação insuficiente/inadequada da equipe;
- f) Inexistência de ações de educação permanente que proponham discussão sobre o tema, bem como o apoio no redirecionamento das práticas; e
- g) Pouco ou nenhum auxílio da gestão no sentido de estimular a realização das atividades, bem como o acompanhamento de como elas vêm sendo conduzidas.

No tocante à valorização da clínica, mencionada anteriormente em detrimento das atividades de educação em saúde, é imprescindível destacar que se entende que as atividades voltadas para a promoção da saúde devem ser transversais e perpassar todas as práticas desenvolvidas pela ESF, de modo que não são substitutivas, mas complementares e devem estar associadas, não fragmentadas.

Para tanto, é preciso compreender as práticas de educação em saúde como “Processos e estratégias para a promoção da saúde no contexto do SUS” (PEDROSA, 2006). O autor destaca que a educação em saúde tem sido compreendida como um conjunto de práticas pedagógicas, de natureza construtivista, inclusiva, com fomento da participação popular e que deve percorrer todas as áreas de trabalho do SUS, envolvendo diversos atores, como gestores, população e movimentos sociais. Tem como objetivo sensibilizar esses grupos para adesão às propostas de promoção da saúde (PEDROSA, 2006). Enquanto a promoção da saúde deve abranger o conceito ampliado de saúde, a discussão sobre a qualidade de vida e a suposição de que a possibilidade de superação dos problemas está na capacidade de mobilização dos grupos sociais.

Nesse sentido, concorda-se com Campos (2006), quando menciona que promoção de saúde é a construção de ferramentas para a produção da saúde e que o grande desafio dessas práticas está no enfrentamento das iniquidades, de modo que está claro que essa ação não se limita apenas ao profissional da ESF, que precisa garantir essa abordagem em seu contato com os usuários, mas se trata de

uma atividade de todos. Ao Estado compete a elaboração de políticas de saúde vinculadas a outras políticas sociais; à comunidade, capacidade de mobilização; aos sistemas de saúde, a responsabilidade de sua própria reorientação; e aos cidadãos, o desenvolvimento de habilidades pessoais para a realização de práticas que contribuam na defesa de melhores condições para sua vida e sua saúde.

Na ESF, um bom começo para a articulação dessas práticas está na criação de espaços de problematização dessas questões. Nessa perspectiva, a Educação Permanente é uma ferramenta potente, mas ainda pouco considerada pela gestão. Pedrosa (2006) menciona que, como profissionais, é preciso se colocar à disposição das estratégias de vida dos usuários e se deixar tocar por eles, contudo sem discutir a própria vida como trabalhador, mas tal proposta parece não fazer sentido. O autor defende uma “nova cultura sanitária” que estimule a autonomia e a capacidade de agir, que fomente o respeito à vida, que proponha uma defesa e cuidado do meio ambiente, que estimule relações sociais mais solidárias e o desenvolvimento de habilidades de defesa da saúde, mesmo diante das adversidades.

Nesse contexto, a Educação Popular pode subsidiar o debate, já que traz conceitos semelhantes aos já discutidos. Trata-se de uma abordagem da Educação em Saúde (STOTZ; DAVID, 2013). Surge do pensamento de Paulo Freire, que contestava uma cultura sanitária autoritária e propunha uma prática alternativa baseada na participação popular, na luta pela autonomia, pela emancipação, justiça e pelo compartilhamento de saberes.

A discussão sobre os sentidos da Educação Popular e da Educação Permanente nos serviços de saúde ainda é incipiente. Observa-se uma limitação da gestão em assumir a responsabilidade de fomentar essa prática. Para tanto, é fundamental a compreensão do seu papel nesse processo, pois pode promover espaços de diálogos entre os profissionais, com vistas a fomentar a construção de uma postura de maior escuta, de valorização das diversas culturas, de engajamento nos movimentos sociais, bem como no encorajamento da participação comunitária, reconhecendo esse caminho como uma possibilidade de libertação, tanto do trabalhador, quanto dos usuários.

#### 1.4.4 Atividades gerenciais

De acordo com a PNAB (2017), entre as atribuições gerenciais dos enfermeiros da ESF, estão:

- a) Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- b) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros; e
- c) Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Um estudo realizado em 2014 identificou que uma das principais atividades gerenciais do enfermeiro na ESF é a alimentação dos sistemas de informação, seguida de participação em reuniões para planejamento de atividades (PAULA et al, 2014).

Outra investigação destacou que as atividades dos enfermeiros da ESF, voltadas para a gerência, estão dentro de três categorias: Burocrática, que envolve atividades normativas, de supervisão e planejamento; Formativa, que envolve a capacitação da equipe; e Assistencial, que organiza as ações do cuidado e identifica necessidades dos usuários (GALIZA et al., 2016).

Dentro da categoria Burocrática, está o planejamento. Planejar significa analisar as possibilidades e caminhos que contribuam para uma mudança ou alcance de um objetivo ou meta. Baseia-se em conhecimentos teóricos e práticos que permitam uma relação com a realidade (TANCREDIS, BARRIOS, FERREIRA, 1998).

Para Merhy (1994), o planejamento é “o modo de agir sobre algo de maneira eficaz”.

No âmbito da saúde, o planejamento é uma ferramenta que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde. Possibilita o conhecimento de informações que contribuem para uma ação mais efetiva sobre a realidade sanitária e que permitem melhorar as condições de saúde da população. Para a realização do planejamento, faz-se necessário o conhecimento sobre a conjuntura atual de um sistema ou realidade e sobre aquela a se pretende chegar (BRASIL, 2016; TANCREDIS, BARRIOS, FERREIRA, 1998).



O planejamento é uma atividade que deve estar inerente a todo trabalho no SUS. Não se trata apenas da elaboração de metas, mas é uma ferramenta de avaliação e reorientação dos programas para a garantia da efetividade das políticas de saúde. Nesse sentido, as atividades de monitoramento e avaliação estão diretamente ligadas às de planejamento e precisam ser regulares, baseadas em objetivos estabelecidos previamente.

Outra atividade também atribuída ao enfermeiro da ESF (PNAB, 2017; CHIAVENATO, 1999) diz respeito ao gerenciamento, que trata da execução de atividades com vistas ao alcance da eficiência e da eficácia na obtenção dos objetivos. E ainda, no setor saúde, é uma articulação de recursos humanos, materiais e de tecnologias leves que resultam no alcance dos objetivos estabelecidos. Significa coordenar esforços de várias partes do sistema. Ter controle sobre os processos e avaliar o resultado final. É a melhor utilização de recursos visando ao resultado esperado (JUNQUEIRA, 1990; TANCREDIS, BARRIOS, FERREIRA, 1998).

As atividades de planejamento e gerenciamento exigem supervisão constante do gestor. O termo supervisão se origina das palavras latinas "super", que significa "sobre", e "visão", que expressa "eu vejo". Numa concepção tradicional, poderia ser compreendida como uma visão sobre o trabalho do outro, compreendida por muitos como uma ação fiscalizadora, verticalizada, impositiva e de inspeção. Enquanto abordagens contemporâneas trazem uma ideia de compartilhamento ou construção coletiva (REIS, HORTALE, 2004).

Para Andrade (1974), a expressão supervisão indica uma função administrativa que cabe à enfermagem e inclui: garantir o desenvolvimento das ações de enfermagem, fundamentadas em normas e protocolos instituídos; e motivar e orientar sua equipe com vistas à realização de um trabalho "adequado, eficaz e eficiente". A autora destaca que as atividades de supervisão expressam um caráter administrativo quando buscam alcançar determinado objetivo por meio de ações padronizadas; enquanto expressam uma natureza educacional quando lançam mão da motivação e das orientações para que a equipe utilize suas habilidades e seu conhecimento para dar melhor qualidade ao seu trabalho.

São inúmeras as atividades consideradas gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF, que estão muito além daquelas mencionadas na PNAB. Isso porque há que examinar as ações que estão intrínsecas às de planejamento e de

gerência, entre outras, conforme destacam os autores Galiza (2016), Paula et al. (2014) e Fialho (2014). Podem-se enumerar:

- a) A previsão e provisão de insumos;
- b) Dimensionamento de pessoal;
- c) Alimentação dos sistemas de informação como Sisprenatal, E-sus, SINAN e os sistemas de informações locais, muitas vezes relacionados a programas como de Doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANTs), Imunização, Programa de Saúde do Escolar (PSE) e outros;
- d) Planejamento das atividades de educação em saúde e visita domiciliar;
- e) Organização da infraestrutura;
- f) Coordenação das agendas dos profissionais que compõem a equipe/gerenciamento de demandas;
- g) Diálogo com a rede na tentativa de garantia da Integralidade;
- h) Intersetorialidade;
- i) Elaboração de normas, rotinas e fluxos;
- j) Diagnóstico situacional;
- k) Acompanhamento do ponto e frequência dos trabalhadores;
- l) Emissão e análise de relatórios;
- m) Avaliação de dados;
- n) Realizar avaliação de desempenho dos trabalhadores/ Dar e receber feedback da equipe;
- o) Organização de educação continuada e educação permanente;
- p) Gerenciamento de conflitos (problemas de relacionamento interpessoal, por exemplo); e
- q) Gerenciamento do cuidado com elaboração de Projeto Singular Terapêutico e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Não são escassos os estudos que mencionam a angústia dos enfermeiros acerca das inúmeras atividades as quais denominam “burocráticas” ao invés de “gerenciais” Tal preocupação se evidencia quando há uma sobrecarga de tarefas administrativas que implica diretamente as ações ligadas à assistência, assim, parece ser consenso que gerência e cuidado estão imbricados (FREITAS, SANTOS, 2014; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009; JONAS et al., 2011; PAULA et al., 2014; SCHIMITH, LIMA, 2009; VILLAS BÔAS et al., 2008).

Nessa perspectiva, observa-se que o trabalho do enfermeiro está estruturado em duas dimensões, a assistencial e a gerencial. A dimensão gerencial., engloba entre outras, as atividades de gerenciamento, planejamento de ações, administração de insumos, provimento de pessoal, à medida que a dimensão assistencial, relacionada ao cuidar configura como ações a consulta de enfermagem, a visita domiciliar, o acolhimento, as orientações, a observação, os procedimentos técnicos.

A Estratégia de Saúde da Família, que apresenta, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial, quando coloca a família como centro do cuidar e uma equipe multiprofissional responsável sanitariamente pela saúde de um dado território, se caracteriza então por um modelo diferenciado de pensar e fazer o cuidado, o que passa a exigir um modo também diferenciado de gerenciar (GIOVANELLA, 2012).

Nesse sentido, pensar nas questões de gerenciamento, considerando uma prática fundamentada na Política Nacional de Humanização, tal como Acolhimento de usuários e trabalhadores e Gestão participativa, pode ser um caminho viável. A política estabelece que no eixo da gestão do trabalho, há que assegurar ações que permitam a participação dos trabalhadores em espaços de diálogo e decisão, de modo a valorizá-los, contribuindo para seu crescimento profissional (BRASIL, 2010).

Adotar uma postura diferenciada perante as ações gerenciais exige do enfermeiro da ESF algumas habilidades que contribuem para que a condução de sua equipe seja assertiva e equilibrada. A empatia, a capacidade de tomar decisões, a comunicação eficiente, a escuta qualificada, responsabilidade, capacidade de manter relação interpessoal adequada e a liderança são alguns exemplos (GIANNINI, 2016).

Liderança é a capacidade de influenciar pessoas para que juntos consigam alcançar o mesmo objetivo (BERGAMINI, 1994; ELIAS et al., 2016). Independentemente da discussão acerca da liderança como um atributo nato, em oposição a uma liderança construída, esta é uma habilidade que precisa ser aperfeiçoada, pois se trata de uma das principais atribuições do enfermeiro. Mesmo na ausência dessa característica, faz-se necessária a adoção de uma postura mais flexível, baseada no diálogo e na gestão compartilhada, menos burocrática, mais criativa e inovadora.

Observa-se que, apesar de as ações gerenciais estarem nas atribuições dos enfermeiros da ESF, muitos desses profissionais têm dificuldade de assumir esse

papel por inabilidade, por falta de perfil ou de liderança. Essa limitação suscita alguns desdobramentos como a dissociação das atividades gerenciais e assistenciais, a dificuldade de gerenciar conflitos, gestão impositiva, de pouca escuta e sem compartilhamento de decisões, ausência de planejamento e, portanto, ausência de avaliação do serviço e do alcance de metas.

Nessa direção, parece que a Educação Permanente, que está inserida na categoria formativa, pode contribuir nesse processo, mas diversos aspectos são passíveis de reflexão. Discutir sobre como têm sido desenvolvidas as ações de educação permanente nas equipes de saúde de família e se essas ações têm sido estimuladas pela gestão é fundamental para o avanço das questões voltadas para o processo de trabalho.

A Educação Permanente (BRASIL, 2004) foi instituída como política em 2004, sendo uma estratégia do SUS para a formação e aperfeiçoamento dos trabalhadores. A proposta de aprendizado no trabalho, considerando as questões próprias do cotidiano, pode contribuir para modificar os serviços de saúde pela mudança da prática dos profissionais. Problematizar o trabalho significa abrir espaços de troca, construção de novos saberes e de novas possibilidades de produzir saúde.

Entende-se aqui que o processo de reorganização das práticas de cuidado dos enfermeiros da estratégia de saúde da família e suas equipes segundo o PMAQ-AB pode ser fomentado com base nas atividades de educação permanente, considerando que o movimento deve partir da problematização da prática e das questões vivenciadas no trabalho. Nesse sentido, trabalhadores são ativos no processo de construção do conhecimento e na dinâmica de transformação de uma dada realidade. São parte do todo e, portanto, sentem-se implicados no projeto de mudança, pois eles próprios a propõem.

Conforme mencionado anteriormente, a outra dimensão em que o trabalho do enfermeiro está estruturado é a assistencial e está voltada para o gerenciamento do cuidado.

A principal ferramenta da enfermagem na gestão do cuidado é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A Resolução nº 358, de 15/10/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) destaca que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho no que diz respeito ao método, pessoal e instrumentos, contribuindo para a

realização do processo de Enfermagem, sendo esse um instrumento que orienta o cuidado prestado pelo enfermeiro bem como a documentação referente às suas ações (BRASIL, 2009a).

Sistematização implica a organização de um sistema pela integração de vários elementos, sendo, no caso da SAE, inúmeras as formas de sistematizar a assistência, como a utilização de protocolos, a uniformização de procedimentos e o processo de enfermagem. Observa-se, assim, que existem diversas formas de desenvolver a assistência e essas formas podem ser complementares (CARVALHO, BACHION, 2009).

O Processo de Enfermagem é composto por cinco etapas: Coleta de dados ou Histórico de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento em Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. (BRASIL, 2009). Esse instrumento, além de contribuir para a prestação de um cuidado de qualidade, também valoriza a prática do enfermeiro, que se sustenta em um corpo teórico e sistematizado para o desenvolvimento e a avaliação da práxis.

Apesar do reconhecimento e da valorização dos profissionais de enfermagem quanto à SAE, observa-se, com base em alguns estudos, que sua implementação na ESF ainda é incipiente. Entraves como resistência e despreparo dos profissionais, escassez do tempo, número excedente de famílias cadastradas, deficiência de recursos humanos e materiais são comuns para justificar a falta de adesão a essa prática (BACKES, SCHWARTZ, 2005; BARROS, LOPES, 2010; HERMIDA, 2004; VARELA et, 2012)

Embora a Resolução nº358/2009 mencione que a SAE deve ser implementada em todos os ambientes em que sejam dispensados cuidados de enfermagem, sejam eles públicos ou privados, de modo geral identifica-se nos serviços ausência dessa rotina.

No âmbito da ESF, é possível que o gerenciamento do cuidado esteja subsidiado nos protocolos do Ministério da Saúde, que estabelecem uma diretriz sobre as condutas a serem adotadas, todavia, ainda que nesses documentos estejam sinalizadas as competências de cada profissional, essas orientações são bem gerais e podem, por um lado, limitar a prática do enfermeiro, engessando suas ações apenas ao que está estabelecido nessas normas prontas, mecanizando suas ações e restringindo seu potencial reflexivo, crítico e inovador; por outro lado,

podem servir como ponto de partida para discussões mais ampliadas do fazer cotidiano e dos entraves que dificultam o cuidar.

De acordo com Araújo (2017), a construção coletiva se mostra como uma ferramenta potente no processo de qualificar o enfermeiro e este no processo de qualificar o cuidado, já que a relação dialógica estimula o aprendizado e o aprofundamento técnico-científico. Nesse sentido, o processo de discussão e reflexão das práticas é ainda mais importante do que o produto o final, pois gera segurança no momento do fazer, proporcionada pela troca de experiências entre os atores, bem como por um “movimento de construção, desconstrução e reconstrução dos saberes científicos”.

A avaliação do PMAQ-AB está bastante pautada na verificação in loco de como se dá a operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica e dos protocolos existentes, direcionados aos ciclos de vida (criança e adolescente, idoso, mulher etc.) e a determinados agravos, como hipertensão e diabetes. Investigar como ocorrem as práticas de cuidado dos enfermeiros segundo esse processo avaliativo abre a possibilidade de identificar na prática o que está nas entrelinhas, ou como essa prática se constitui, podendo trazer à tona nós desconhecidos, mas com grandes possibilidades de serem desfeitos.

## 2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Frente aos objetivos propostos por esta investigação, optou-se por uma abordagem qualitativa, com método descritivo-exploratório, do tipo pesquisa de campo.

Segundo Lakatos e Marconi (1991), “método é caracterizado como uma abordagem ampla, em nível de abstração superior aos fenômenos da natureza e da sociedade”. É considerado um modo de fazer para o alcance de um objetivo.

De acordo com Gil (2008, p.8), método “é como caminho para se chegar a determinado fim”. E método científico é “o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”.

Para Minayo (2010), a metodologia não se resume a técnicas, ela abarca o método, que é a teoria da abordagem; as técnicas, que incluem os instrumentos que irão gerar o conhecimento; e a criatividade do investigador, que envolve, além da sua vivência, sua capacidade de desenvolvimento do trabalho.

Em relação à abordagem qualitativa, Minayo (1994) afirma que ela promove uma aproximação entre sujeito e objeto. Está ligada aos motivos, às intenções dos pesquisadores e, a partir deles, as ações e as relações têm significado.

A autora destaca que a realidade social é qualitativa e os acontecimentos são colocados como qualidade em dois níveis:

- a) Como um vivido absoluto que não pode ser captado pela ciência; e
- b) Como experiência vivida, na linguagem que a prática científica pode construir conceitos.

A pesquisa qualitativa apresenta como características, ser descritiva, já que seus resultados precisam ser narrados; há a preocupação em identificar o sentido atribuído pelas pessoas aos fatos; há uma preocupação com o processo seguido até a elaboração das proposições, não somente com os resultados (BREVIDELLI E SERTÓRIO, 2010; MINAYO, 1994).

A pesquisa qualitativa, ao contrário da quantitativa, busca aprofundar-se na compreensão de um determinado fenômeno ou grupo social, não com valores numéricos. Preocupa-se na explicação dos fatos, sem, contudo, quantificá-los.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa envolve um universo de significados, já que considera os valores e as questões culturais embutidas nas

relações e nos fenômenos, sendo motivo de muitos questionamentos, já que, nesse tipo de investigação, são consideradas as subjetividades envolvidas no processo.

Para tanto, o pesquisador precisa observar alguns cuidados: ao proceder à análise dos registros feitos durante a pesquisa de campo, deve buscar esgotar seu conteúdo, sem, entretanto, desejar dar conta da totalidade do seu objeto; identificar e intervir em seu envolvimento sobre o objeto, de modo a controlar sua influência nos resultados; sentimento de compreensão total do conteúdo, pois a certeza a respeito da análise pode deixar escapar informações importantes ainda não observadas (GERHARDT, SILVEIRA, 2009)

Sobre a pesquisa descritivo-exploratória, Gil (2008) aponta como pesquisa descritiva aquela que descreve as características da população ou fenômenos. Utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados, como, por exemplo, o questionário e a observação sistemática. Menciona que a exploratória é aquela que propicia maior familiaridade com o problema.

A pesquisa de campo se apresenta como investigação empírica onde ocorre o fenômeno. O pesquisador vai a campo para coletar dados que serão posteriormente analisados (MERTENS, 2007).

## **2.1 Cenário do estudo**

Foram estabelecidos como cenários dessa investigação os municípios de Quissamã e Macaé. O critério de elegibilidade dos municípios participantes foi pertencer à região Norte Fluminense ter participado do 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB, pois compreende-se que a participação dos municípios desde a origem do programa poderia contribuir para uma análise mais abrangente do processo de adequação das equipes aos padrões estabelecidos pelo MS, visto estarem inseridos no programa desde o seu surgimento .

A região Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro assumiu um papel de grande destaque nas últimas décadas devido ao considerável desenvolvimento na área de petróleo e gás. A produção desses dois elementos é considerada um dos principais fatores de crescimento do PIB (Produto Interno Bruto) do Estado do Rio de Janeiro.



A Região Norte Fluminense, Figura 2, é composta pelos seguintes municípios:

- Campos dos Goytacazes;
- Carapebus;
- Conceição de Macabu;
- **Macaé;**
- **Quissamã;**
- São Fidélis;
- São Francisco do Itabapoana; e
- São João da Barra.

Figura 2: Mapa da região Norte Fluminense



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2006).

Tem 955.191 habitantes, equivalendo a 6% da população do Estado do Rio de Janeiro (ERJ). A densidade demográfica é de 96 hab/km<sup>2</sup>. O município de Campos dos Goytacazes tem a maior população da região, 49%, seguido de Macaé que ocupa o 2º lugar. Carapebus é a menor cidade do Norte e a que tem densidade demográfica mais baixa (DATASUS, 2015). A Tabela 2 traz a população e a cobertura na ESF na região Norte Fluminense.

Tabela 2 – População e cobertura de ESF da Região Norte Fluminense

Município	População	Cobertura de ESF	Total de equipes
Campos dos Goitacazes	490.288	17.59%	25
Carapebus	15.568	88.64%	4
Conceição de Macabu	22.461	92.16%	6
<b>Macaé</b>	<b>244.139</b>	<b>39,57%</b>	<b>28</b>
<b>Quissamã</b>	<b>23.535</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>
São Fidélis	37.689	36.62%	4
São Francisco do Itabapoana	41.191	75.38%	9
São João da Barra	35.174	100%%	11

Fonte: <https://egestor.saude.gov.br>.2018

A região Norte Fluminense, conforme já mencionado, tem se destacado nos últimos anos pela produção de petróleo. A economia que antes era baseada na atividade açucareira, com exceção de São João da Barra, que se apoiava na pesca e no turismo, a partir dos anos 70 sofre modificações importantes com a descoberta do petróleo na Bacia de Campos. Assim, as duas atividades passam a ocorrer de maneira concomitante, apesar da perda de importância do setor sucroalcooleiro, ou seja, açúcar e álcool (PIQUET, 2003).

O impacto ocasionado pela instalação da indústria do petróleo na região contribuiu para transformações significativas nas áreas demográfica, econômica e social, já que, a partir de 1985, a região passa a receber royalties e sedia as instalações físicas do complexo extrativista da Petrobrás, no município de Macaé.

Um indicador que avalia as modificações ocorridas nesse período é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), com o intuito de classificar os países com um indicador universal. A análise do IDH também pode ser relacionada ao PIB, que, segundo o DATASUS, representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região. Além desses dois indicadores, outro que pode ser usado é o Índice de Gini, cálculo usado para medir a desigualdade social. Os índices estão entre 0 e 1: zero corresponde a uma completa igualdade na renda, em que todos detêm a mesma renda per capita; e um corresponde a uma completa

desigualdade entre as rendas, em que um indivíduo ou uma pequena parcela de uma população detém toda a renda e os demais nada têm).

A análise desses indicadores pode contribuir para uma avaliação sobre o crescimento e o desenvolvimento dessas cidades e sua relação com a melhoria de investimentos e, conseqüentemente, e seu reflexo nos indicadores de saúde e educação da população.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, o IDHM, resulta da média geométrica dos indicadores longevidade, educação e renda, podendo ser usado para uma comparação entre os municípios. O IDHM varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1 maior é o desenvolvimento humano do município. Considera-se muito baixo (igual ou inferior a 0,499); baixo (entre 0,500 e 0,599); médio (entre 0,600 e 0,699); alto (0,700 a 0,799); e muito alto (igual ou superior a 0,800). Entre os municípios do Norte, em 2000, apenas Macaé superava o IDHM do ERJ, ainda assim com uma diferença bem pequena. Os municípios de Quissamã e Carapebus passaram do desenvolvimento baixo em 2000 para o nível alto em 2010, o que pode indicar melhorias sociais. No entanto, ainda estão abaixo da média do estado. O município da região com os índices mais baixos é São Francisco de Itabapoana. Entre 2000 e 2010, Carapebus assumiu a 24ª posição, sendo a educação, a dimensão que mais cresceu (IBGE, 2018).

O PIB per capita do Norte Fluminense é o mais alto entre as regiões do estado do Rio de Janeiro devido às atividades ligadas a petróleo. Contudo o percentual de pobres e a desigualdade de renda, medida pelo coeficiente de Gini, estão entre os mais altos, o que indica uma região rica, mas com muitas desigualdades. Os municípios da região Norte com maior PIB do estado são Campos dos Goitacazes, Quissamã e São João da Barra. Campos, apesar de estar em boa colocação quanto ao PIB per capita do estado, tem uma grande desigualdade de renda, apresentando, conseqüentemente, um alto percentual de pobres. São Francisco do Itabapoana tem mais da metade da população composta por pobres, apesar de seu PIB per capita estar na 31ª posição (IBGE, 2018).

O PIB real da região Norte no período entre 2010 e 2011 foi quase cinco vezes maior do que o do estado do Rio de Janeiro, maior também entre todas as regiões. Entre os municípios, o maior crescimento ocorreu em São João da Barra, com 59,7%, 2º maior crescimento do estado, e Campos dos Goytacazes (34,6%), que detém o maior PIB da região e o 2º maior no estado. Em Macaé (5,1%) e São

Fidélis (5,8%), o crescimento foi o menor da região Norte, ficando abaixo do percentual do estado. A Tabela 3 relaciona o IDHM de 2010 a 2015, PIB per capita e coeficiente de Gini do estado do Rio de Janeiro e municípios do Norte Fluminense.

Tabela 3 – Ranking do IDHM de 2010 a 2015, PIB per capita, coeficiente de gini: Estado do Rio de Janeiro de municípios do Norte Fluminense

Município	IDHM em 2010	Ranking IDHM	PIB per capita R\$	Ranking PIB per capita	Coeficiente de GINI	Ranking Estadual de GINI
Estado do Rio de Janeiro			R\$ 28,696			
Norte Fluminense			R\$ 74,656			
Carapebus	0,713	41	R\$ 35.821	11	0,445	6
Quissamã	0,704	55	R\$ 106.455	2	0,542	75
São João da Barra	0,671	76	R\$211.946	3	0,514	55
São Fidelis	0,691	65	R\$ 19.003	63	0,472	19
Macaé	0,764	10	R\$ 88.863	10	0,566	85
Campos dos Goytacazes	0,716	37	R\$ 70.700	6	0,578	89
São Francisco do Itabapoana	0,713	91	R\$ 29.686	31	0,520	61
Conceição de Macabú	0,712	47	R\$ 13.686	87	0,488	31

Fonte: IBGE (2018).

Conforme verificado, municípios como Campos dos Goytacazes, Macaé, Quissamã, São João da Barra e Carapebus tiveram um aumento significativo de receita em virtude do recebimento dos royalties do petróleo, o que por um lado pode

indicar maiores investimentos para as melhorias do município, sobretudo na área da educação e saúde, por outro, pode apontar uma gestão ineficiente desses recursos.

Considerando que essa receita seja bem administrada e investida no setor saúde, poder-se-ia julgar que esses municípios têm uma rede bem estruturada e em consonância com os preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o que incita, então, o interesse pelo aprofundamento das questões referentes à organização dos serviços de saúde nesta região.

Sobre a adesão dos municípios da Região Norte ao PMAQ-AB, as Tabelas 4 e 5 mostram que, no 1º ciclo, apenas dois municípios participaram, enquanto no 3º ciclo, houve adesão maior.

Tabela 4 – Municípios da Região Norte Fluminense que aderiram ao PMAQ-AB 1º Ciclo

Município	ESF/EAB	ESF/ESB (Equipe de Saúde Bucal)
Campos dos Goitacazes	1	1
Carapebus		
Conceição de Macabu		
Macaé	23	11
São Fidélis		
São João da Barra		
São Francisco de Itabapoana		
Quissamã	8	
Total	32	22

Fonte: A autora, com base em dados do Departamento de Atenção Básica (2019).

Tabela 5 – Municípios da Região Norte Fluminense que aderiram ao PMAQ-AB 3º Ciclo

Município	ESF/EAB	ESF/ESB (Equipe de Saúde Bucal)
Campos dos Goitacazes		
Carapebus	2	2
Conceição de Macabu	4	2
Macaé	14	12
São Fidélis		4
São João da Barra	3	6
São Francisco de Itabapoana		5
Quissamã	8	
Total	31	31

Fonte: A autora, com base em dados do Departamento de Atenção Básica (2019).

### 2.1.1 O município de Macaé

Figura 3 – Município de Macaé



Fonte: Internet (2019).

O município de Macaé (Figura 3) tem uma área total de 1.216,846 quilômetros quadrados, correspondendo a 12,5% da área da Região Norte Fluminense, e uma

população de 234.628 habitantes (DATASUS, 2018), com densidade demográfica de 192,81 hab/Km<sup>2</sup>. Está a 182 km de distância da Capital, Rio de Janeiro. Macaé faz limite com as cidades de Carapebus, Conceição de Macabu, Rio das Ostras, Casimiro de Abreu, Trajano de Moraes e Nova Friburgo, fato que possivelmente facilita a vinda de usuários de outros municípios para trabalhar e receber atendimento de saúde em Macaé.

O município está dividido em seis distritos - Sede, Cachoeiros de Macaé, Córrego do Ouro, Glicério, Frade e Sana. O Distrito da Sede está subdividido em seis Subdistritos: 1º Subdistrito – Barra de Macaé; 2º Subdistrito – Aeroporto; 3º Subdistrito – Cabiúnas; 4º Subdistrito – Imboassica; 5º Subdistrito – Centro; e 6º Subdistrito – Nova Cidade.

A rede municipal de saúde é composta pela Atenção Básica, com 4 unidades básicas de saúde e com 39 equipes de Saúde da Família, sendo que apenas 28 estão cadastradas no CNES e apenas 26 fizeram adesão ao PMAQ. São elas:

- a) Ajuda A;
- b) Ajuda B;
- c) Ajuda C;
- d) Aroeira;
- e) Aterrado do Imbuuro;
- f) Barra Brasília A;
- g) Barra Brasília B;
- h) Barreto;
- i) Bicuda Grande;
- j) Botafogo;
- k) Cajueiros;
- l) Campo do Oeste;
- m) Engenho da Praia;
- n) Frade;
- o) Fronteira A;
- p) Fronteira B;
- q) Lagomar A;
- r) Lagomar B;
- s) Malvinas A;
- t) Malvinas B;

- u) Malvinas C;
- v) Morro de São Jorge;
- w) Nova Holanda A;
- x) Nova Holanda B;
- y) Sana; e
- z) Virgem Santa.

O nível secundário de atenção tem o Centro de Especialidades Médicas Dr. Moacyr Santos, Centro de Saúde Jorge Caldas, Núcleo de Atendimento à Mulher e à Criança, Núcleo Municipal de Práticas Integrativas, Núcleo Municipal de Apoio ao Paciente Oncológico, Centro de Referência do Adolescente e o Centro Municipal de Reabilitação.

A atenção terciária é composta por quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): Hospital Público Municipal, Pronto-Socorro Municipal, Pronto-Socorro do Aeroporto, Hospital Público de Macaé da Serra.

### 2.1.2 O município de Quissamã

Figura 4 – Município de Quissamã



Fonte: Internet (2019).



O município de Quissamã (Figura 4), tem uma área de 715,877 quilômetros quadrados e uma população de 23.535 habitantes (DATASUS, 2018). A densidade demográfica é de 28,4 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município. Faz divisa com os municípios de Carapebus e Campos dos Goitacazes.

A rede de saúde é composta por 9 unidades de saúde da família, com 100% de cobertura:

- a) Mathias;
- b) Caxias;
- c) Carmo;
- d) Barra do Furado;
- e) Centro;
- f) Santa Catarina;
- g) Machadinha;
- h) Alto Grande;
- i) Morro Alto; e
- j) Conde de Araruama (coberta pela equipe de Morro Alto).

O nível secundário de atenção tem um Centro de Especialidades, e o nível terciário conta com um Hospital Municipal e uma unidade de pronto atendimento em Barra do Furado.

## **2.2 Participantes do estudo**

Foram aderidas ao 3º ciclo do PMAQ-AB, 35 equipes no total, incluindo 26 de Macaé e 9 de Quissamã, de modo que o estudo pretendia entrevistar todos os enfermeiros atuantes nestas equipes. Entretanto, dos 35 enfermeiros, 16 deles não participaram, conforme critérios de exclusão descritos a seguir, de maneira que a coleta de dados foi feita com 14 enfermeiros do município de Macaé e 5 enfermeiros de Quissamã, totalizando 19 enfermeiros participantes do estudo.

Como critérios de inclusão, foram considerados:

- a) dispor-se a participar mediante convite formal feito pela pesquisadora e assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido e ter participado do processo de avaliação do PMAQ-AB; e

b) Como critérios de exclusão, foram considerados aqueles que não desejaram participar da pesquisa ou que estavam ausentes por motivo de férias, doença ou outras razões. Também entraram como critérios da exclusão aqueles que se recusaram a participar das ações necessárias ao desenvolvimento do programa e se posicionaram contra a adesão involuntária feita pela gestão.

O total de equipes que teve adesão ao 3º Ciclo do PMAQ-AB no município de Macaé foi composta por 26 enfermeiros. Inicialmente, pretendia-se entrevistar os 26 enfermeiros correspondentes, entretanto, desse número, foram entrevistados apenas 14 e excluídos 12: 01 enfermeiro, que estava de férias no período das entrevistas; 01 de licença médica; 03 enfermeiros, que se recusaram a desenvolver as ações necessárias do programa, com posicionamento contrário à adesão feita pela gestão da época, inclusive, recusando-se a participar da etapa de avaliação externa, feita pelo Ministério da Saúde; 03 deles não atuam mais no município, pois não eram concursados; e 04 enfermeiros, apesar de não expressarem recusa verbalmente, não disponibilizaram tempo para a entrevista, apesar das inúmeras tentativas de agendamento.

No município de Quissamã havia um total de 09 enfermeiros nas equipes de SF, mas apenas 05 foram entrevistados, pois, na ocasião da entrevista, havia 01 enfermeira de férias e 02 delas não participaram do processo de avaliação, visto que não atuavam na época, e 01 profissional não se encontrava na unidade no dia agendado para a entrevista, de modo que foram excluídos 04 participantes nesse município.

### **2.3 Produção de dados**

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada, que é uma técnica de coleta de dados baseada na interação entre entrevistador e entrevistado. Para Cervo & Bervian (2002), “é uma conversa face a face”.

Segundo Gil (1999), é uma técnica que possibilita captar a compreensão dos sujeitos a respeito de algo e isso inclui valores, cultura, desejos. Aponta como aspectos positivos dessa técnica, a facilidade na captação dos dados, a flexibilidade e a possibilidade de o pesquisador identificar aspectos da comunicação não verbal.

Como aspectos negativos, menciona, entre outros, a chance de o pesquisador exercer influência sobre o entrevistado, a obtenção de respostas falsas e a falta de habilidade do pesquisador.

O tipo de entrevista semiestruturada baseia-se na elaboração de um roteiro que inclui algumas perguntas fechadas e outras abertas, deixando o entrevistado livre para dissertar sobre o ponto questionado ou outros que julgue importante mencionar (SILVA, 2006).

A coleta de dados foi feita no mês de maio de 2019, após aprovação do Comitê de Ética, sendo agendada por contato telefônico com cada enfermeiro no município de Macaé e em Quissamã. As entrevistas foram agendadas pela coordenadora da ESF. O local e as datas das entrevistas foram determinados pelos próprios participantes, sendo que algumas aconteceram na própria unidade de serviço e outras no prédio da secretaria de saúde, conforme definição dos enfermeiros.

A entrevista era iniciada após apresentação do Termo e Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), com solicitação de autorização para gravação. O roteiro da entrevista (Apêndice B) foi modificado após testagem do instrumento e contou com 4 perguntas abertas.

## **2.4 Análise dos dados**

Tendo em vista o desenho metodológico proposto pelo estudo, optou-se pela hermenêutica dialética para a análise dos dados pela sua adequação ao objeto, já que poderia evidenciar o conteúdo contido no discurso dos enfermeiros, contribuindo para a interpretação do pensamento e da realidade estabelecida, além do processo dialético presente na análise crítica do seu fazer cotidiano, com possível reorganização de suas práticas de cuidado.

A técnica está pautada na compreensão dos fatos relatados, considerando o contexto histórico e as contradições existentes nesse processo. Compreende-se que, por esta técnica, foi possível entender a fala e o conteúdo que surgiram dela, como resultante de um processo social e também de conhecimento, que está expresso na linguagem.

A hermenêutica pretende compreender o sentido existente na comunicação entre os sujeitos a partir da linguagem. Nesse processo, considera o cotidiano, a cultura e o contexto em que os sujeitos estão inseridos, tomando como pressuposto que “o ser humano complementa-se por meio da comunicação” (CORTES, 2006).

A hermenêutica é compreendida como o modo pelo qual se interpreta algo que contribui no processo de constituição do ser humano. A interpretação pode acontecer a partir de textos, gestos e da interação entre as pessoas. A hermenêutica procura refletir e compreender sobre tudo o que é visto, lido ou vivenciado, considerando as diferentes histórias, tradições e cultura, que são o ponto de partida para a análise. Segundo Gadamer (1999), aquilo que se deseja compreender somente é possível pela interpretação.

Desse modo, há que se considerar que o pesquisador também precisa se envolver na cultura que investigará, com observação atenta da realidade. Trata-se da compreensão histórica, da busca pelas atitudes das pessoas, suas crenças e tudo o mais que puder compartilhar.

Diante disso, a abordagem hermenêutica é contrária à rigidez ou à determinação de um dado conhecimento ou a uma conclusão final definitiva, pois permite uma construção dialógica, contínua, mútua e interligada a outros saberes.

A origem da dialética ocorreu na Grécia Antiga, quando Heráclito defendia a mudança e a transformação permanente do mundo, enquanto Parmênides considerava a contradição como algo passageiro, compreendendo como real aquilo que é imutável. Aristóteles e Platão buscaram combinar as duas teorias e conceberam o conceito de dialética, que defende que as ideias contraditórias podem se tornar pensamentos idênticos pelo diálogo exaustivo (CHAUÍ, 2004).

A dialética baseia-se no questionamento e na contradição. Toma como ponto de partida os antagonismos que surgem de um aprofundamento da realidade pesquisada. Apropria-se dos fatos, da comunicação e da cultura para desencadear um movimento crítico a partir dos contrastes. Adorno (1980) destaca que o questionamento, próprio da lógica dialética, tem como fundamento “a autorreflexão crítica do entendimento, sua limitação e sua correção”.

A hermenêutica dialética, portanto, como método de análise das pesquisas qualitativas, contribui de modo significativo por considerar tanto os pontos de convergência quanto os de divergência. Nesse sentido, destaca-se que, assim como a hermenêutica, a dialética também defende que não há imparcialidade na

observação; além disso, ambas consideram a prática sendo estruturada pela linguagem; defendem a aproximação da “verdade” posta na realidade investigada; e também destacam a historicidade da linguagem e das relações entre os sujeitos e a realidade. Por outro lado, a dialética pauta-se na diferença, na crítica e na contradição, e a hermenêutica baseia-se no consenso e no acordo (SILVA et al., 2012).

A hermenêutica, pode-se dizer, mostra os limites da dialética; esta, porém, mostra a possibilidade daquela. Justamente porque o universal sempre é pensado dentro das possibilidades de uma dada linguagem, a hermenêutica é essencial para a compreensão do pensamento, mesmo daquele que se perfaz no plano ideal-formal. O pensamento puro, não obstante ser caracterizado pela imutabilidade e universalidade, nunca se dá por si, mas sempre através de uma linguagem histórica, o que coloca a hermenêutica e a dialética em uma relação de interdependência também com a gramática, na medida em que na base estão a operação de entendimento e a comunicação linguística (SCHLEIERMACHER, 1999, p. 14).

Minayo (2013) define que a análise de dados através da hermenêutica dialética leva em conta a fala dos sujeitos sociais, considerando seu contexto social, o que permitirá uma melhor compreensão. Nessa direção, estabelece como ponto de partida o interior da fala e como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala”.

Nessa afirmação, a autora defende que, a partir da primeira ideia, não há consenso nem ponto de chegada quando se fala em produção de conhecimento e ainda, na segunda ideia, destaca que a ciência é construída numa relação entre os que a desenvolvem e a vivência que surge da realidade concreta. Desse modo, os resultados que emergem das pesquisas qualitativas são considerados uma aproximação com a realidade social e essa não pode ser resumida a apenas um dado isolado, resultado final da pesquisa.

Segundo Minayo (2013), a análise dos dados através da Hermenêutica dialética é dividida nas seguintes etapas:

Na primeira etapa, propõe-se um estudo inicial do grupo que será investigado, sendo considerado o marco teórico fundamental da análise. Nessa etapa, a autora coloca que é preciso uma aproximação com o contexto socioeconômico, político, bem como da história do grupo que será estudado.

A primeira etapa da análise considerou o conhecimento prévio da pesquisadora a respeito dos municípios que fazem parte do estudo, já que atuou no

município de Quissamã entre os anos de 2003 e 2010 e atualmente atua no município de Macaé. Apesar da aproximação existente por conta de uma vivência, a pesquisadora também se baseou em informações dos relatórios de gestão de ambos os municípios para atualização de outros dados sobre a rede de serviços e os trabalhadores da ESF.

A ida da pesquisadora aos locais de serviço permitiu maior aproximação com a dinâmica de cada equipe e também com o comportamento de cada enfermeiro, tanto na liderança de sua equipe, quanto na organização de sua unidade.

A segunda etapa da análise constitui-se do encontro com os fatos empíricos. Aqui, busca-se encontrar o sentido e as interpretações nos relatos do material colhido nas entrevistas. A autora julga esse momento como ponto de partida e também de chegada da análise. São observados aqui as comunicações individuais, costumes, rituais, comportamentos e funcionamento das instituições, que também puderam ser observados na primeira etapa.

Após a coleta de dados, o pesquisador dispõe do conteúdo inicial para confrontar os pensamentos iniciais e verificar a necessidade de maior aprofundamento nos temas. Segundo Minayo (2013), a segunda etapa é composta por três fases: a ordenação (organização) dos dados, a classificação dos dados e a análise final.

A etapa de ordenação dos dados é a primeira aproximação com o material. Ocorre no momento da transcrição das entrevistas e leitura geral após sua transcrição. Inclui a releitura do material e a organização das falas e das observações. Durante as transcrições, alguns pontos de análise já foram sendo destacados, sobretudo em associação ao que foi observado na primeira etapa.

A classificação dos dados é a etapa em que o conteúdo empírico será classificado, considerando a fundamentação teórica que embasa a pesquisa. Após a leitura repetida do material, são estabelecidos questionamentos para a identificação das “estruturas relevantes dos atores sociais”. De acordo com Minayo (2013), essa etapa é dividida em quatro momentos: leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e relatório.

O primeiro momento compreendeu a leitura exaustiva das entrevistas, com identificação dos temas relevantes que emergiram das falas, que foram destacados durante a leitura. Os temas que surgiram foram incluídos em uma tabela na posição vertical e as ideias centrais de cada sujeito, na posição horizontal (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro construído para análise

Sujeitos Temas	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Síntese Horizontal
Tema x					Aproximações e contradições
Tema y					
Tema z					
Síntese vertical					

Fonte: A autora (2019).

O Quadro 2 se originou após a definição das categorias e subcategorias formadas pelas aproximações das ideias.

Quadro 2 – Quadro de agrupamento de temas por aproximação

Categorias	Título
Categoria 1	Categoria Subcategorias
Categoria 2	Categoria Subcategorias
Categoria 3	Categoria Subcategorias
Categoria 4:	Categoria Subcategorias

Fonte: A autora (2019).

No segundo momento, na leitura transversal, foi feita uma comparação das ideias dos enfermeiros acerca de cada tema, considerando o objeto e os objetivos do estudo. Essa leitura permitiu maior aprofundamento nos temas, contribuindo para a formação das categorias empíricas, que então foram sendo relacionadas com as categorias analíticas que compunham o referencial teórico da tese.

Na análise final, terceira etapa do processo, foi feita a aproximação do conteúdo empírico com a fundamentação teórica, que deve responder aos questionamentos levantados na pesquisa, que originaram os objetivos estabelecidos. Aqui foi necessário que a pesquisadora fizesse um movimento contínuo entre a teoria e as ideias empíricas, estabelecendo, assim, um próprio

movimento dialético, o que originou a quarta etapa, o relatório final dessa tese e esse relatório, de acordo com Minayo (2013), deve ser considerado um resultado provisório e aproximado da realidade, mas nunca de fato concluído.

Ao final da construção dos quadros de agrupamentos foram originadas quatro categorias:

1ª Categoria: O processo de desenvolvimento do PMAQ-AB;

2ª Categoria: Práticas de cuidado do enfermeiro e sua relação com o PMAQ-AB;

3ª Categoria: Reorganização das práticas de cuidado do enfermeiro a partir do PMAQ-AB; e

4ª Categoria: O PMAQ-AB na perspectiva dos enfermeiros.

## **2.5 Aspectos legais e éticos**

No que tange aos aspectos éticos, o estudo atendeu ao disposto na Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UERJ, parecer nº 3.272.949, de 18 de abril de 2019 (Anexo).

Os participantes foram alertados de que o estudo não lhes ofereceria nenhum tipo de risco e informados sobre os objetivos da investigação, da garantia de sigilo e privacidade durante todas as etapas da pesquisa e da possibilidade de desistência da participação a qualquer momento que julgar necessário. Tendo como referência as informações fornecidas, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para preservar o anonimato, os participantes enfermeiros foram identificados com a letra “E” (Enfermeiro), seguida de um número de identificação de 1 a 25.



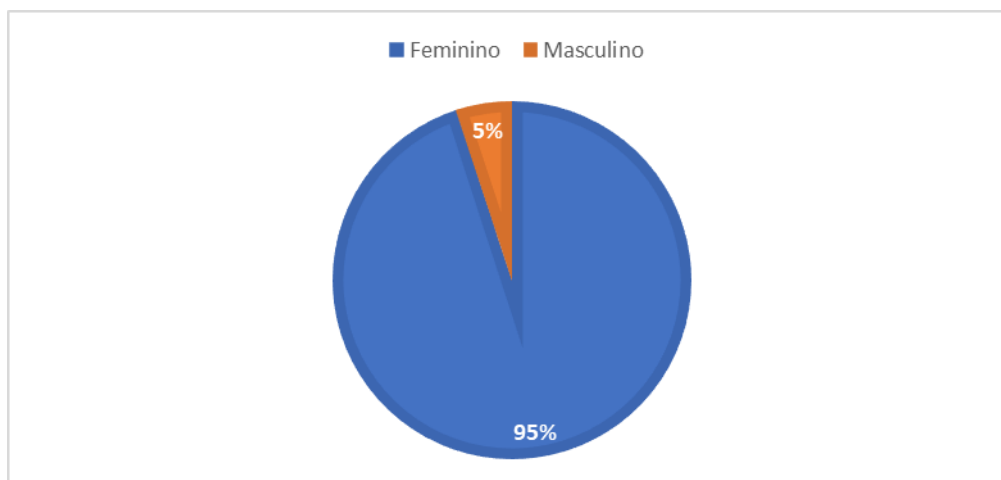
### 3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

O estudo revelou que 95% dos enfermeiros é do sexo feminino (N=18) e apenas 5% do sexo masculino (N=1). Os números encontrados ratificam resultados de estudos semelhantes acerca do sexo predominantemente feminino na área da enfermagem, Um estudo feito em Goiânia (LIMA et al., 2016) identificou que 93,2% dos enfermeiros vinculados à ESF eram do sexo feminino, assim como outra investigação feita no Espírito Santo constatou que 84,4% dos profissionais eram desse sexo (OLIVEIRA et al., 2016) e no Rio de Janeiro, um estudo apresentou, assim como no Espírito Santo, 84% dos profissionais do sexo feminino (COFEN, 2015; FARIA; ACIOLI; GALLASCH, 2016;).

Apesar de os estudos apontarem para uma predominância do sexo feminino na enfermagem, a origem da profissão se deu com forte participação masculina. Historicamente, há registros da atuação dos homens no cuidado de enfermos, desde o Antigo Egito, assim como em Roma, quando prestavam assistência a militares, atletas e gladiadores. Por volta do século VI, os monges beneditinos também assumem algumas práticas assistenciais, que são ampliadas nos anos que se seguiram, com as figuras religiosas de São Francisco de Assis e São Vicente de Paula. No Brasil, os padres jesuítas também aparecem desenvolvendo cuidados aos índios. (COSTA, K et al., 2017; PEREIRA, 1991).

Além da força física e da questão religiosa, também se fazia necessária a figura masculina para que houvesse uma divisão de cuidados prestados de acordo com o sexo, sendo as mulheres cuidadas pelas freiras e os homens, pelos monges. Esse período se caracteriza por uma prática da enfermagem pré-profissional que foi mudando com a disseminação das ideias de Florence Nightingale, quando ocorre então a profissionalização da enfermagem, o que fortaleceu a atuação feminina e foi excluindo a participação dos homens. Assim, o modelo nightingaleano foi caracterizado pela preferência pelas mulheres, dando origem à feminização da enfermagem, que se perpetua até os dias atuais, conforme retratam os dados (OGUISSO, 2014; PADILHA et al., 2006). O Gráfico 1 mostra a distribuição dos enfermeiros por sexo.

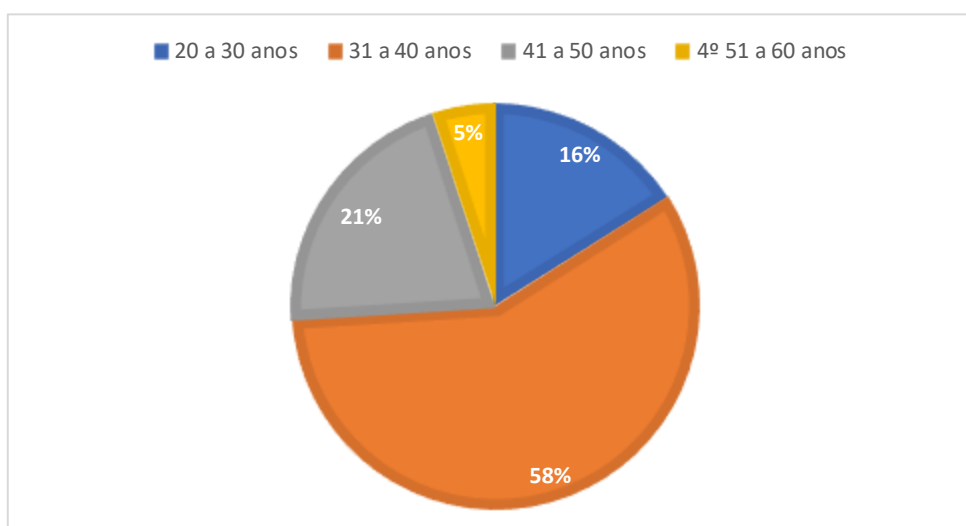
Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros por sexo



Fonte: A autora (2019).

Em relação à faixa etária, o maior percentual está entre 31 e 40 anos, compreendendo 58% dos enfermeiros participantes (N=11). Os profissionais com mais de 50 anos estão em menor percentual, 5% (N=1), já aqueles com menos de 30 anos surgem com 16% (N= 3), enquanto os de 41 a 50 anos, (N=4), correspondem a 21% dos entrevistados (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros por faixa etária



Fonte: A autora (2019).

Destaca-se aqui a idade entre 30 e 40 anos, diferentemente de outros estudos, que apontam maior predominância da faixa etária entre 20 e 30 anos (FARIA; ACIOLI; GALLASCH, 2016; KEBIAN, 2017). Ao relacionar idade com área

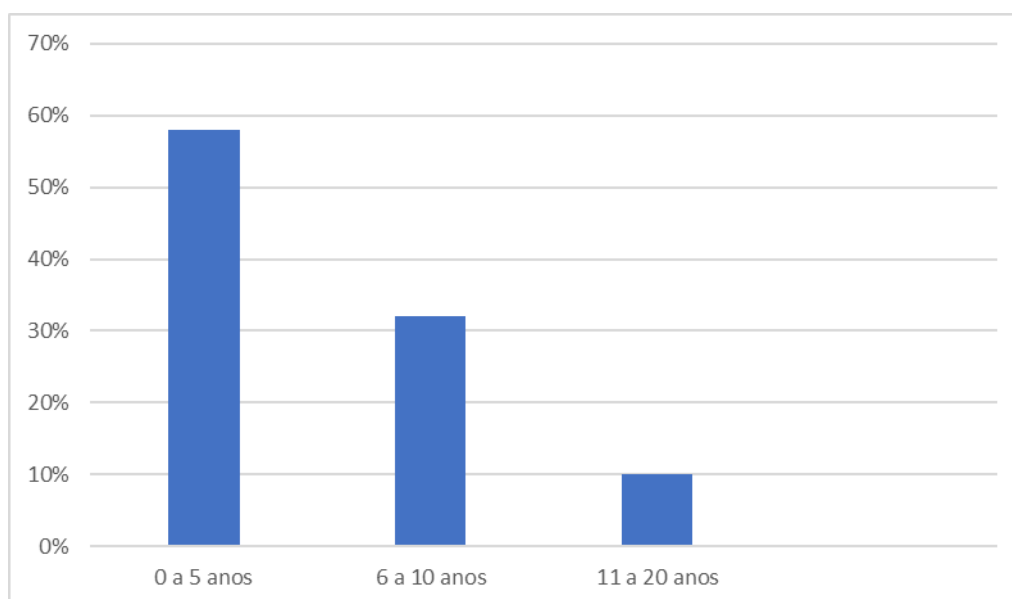
de especialização, Gráfico 4, a área de maior percentual está a de especialização em Enfermagem do trabalho com 32%, seguida de Terapia intensiva com 26%, uma hipótese possível é que os enfermeiros possam ter atuado em diferentes áreas antes de ingressarem no trabalho na ESF. Outra relação que se pode fazer é que a atuação na saúde da família tenha sido iniciada não por afinidade com essa área de trabalho, mas pelo fato de ter havido concurso público nos dois municípios em questão exatamente no mesmo período, entre 2012 e 2014, o que levou enfermeiros de diversos locais a migrar para a região Norte-Fluminense.

Outro fato que não se pode deixar de considerar é o movimento de ampliação das equipes de saúde da família, que se deu de modo geral em todo o Brasil, e passou de 33.404 equipes em 2012 para 40.162 equipes de saúde da família em 2015 (BRASIL, 2016)

No que se refere ao vínculo de trabalho, foi constatado que 84% dos enfermeiros (N=16) são concursados, enquanto 16% são contratados (N=3). Tal achado pode confirmar a hipótese anterior sobre a atuação do enfermeiro em outras áreas antes do ingresso na ESF, fato ocorrido pela oferta do concurso público nos dois municípios estudados.

A respeito do tempo de trabalho na ESF, 58% dos entrevistados atuam nessa área entre 0 e 5 anos (N=11), enquanto 32% trabalham entre 6 e 10 anos (N=6) e apenas (N=2) enfermeiros, correspondendo a 10%, estão nesse trabalho entre 11 e 20 anos (Gráfico 3).

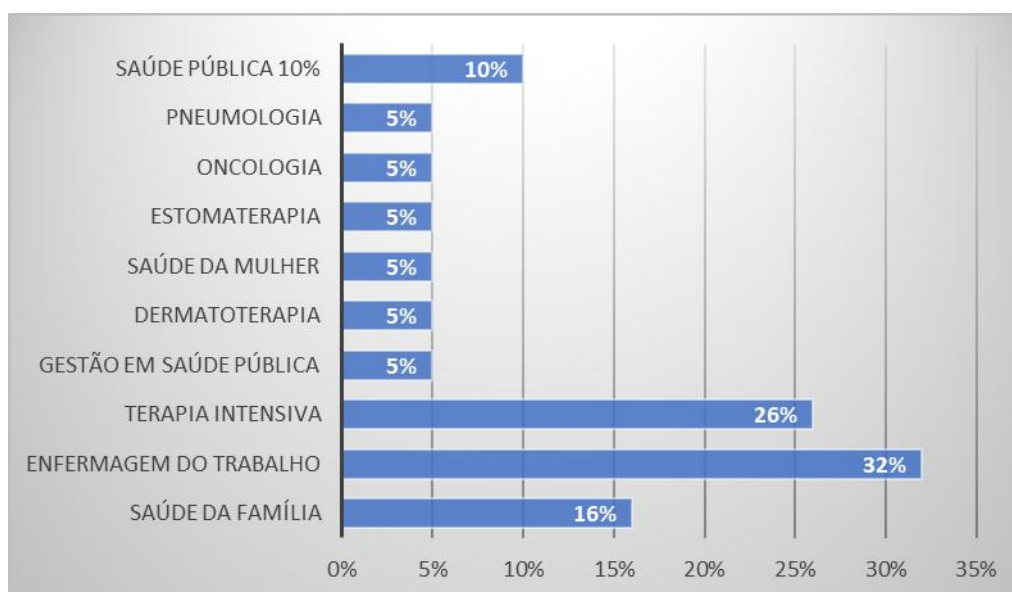
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros por tempo de atuação da ESF



Fonte: A autora (2019).

O resultado acima pode ser associado à hipótese do concurso público nos dois municípios, pois a média de tempo de atuação dos enfermeiros nesses locais é de, aproximadamente, 4 anos, quando houve a convocação, segundo os participantes.

Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros por área de especialização



Fonte: A autora (2019).

Com relação à distribuição dos enfermeiros participantes por área de especialização, surpreende o percentual daqueles que fizeram o curso de Enfermagem do Trabalho, 32% (N=6), seguido de Terapia Intensiva, 26% (N=5), conforme já mencionado, ficando mais atrás com 16% aqueles que fizeram especialização em Saúde da Família (N=3).

Houve entre os anos de 2011 e 2014 oferta de curso de especialização em Saúde da Família pelo Ministério da Saúde para os profissionais que atuavam nessa área e tinham a indicação dos gestores. O curso era na modalidade Educação a distância (EAD), oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), contudo, dos profissionais entrevistados, nenhum participou, pois haviam ingressado após o fim do curso. Apesar de a informação não constar no instrumento da entrevista, o fato de a pesquisadora ter atuado como tutora no curso favoreceu o acesso a esse dado.

A análise dessa questão aponta que, apesar da notável iniciativa do Ministério da Saúde em proporcionar a formação em serviço, a fragilidade dos vínculos de trabalho não pôde garantir a permanência daqueles que foram contemplados com o curso, o que sinaliza a necessidade de uma frequência maior na oferta desse tipo de especialização, de modo a favorecer acesso àqueles que ingressaram no serviço mais tarde.

Pode-se dizer que há aqui uma notória contradição, pois apesar de terem tido acesso a um curso de qualidade, pensado para a formação em serviço, conforme a proposta do curso da UNASUS, os atores que se especializaram não puderam dar continuidade ao trabalho que desenvolviam no seu território, enquanto aqueles que hoje têm um vínculo de trabalho mais protegido devido ao concurso público não têm acesso à especialização no formato oferecido a seus antecessores.

#### 4 1ª CATEGORIA: O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO PMAQ-AB

Segundo documentos norteadores do PMAQ-AB, o primeiro passo para adesão ao programa parte do gestor com a indicação das equipes que poderão participar do processo, seguida da etapa de contratualização de compromissos que serão estabelecidos entre as equipes e os gestores e, posteriormente, entre eles e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Com base em tais orientações, espera-se que a indicação das equipes por parte do gestor seja definida de modo conjunto com os profissionais. A gestão municipal tem como responsabilidade apresentar o programa, caso seja a primeira adesão, e discutir os resultados de um ciclo anterior, caso seja uma recontratualização. É a partir desse diálogo que os padrões estabelecidos pelo PMAQ-AB devem ser colocados para os profissionais no sentido de avaliar o interesse e o compromisso de ambas as partes e definir se a adesão é de fato desejo dos dois lados.

Essa primeira categoria de análise traz relatos sobre como ocorreu esse processo nos dois municípios e esses relatos apontam algumas contradições importantes.

A gente não fez adesão, foi a gestão. E aí só veio para nossa equipe para a questão de se a gente concordava, né, fazer. (...) A decisão foi de fato a gestão que fez e quando veio essa necessidade da gente assinar, a gente discutiu muito junto, né? Enfermeiros, ACS, todo mundo junto. E aí foi feita a proposta, houve resistência de todos os grupos para fazer, na época o grupo dos ACS eles estavam muito consolidados com relação à equiparação dos salários deles aos agentes de endemias, então estava muito insatisfeitos na com essa questão E aí se viram numa questão de vir um valor repasse traz a equipe do município, mas que não estavam satisfeitas. Então houve uma conversa na época com o secretário de saúde E aí escolheram representante de ACS, porque são 42 ao todo, enfermeiros, mas com todos os médicos, com o secretário e secretária de administração. E aí eles colocaram bastante claro até sobre valores para o que que era. Não foi cogitado de fato o repasse para as equipes e também a gente nem tava nesse movimento não, era mais sobre o que ia fazer com esse valor. E aí foi falado muito sobre equipamento, sobre capacitações, e aí houve uma resistência da gente, um grupo pediu essa reunião, inclusive via protocolo. Enf1, m1.

O processo de adesão a princípio foi algum imposto pela gerente, que falou que todas as unidades deveriam participar e fez inscrição da gente mesmo sem autorização, sem ter perguntado como que se daria isso, né! E aí nós ficamos sabendo da avaliação. Enf 2, m2.

Foi um processo muito complicado, porque quando eu assumi a equipe, eles já tinham passado por um processo de avaliação e eles vieram com uma ideia muito ruim. Achando que a prefeitura não dava incentivo. Enf 3, m2.

Primeiro a coordenação apresentou pra gente a proposta, a gente expôs para a equipe e eles tiveram resistência em aderir, mas depois foram adequando as metas pra adesão ao PMAQ. Enf4, m1.

Observou-se, pelas falas, que enfermeiros de um mesmo município apresentaram relatos diferentes no que se refere à voluntariedade da adesão. A enfermeira 1, do município 1, destaca que a adesão foi imposta, inclusive sem a concordância do grupo em relação à pactuação, apesar de descrever que houve uma reunião com os secretários de saúde e de administração, que, aparentemente, responderam às dúvidas sobre a utilização dos recursos, conforme solicitação dos trabalhadores. Entretanto, a enfermeira 4, do mesmo município, destaca que a coordenação fez uma apresentação do programa antes da adesão da equipe, possibilitando uma abertura para discussão acerca da concordância em relação à adesão.

As tensões oriundas dessas negociações para a adesão ao programa podem ser analisadas segundo algumas noções de Bourdieu.

Para o autor, o campo é o espaço onde acontecem as relações entre diversos atores de diferentes grupos sociais. Esse espaço social, que é dinâmico, é compreendido por Bourdieu como um campo de forças, lutas e disputas, e todo campo é um campo de lutas, seja para conservar ou para transformar esse campo de forças (BOURDIEU, 2004).

Relacionando a noção de campo de Bourdieu ao contexto do PMAQ-AB, é possível associar que os trabalhadores compõem um campo, enquanto a gestão municipal compõe outro. Entendendo ainda que cada equipe, na condição de campo, também se subdivide em campos menores.

Segundo Bourdieu (2004), cada campo tem suas próprias normas, regras e interesses, assim, dentro de cada campo existem disputas para obtenção do controle, pois os agentes que compõem cada campo podem adotar uma postura de aceitação ou contrariedade às regras colocadas, ao que Bourdieu chama de “heréticas”, ou seja, a contestação às regras estabelecidas. Fazendo uma analogia, os profissionais no campo das equipes da SF se colocam em contrariedade às determinações do campo da gestão em relação à adesão ao PMAQ-AB.

Bourdieu (2004) coloca que existe uma estrutura estabelecida das relações entre os agentes, que podem ser tanto indivíduos, quanto instituições, e ela define o que podem ou não fazer, ou seja, é a posição que ocupam que define a tomada de posição. Essa estrutura é determinada pelo capital que cada agente tem.

Com relação ao capital, o autor acredita ser um recurso útil na determinação e na reprodução das posições sociais. Essa noção discute a quantidade de acúmulo de forças dos agentes de acordo com a posição que ocupam no campo. Bourdieu estabelece como formas de capital, o econômico, o social, o cultural e o simbólico.

Com relação ao capital econômico, o autor inclui os diferentes fatores de produção e o conjunto de bens econômicos. Quanto ao capital social, são as ligações permanentes e úteis entre agentes dotados de propriedades comuns. Apesar de considerar o capital econômico o eixo das outras formas de capital, o autor acredita que o capital social pode se transformar em econômico ou cultural. O capital cultural é todo conhecimento, informações e habilidades dos indivíduos que podem se originar do âmbito familiar, escolar ou buscado pelo próprio sujeito. O capital simbólico pode ser considerado o resultado das outras formas de capital em termos de reconhecimento ou de valor social, é “poder atribuído àqueles que obtiveram reconhecimento suficiente para ter condição de impor o reconhecimento” (BOURDIEU, 2004).

Para Bourdieu, o capital é o centro de permanentes disputas entre os agentes. Nesse sentido, a classe, para o autor, é uma forma de agrupamento social que surge e se mantém pela competição sem fim pelo poder ou pelo “capital”. Ela é resultado de um movimento de formação de grupos, através de lutas para imposição da classe como princípio da divisão social. Assim, as classes sociais existem segundo a distribuição de propriedades materiais e das representações produzidas pelos agentes com base no conhecimento prático que têm sobre essa distribuição.

Os sistemas simbólicos, como instrumentos de conhecimento, desempenham um papel estruturante, porque, segundo Bourdieu, são estruturados e essa estruturação transcorre do poder de integração social que os sistemas simbólicos têm para estabelecer determinado consenso, sendo esse hegemônico, isto é, de dominação. Assim, as relações de comunicação são sempre relações de poder, que dependem do poder simbólico de cada agente, de modo que o que se vê é uma luta simbólica entre as diferentes classes para imposição da “definição de mundo social de conforme seus interesses”. Para Bourdieu, “o poder simbólico, como poder de



constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer [...] só se exerce se for reconhecido” (BOURDIEU, 1989).

Concernente à adesão das equipes ao PMAQ-AB, observa-se uma aproximação com as noções trazidas por Bourdieu a respeito das tensões existentes nas relações, nesse caso, a dos trabalhadores e dos gestores, quando os últimos se utilizam de um poder simbólico para a obrigatoriedade da adesão dos profissionais ao programa, impondo, assim, seus interesses, estabelecendo uma relação de dominação.

Os profissionais, por sua vez, num reconhecimento, talvez até inconsciente desse poder simbólico do gestor e da divisão de classes, impõem uma resistência ou uma oportunidade de acordo, ao reivindicar recompensa financeira para adesão ao programa, ocorrendo aí uma luta pelo capital econômico.

Nessa perspectiva, o campo de lutas e de tensões identificado nas relações entre as equipes de saúde da família e os gestores no que se refere ao programa deve ser espaço de conflitos mas de reflexão e superação. Apesar das diversas lacunas existentes em relação ao PMAQ-AB, quanto à sua estruturação, formas de adesão, diálogo fragmentado, pouca clareza quanto ao recebimento e uso dos recursos, ainda assim parece ser uma ferramenta potente para o avanço da concretização dos princípios do SUS e das diretrizes da Atenção Básica.

Retomando as últimas falas, identifica-se também como ponto relevante que a enfermeira 3, do município 2, aponta que a equipe já tinha uma experiência prévia no processo de avaliação do PMAQ-AB e que a experiência anterior foi negativa, alegando que a prefeitura não dava incentivo. O relato nos remete ao instrutivo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), que menciona que os resultados alcançados na autoavaliação assim como na avaliação externa devem ser revisitados tanto pelas equipes quanto pelos gestores no sentido de subsidiar o planejamento das ações, mas esse movimento parece não estar ocorrendo, o que coloca a credibilidade do programa em xeque, pois sem o movimento permanente de avaliação do trabalho, com reorganização das ações a partir dela, o programa não atinge seu potencial máximo nem os objetivos propostos, tornando-se apenas mais uma tarefa para burocratizar o trabalho.

Outra questão a se considerar é que as etapas do processo de adesão parecem não estar claras nem para os gestores nem para as equipes.

Tiveram reuniões também com a gestão para gente discutir sobre a autoavaliação, pra gente ver as coisas que precisavam ser melhoradas até pra que o município também não fosse pego de surpresa, porque pelo que a gente percebeu na época, a própria gestão também não sabia muito bem como era o processo do PMAQ, então era tudo novidade. Enf 2, m1.

Eu só gostaria de enfatizar a questão, assim a importância dos nossos gestores, de explicarem melhor a questão do PMAQ. Enf 2, m 2.

Pode-se observar, pela leitura do instrutivo dos três ciclos, que as etapas de adesão assim como os padrões a serem trabalhados pelas equipes na busca pela melhoria do acesso e da qualidade, apesar de sofrerem mudanças de um ciclo para o outro, têm essência semelhante. Assim, poder-se-ia supor que os municípios que estão no programa desde o primeiro ciclo, caso dos que estão sendo estudados, apresentariam maior conhecimento e domínio sobre o modo de funcionamento do programa. No entanto, nesse caso, parece não ter ocorrido, o que talvez possa ser justificado pelo fato de a alta rotatividade dos profissionais que atuam na ESF não permitir o acompanhamento contínuo do desenvolvimento do programa desde a sua implantação até a realização do último ciclo.

Outra questão relevante é que, de acordo com o instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2015a), a primeira fase consiste na contratualização de compromissos e indicadores de saúde e é nessa etapa que os gestores municipais poderão indicar as equipes que participarão da avaliação. Em seguida, está a etapa de pactuação entre os gestores municipais e as equipes, assim, inicialmente, o gestor indica as equipes que julga terem potencial para a adesão ao programa, entretanto essa adesão só ocorre de fato quando a equipe, após a leitura dos padrões e dos compromissos, decide pela pactuação, assina o termo, que é validado no sistema do PMAQ-AB. Sendo assim, parece que não ficou claro nem para as equipes nem para a gestão que, apesar da indicação inicial do gestor municipal, a equipe poderia se recusar a assinar o termo e também não fazer a validação no sistema do PMAQ-AB, de maneira que fica evidente uma imposição sobre o processo de adesão, mas que não fica claro se ela ocorreu na etapa em que os gestores apenas deveriam indicar equipes potenciais para a participação, com a necessidade de consentimento final do grupo, ou se de fato houve uma obrigatoriedade institucional.

Tal afirmativa é constatada, sobretudo, pela contradição na narrativa de enfermeiros do mesmo município, em que um deles afirma ter havido um diálogo inicial para a apresentação do programa, enquanto outro menciona a imposição.

Apesar das contradições que foram evidenciadas a respeito da atuação do gestor municipal, observou-se que a participação efetiva da gestão durante todas as fases do programa é fundamental para que o processo resulte não somente em ações exitosas, mas que seja baseado no diálogo e na construção conjunta tanto do estabelecimento das necessidades, quanto na elaboração do planejamento, com vistas ao redirecionamento das ações necessárias ao alcance dos padrões. O estudo trouxe uma contradição no discurso dos enfermeiros a respeito da participação da gestão durante o processo, que pôde ser observado tanto entre atores dos diferentes municípios, quanto nas falas de enfermeiros do mesmo município.

Tiveram reuniões também com a gestão para gente discutir sobre a autoavaliação, pra gente ver as coisas que precisavam ser melhoradas. Enf 2, m1.

Na unidade nós fizemos várias reuniões noturnas com toda equipe médico, agentes, técnicos e, em março de 2016, a gente fez toda a autoavaliação e partir dela a gente deu aquele resultado, a classificação e a partir dali a gente começou a fazer a matriz de intervenção. Fizemos a matriz de intervenção e depois das matrizes prontas, a gente encaminhou pra coordenação e depois a gente teve algumas reuniões com a coordenação da época, que participaram de reuniões com a equipe também. Enf 3, m1.

O complicado é que a gente precisa de ajuda e aí não só da equipe e isso acaba frustrando a gente, e a equipe, às vezes, não apoia e a gestão também não. Enf 3, m2.

Nos recortes acima, identifica-se que, no município 1, a enfermeira contou com o apoio da gestão na etapa de autoavaliação, enquanto a enfermeira do município 2 afirma não ter recebido o mesmo apoio. Entretanto, nos relatos abaixo, identifica-se que os enfermeiros do município 2, discordam a respeito da questão do apoio dado pela gestão.

Então a gente fez um planejamento com as metas que a gente tinha que alcançar e aí ia conferindo aquilo que a gente ia conseguindo alcançar, junto com o apoiador da época, aí a gente fez um planejamento, conforme ia alcançando, vinham outras metas pra gente alcançar, a construção da matriz. Enf 1, m2.

Perante a gerência, nós tivemos orientação, de como serem feitas algumas atividades, e a equipe foi fazendo algumas ações. Enf13, m2.

O problema foi a parte da ajuda da prefeitura, lá da secretaria. Porque foi tudo feito só por nós, eu e os ACS. Enf5, m2.

Tendo como referência as falas, foi possível perceber que algumas equipes do município 2 tiveram o acompanhamento de um apoiador, sendo ele um mediador entre a gestão e a equipe. Esse ator contribuiu no estabelecimento das metas a serem alcançadas e na construção da matriz de intervenção, instrumento proposto pelo programa para a elaboração de ações voltadas à resolução de problemas identificados durante a autoavaliação. Entretanto o enfermeiro 5 afirma que desenvolveu todas as ações com sua equipe e que não teve nenhum apoio da prefeitura no desenvolvimento das ações necessárias para atender ao programa.

Apesar das falas, é preciso considerar o apoio da gestão sob duas perspectivas, tanto no que se refere à análise dos padrões colocados pelo PMAQ-AB e modos de reorganização do processo de trabalho de maneira a contribuir para seu alcance, quanto no que se refere ao apoio financeiro que deve ser fornecido pela secretaria de saúde às equipes para a melhoria do trabalho desenvolvido, sendo esse um ponto que será analisado mais à frente, quando os enfermeiros colocarem suas avaliações em relação ao financiamento do programa.

De acordo com o instrutivo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), são compromissos do município em relação ao programa:

1. Garantir a composição mínima da(s) Equipe(s) de Atenção Básica (incluindo as equipes de saúde bucal e do(s) Núcleo(s) de Apoio a Saúde da Família) participante(s) do Programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
2. Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por cada Equipe de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do NASF, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e traduzidas nos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo Programa;
3. Realizar pactuação com os profissionais da(s) equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF para contratualizar a participação no PMAQ;
4. Aplicar os recursos do Programa em ações que promovam a qualificação da Atenção Básica;
5. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipes de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF;
6. Instituir Processos de Autoavaliação da Gestão e da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participante(s) do Programa;
7. Implantar Apoio Institucional e Matricial à(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, ao(s) NASF no município;
8. Realizar ações de Educação Permanente com/para a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, o(s) NASF;
9. Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada na(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde;
10. Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (eSUS AB/SISAB), com informações referentes a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal e NASF participante(s) do Programa, permitindo o seu monitoramento permanente;

11. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município;
12. Apoiar a realização do processo de Avaliação Externa da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participantes do Programa, recebendo as equipes de avaliadores da qualidade e auxiliando-os no contato com as equipes a serem avaliadas, quando necessário;
13. Utilizar os resultados dos indicadores e da avaliação externa para auxiliar na pactuação de prioridades de investimentos para melhoria da qualidade na Atenção Básica.

A figura do apoiador, conforme relato do município 2, parece atender ao cumprimento de um dos compromissos do município em relação ao programa, conforme visto acima e apesar de, nos relatos do município 1 não aparecer o nome “apoiador”, identificou-se nas falas que há profissionais que desempenham esse papel, conforme recorte a seguir:

A pessoa do planejamento de saúde que trabalha na Secretaria de Saúde, né? Ela veio junto com a coordenação da estratégia e a gente foi revendo, né? Ela dizia: “Você não estava fazendo assim, desse jeito”...então foi muito positivo. Enf1, m1.

Ainda a respeito ao processo de adesão, chama a atenção como um ponto interessante a influência do enfermeiro na sensibilização da equipe para o engajamento no programa. Surgem algumas falas que retratam uma resistência inicial dos integrantes da equipe sobre a participação no PMAQ-AB, mas que são diluídas pela condução do enfermeiro.

A princípio, a equipe não queria participar devido a esse processo preciso ter sido algum imposto, eles resistiram um pouco, mas como eu vi que a proposta traria benefícios para unidade assim em relação à questão de organização de levantamento de dados e depois de várias reuniões, nós conseguimos envolver a equipe, com a proposta e quando teve a avaliação, a equipe estava muito unida e coesa, com os quesitos que seriam avaliados. Enf 2, m2.

Numa próxima adesão, a minha equipe não quer. Não quer, não quer, porque da última vez eles já não queriam. Eu que os convenci. Enf 7, m2.

O desenvolvimento do PMAQ teve um pouco de conflito, teve a resistência de toda a equipe e o desenvolvimento, meio que foi feito aos trancos e barrancos a gente conseguiu fazer mas foi bem difícil. Enf 14, m2.

Houve resistência de todos os grupos para fazer, na época o grupo dos ACS eles estavam muito consolidados com relação à equiparação dos salários deles aos agentes de endemias então estava muito insatisfeitos (...)E aí era escolheram representante de ACS, porque são 42 ao todo, enfermeiros, e nos reunimos, todos os médicos, com o secretário de saúde

e secretária de administração e depois que tudo ficou claro, sobre os valores, a adesão foi feita. Enf 1, m1 .

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2017), algumas das atribuições do enfermeiro da ESF são:

Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;

A atuação do enfermeiro na ESF está bastante voltada para a consulta de enfermagem, que, de modo geral, está programada considerando os ciclos de vida e baseada nos protocolos do Ministério da Saúde, entretanto as atividades gerenciais aparecem de modo significativo, pois estão sob sua responsabilidade o planejamento, o gerenciamento e a avaliação das ações tanto dos ACS quanto dos demais profissionais que compõem a equipe.

Nesse sentido, observa-se que, no desempenho dessas atividades, o enfermeiro pode exercer fortemente sua liderança, podendo mobilizar a equipe para o desenvolvimento de ações que considerar relevantes e que possam ser positivas tanto para os profissionais, quanto para a população assistida. Por outro lado, do mesmo modo que é capaz de mobilizar o grupo em uma direção positiva, também pode fazer numa direção contrária, levando a equipe a um posicionamento de enfrentamento muito mais para o lado da revolta do que para a resistência de cunho político, de modo que o enfermeiro pode tanto agregar, quanto desagregar, dependendo de seu posicionamento ético.

Daí a importância de o enfermeiro desenvolver habilidades como empatia, responsabilidade, comunicação e gerenciamento efetivos, capacidade de relacionar-se bem com a equipe e ainda capacidade de estabelecer um relacionamento interpessoal saudável, buscando ser íntegro, justo e ético em suas relações.

Fato é que, ao exercer sua liderança, o enfermeiro é capaz de influenciar pessoas para que juntos consigam alcançar o mesmo objetivo (BERGAMINI, 1994; ELIAS et al., 2016) e no caso do PMAQ-AB nos municípios investigados, é possível comprovar essa citação, o que o coloca, nesse caso, tanto numa posição favorável, por utilizar dessa habilidade para sensibilizar a equipe no engajamento do trabalho exigido pelo programa, como também pode levá-lo à condição de “réu” por ter

conseguido o envolvimento do grupo para a participação no PMAQ-AB, muitas vezes sem conseguir resposta para algumas necessidades exigidas pelo próprio programa junto aos gestores municipais, como recursos materiais e outros, conforme será abordado mais adiante.

## **5 2ª CATEGORIA: PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO E SUA RELAÇÃO COM O PMAQ-AB**

Essa categoria pretende caracterizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF nos dois municípios.

Ao questionar os participantes sobre como caracterizavam suas práticas de cuidado, foi comum uma dificuldade no reconhecimento dessas práticas, de modo que foi necessário refazer a pergunta, associando as práticas de cuidado às atividades desenvolvidas no cotidiano.

A experiência do questionamento foi importante, tanto para os participantes quanto para a pesquisadora, pois a pergunta provocou uma breve reflexão a respeito do fazer do enfermeiro, que levou a um reconhecimento desse profissional acerca do valor técnico das práticas que desempenha e também poder reconhecer suas atividades como práticas de cuidado.

### **5.1 Consultas de enfermagem: cuidado e acolhimento**

A prática de cuidado com maior destaque nas entrevistas foi a consulta de enfermagem. Tal achado confirma outros estudos que também evidenciam a consulta como uma das atividades prioritárias do enfermeiro na ESF (ABRAHÃO; AMARAL, 2017; FORTE et al., 2018; FREITAS; SANTOS, 2014):

A Consulta de enfermagem, de um modo geral. Enf14, m2.

As práticas são em cima do que já é preconizado pelo Ministério da Saúde, como as consultas que a gente faz. Enf2, m1.

Dois pontos chamam a atenção a respeito da identificação da consulta de enfermagem como uma das principais práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF. Um deles é que a consulta de enfermagem não se esgota ao final da consulta, ela vai além do seu término, pois o enfermeiro deve se responsabilizar pelo cuidado do usuário também durante sua caminhada na rede de



serviços de saúde, quando é necessário acompanhar seu acesso aos serviços para os quais possa ter sido encaminhado, assim como o acesso a exames complementares que possam ter sido solicitados no atendimento de enfermagem, como se observa na fala abaixo:

Tudo o que você faz é uma prática de cuidado da gente, você vai atender essa pessoa, ela é hipertensa, tá cuidando dela, aí você vê uma consulta para ela, então você vai vendo o todo... o cuidado, tudo então eu vejo é que é o trabalho do enfermeiro desde a chegada dele (o paciente) até a saída e depois (da consulta) e a gente vai desenvolvendo práticas de cuidado. Enf6, m2

A preocupação do enfermeiro na continuidade do cuidado mostra clareza a respeito da sua responsabilidade na concretização dos princípios do SUS e da Atenção Básica (BRASIL, 2017), como confirma a fala acima, que aponta o olhar atento do profissional a respeito da busca pela integralidade do cuidado e se coloca como mediador nesse processo.

A consciência de seu papel também traduz conhecimento e a consolidação de uma das diretrizes da Atenção Básica, que é a da longitudinalidade, que pressupõe o estabelecimento do vínculo, e também da responsabilização contínua pelos usuários, acompanhando os efeitos das ações em saúde, evitando a perda de referências. Assim como a longitudinalidade, outras diretrizes observadas são a coordenação do cuidado, que aponta a responsabilidade no acompanhamento do usuário nos diversos pontos da rede de atenção à saúde (RAS) e ainda a ordenação da rede, que significa reconhecer as demandas de saúde da população adscrita e organizá-las dentro da RAS (BRASIL, 2017).

Reconhecer que o cuidado não termina ao final da consulta de enfermagem é qualificar e ampliar esse cuidado.

O outro ponto que chama a atenção é a compreensão de que o cuidado deve estar voltado para o sujeito como um todo e, nesse sentido, é preciso estar atento para além das demandas trazidas pelo usuário no momento da consulta, ao invés de se limitar a uma queixa mencionada como o motivo do atendimento. As falas, a seguir, apontam o que os enfermeiros consideram relevante sob o olhar holístico.

Eu atuo numa comunidade que precisa ser assistida holisticamente, o holístico a gente diz assim, por exemplo, a mulher vem pra consulta é de saúde da mulher, mas como está o seu psicológico?. Enf5, m1.

A gente vai cuidando de maneira holística, que apesar dela vir pro atendimento de gestante, por exemplo, eu preciso pensar nela também numa linha de cuidado, como a gestante que pode ser também diabética, hipertensa, tentar pensar fora da caixinha. Enf 3, m1.

Diante dessas colocações, salienta-se a relevância das bases filosóficas e das teorias que consolidam a enfermagem como ciência e que, portanto, devem subsidiar as práticas do enfermeiro da ESF. Nesse sentido, a teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson contribuiu para a discussão. A teórica compreende o ser humano como um complexo biológico social e espiritual, que não pode ser dissociado, sendo que o cuidado se dá na relação entre sujeito/paciente e o profissional, através do compartilhamento de vivências e sentimentos (WATSON, 2011).

A teoria busca, entre outros, um cuidado baseado na ética, na preservação da dignidade e autonomia dos sujeitos e na humanidade. Destaca-se ainda que Watson sugere uma aproximação do conhecimento técnico com uma postura mais acolhedora do enfermeiro, já que para a autora o cuidado humano transpessoal se dá numa interação entre as subjetividades do enfermeiro e do usuário, e essa relação pode ir além do material ou emocional, podendo transcender o senso espiritual (WATSON, 2011).

A teoria de Watson mencionava os valores humanos por meio dos fatores de cuidado, através do cultivo de um sistema humanista-altruísta, na fé, na esperança e na sensibilidade, entretanto, a partir de 2005, os fatores de cuidado foram substituídos pelos chamados elementos do processo *clinical caritas* em que a autora amplia seus conceitos, incluindo, no processo de cuidar, uma atenção cuidadosa do profissional, uma abordagem sensível, em que se pretende fazer a “evocação ao amor e cuidado conectados com uma dimensão existencial-espiritual e com as experiências e processos da vida humana” (WATSON, 2007; WATSON, 2011).

Citar o fundamento da teoria de Watson parece exigir uma aproximação com o Cuidado Centrado na Pessoa, outra diretriz da Atenção Básica que indica que as ações de cuidado devem ser desenvolvidas de modo singular, sendo construídas com as pessoas, de acordo com suas necessidades, considerando seus modos de viver, sua família e a comunidade em que vive (BRASIL, 2017).

Assim, está posto que, para a construção do cuidado, fazem-se necessários um investimento na reflexão das relações interpessoais que se dão durante as ações assistenciais e, mais ainda, uma reflexão profunda sobre a origem e significados sociais do adoecimento. Assim, o enfermeiro precisa fazer da consulta um espaço de encontro verdadeiro e intersubjetivo, baseado em diálogos genuínos, de escuta aberta e de aproximação entre os saberes técnico e popular, uma relação empática.

Nessa direção, pode-se dizer que a capacidade de escuta e a postura empática traduzem uma tecnologia comumente utilizada pelo enfermeiro da ESF, o Acolhimento, que surge nesse estudo como uma das práticas de cuidado destacadas pelos enfermeiros, como se observa nas falas a seguir:

Eu acredito que até um acolhimento seja uma prática de cuidado, né, então assim o acolhimento, as consultas de enfermagem. Enf 6, m2.

Eu faço de acolhimento, a nossa consulta, né, de enfermagem. Às vezes as pessoas chegam lá, e só querem saber das coisas, como funcionam...precisamos dar orientação...o nosso cuidado é além... Enf 9, m2.

A triagem, o atendimento, o acolhimento, é tudo dentro do padrão, a gente tenta fazer o melhor possível. Enf 4, m1.

As práticas, além das consultas que a gente faz, também tem o acolhimento. Enf 2, m1.

O Acolhimento, na condição de uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), pretende provocar mudanças nas relações que envolvem gestores, trabalhadores e usuários. A proposta é que o acolhimento possa ser construído de modo coletivo, com o envolvimento dos diversos atores que participam dos processos de produção de saúde. Para tanto, deve ter como premissa que as relações devem estar pautadas no compromisso, vínculo, escuta e confiança (BRASIL, 2010).

Segundo Merhy (2005), o acolhimento contribui para novas formas de produção de cuidado, sendo apresentado como uma parte do processo de trabalho que os serviços de saúde desenvolvem a partir da relação com o usuário (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

O acolhimento pode contribuir ainda para uma nova significação das relações entre os trabalhadores, potencializando sua capacidade resolutive, pela troca de saberes e da escuta (PANIZZI, FRANCO, 2004).

Ayres (2006) coloca que exercer uma escuta de qualidade é uma decisão. Nesse caso, o que permite a decisão de dialogar com outro é a responsabilidade que os atores assumem, um diante do outro, sendo essa responsabilidade fundamental para haver o cuidado e o estabelecimento do vínculo. Nesse sentido, pode-se dizer que Ayres está se referindo a uma das principais características do trabalho desenvolvido na Atenção Básica, que é a utilização de tecnologias complexas, sobretudo as tecnologias-leves, que são as tecnologias das relações, que, segundo Merhy (2005), são aquelas relacionadas ao estabelecimento do vínculo, ao acolhimento e à humanização do atendimento.

Diante dos conceitos trazidos, entende-se que o acolhimento na Atenção Básica pode contribuir no acesso dos usuários aos serviços de saúde, já que a escuta qualificada pode produzir um diálogo que contribua para que o profissional de saúde compreenda as demandas do usuário e, a partir disso, consiga realizar referências, ofertar opções existentes na rede de saúde e até mesmo dialogar com o usuário sobre a RAS e sua organização. Assim, o acolhimento pressupõe, além da escuta e do diálogo, dar resolubilidade às demandas trazidas pelos usuários, e é nesse encontro que se torna possível o exercício da empatia, da solidariedade, do afeto, da aproximação do saber técnico com o saber científico, que, por fim, contribuem para a formação do vínculo.

Acolhimento pressupõe movimento de reorientação de práticas de saúde segundo uma postura diferenciada dos trabalhadores da saúde, que deve estar apoiada no compromisso de colocar o usuário no centro do cuidado. Não obstante, um dos pontos fundamentais para que o profissional seja capaz de adotar essa atitude como uma prática de cuidado no seu cotidiano é que também se sinta acolhido. Durante as entrevistas, surgiram colocações importantes a esse respeito, que contribuem para a análise quando se observa que o enfermeiro também atua como um cuidador de sua equipe, o que, ademais, surge como uma prática de cuidado, conforme se observa nas falas abaixo:

Aqui dentro da unidade também a gente tem que cuidar de quem tá aqui também, porque na verdade a gente precisa tanto de cuidado quanto o paciente. A gente vive numa... a gente tá passando por momentos muito

diffíceis, é.. aqui dentro da unidade a gente tem muito afastamento. Enf 3, m2.

O relacionamento com a equipe também é uma prática de cuidado de saúde do trabalhador. Às vezes, você acolhe também o cuidador. Enf 6, m2.

Muitas vezes, eu atendo pessoas que atuam aqui na própria área da saúde e que vêm pra uma avaliação de saúde da mulher e aí eu pergunto, como você tá? E a pessoa começa a chorar e, então, eu preciso cuidar. Enf 5, m1.

Estudos evidenciam inúmeros problemas colocados pelos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, desde insuficiência de materiais de trabalho, até aqueles relacionados aos problemas de relacionamento entre a própria equipe, e da equipe/profissional com os gestores. Estrutura física inadequada, grande demanda de atendimento, número de população do território coberto maior do que o recomendado, falta de medicamentos, déficit salarial, falta de transporte para a realização de visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos nas consultas ou outros atendimentos, falha na gestão são alguns problemas comumente relatados (ALVARENGA et al., 2018; FAUSTO; FONSECA, 2013; SIMÕES; FREITAS, 2016; SORATTO et al., 2017).

Algumas dessas questões poderiam e deveriam ser resolvidas, encaminhadas ou problematizadas pelo PMAQ-AB, na medida em que o programa propõe, antes de tudo, que a equipe assim como os gestores procedam a uma autoavaliação e, a partir dela, estabeleçam um planejamento com atividades voltadas à resolução dos nós críticos identificados no momento avaliativo. A considerar que, a partir da adesão, cada equipe passa a receber um percentual para que com esse recurso possa adequar a estrutura física da sua unidade, muitos problemas relacionados à falta de material, por exemplo, poderiam ser solucionados. Além do que o movimento de adesão assim como a reorganização dos processos de trabalho devem ser momentos permanentes de construção conjunta entre equipe-equipe, equipe-gestão, equipe-usuários. No entanto, apesar da provocação que a participação no programa incita, parece ainda pressionar os trabalhadores tanto quanto apoia, mais exigindo ajustes do que colaborando com eles.

Independentemente da participação do PMAQ-AB, é notória a necessidade de um olhar voltado para a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, e para tanto, ações pontuais não serão suficientes para dar conta das demandas trazidas por esses profissionais, de modo que se torna fundamental o investimento em Políticas Públicas efetivas, voltadas para a saúde do trabalhador.

A portaria nº1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora, coloca como alguns de seus objetivos:

- a) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território;
- b) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores;
- c) participação dos trabalhadores e suas organizações;
- d) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho (BRASIL, 2012).

Identifica-se aqui que é imprescindível uma análise dos gestores acerca dos modos de produção na saúde e das suas repercussões na saúde dos trabalhadores, no sentido de identificar associações entre as relações de produção e consumo e o processo de saúde/adoecimento dos trabalhadores. Considerando o trabalho como o cerne da vida social dos sujeitos, portanto, determinantes em sua saúde, é preciso pensar em como se dão os processos produtivos, de modo a contribuir para que eles sejam processos de promoção da saúde, não de adoecimento.

Profissionais de saúde desmotivados, com condições precárias de trabalho, sem oportunidade de escuta pelos gestores, sem se sentir parte dos processos decisórios, dificilmente se colocarão engajados em propostas que, em seu ponto de vista, lhes deem mais trabalho do que recompensas, conforme parece ser no caso do PMAQ-AB. Nesse sentido, parece ser contraditório um programa que propõe melhorar a qualidade e o acesso dos usuários aos serviços de saúde, sem, contudo, conseguir garantir a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores.

No que se refere às políticas voltadas para o cuidado com o trabalhador, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe, como uma de suas diretrizes, a valorização do trabalho desempenhado pelo profissional da saúde. Essa valorização inclui permitir sua participação na gestão do serviço, através de relações e posturas mais democráticas, oferta de condições satisfatórias de trabalho, salários adequados e também garantir aos trabalhadores o acolhimento às suas necessidades enquanto acolhem as demandas dos usuários (BRASIL, 2013).

Além da PNH, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) também se constitui como uma ferramenta importante no processo de mudança das relações de trabalho tanto entre gestores e trabalhadores, quanto entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. A proposta da PNEP está firmada na aprendizagem

significativa que se dá no cotidiano de trabalho, considerando os problemas identificados na realidade, para os quais se buscam soluções, tendo em vista as vivências de cada ator envolvido no processo, que podem resultar em transformação tanto no plano micropolítico quanto no macro, dependendo de como as questões serão conduzidas (BRASIL, 2009b).

A PNH assim como a PNEP são estratégias que pretendem, entre outros objetivos, contribuir para a concretização dos princípios do SUS. As propostas são, de fato, contribuições importantes e se tornam referência para o desenvolvimento do trabalho, mas para sua operacionalização, são necessários, além de conhecimento de tais políticas, desejo e investimento do gestor na adoção das práticas propostas bem como a criação de mecanismos de acompanhamento dessas práticas em nível estadual e federal, pois, de outro modo, são só diretrizes que não saem do papel tampouco são incorporadas pelos trabalhadores aos serviços de saúde.

Do mesmo modo, o PMAQ-AB deve ser compreendido como uma oportunidade de avaliação e redirecionamento do trabalho, mas desenvolvido segundo o conhecimento e a escolha dos trabalhadores na participação, uma vez que, se imposto aos profissionais, poderá ser mais problema do que solução, e reforçará as relações de dominação e autoritarismo que contribuem para o não acolhimento da gestão pelos profissionais e para seu não acolhimento pelos usuários, criando, assim, um ciclo vicioso.

Após a discussão acerca do acolhimento, em que se abordou também o acolhimento ao trabalhador, retoma-se à consulta de enfermagem na condição de prática de cuidado do enfermeiro na ESF. Os participantes descreveram a consulta de enfermagem considerando os protocolos do Ministério da Saúde, apontando que os atendimentos têm se dado de acordo com os ciclos de vida, conforme retratam as falas abaixo:

As práticas são em cima do que já é preconizado pelo Ministério da Saúde. Enf 2, m1.

Eu acho que a parte de cuidado a gente continua fazendo o que manda o protocolo. Enf4, m1.

Além do que a gente realmente faz, que a gente tem que fazer dos programas, atender todos os ciclos de vida, né? Enf.3, m2.

Olha, tudo, tudo protocolado pelo Ministério a gente consegue desenvolver, com pequenas restrições. Enf1, m2.

Entre as consultas de enfermagem, destacou-se a consulta na área da Saúde da Mulher, com ênfase nas consultas de pré-natal de baixo risco e nas consultas ginecológicas, em que se destacam as ações de prevenção do câncer de colo de útero, como a coleta de material citopatológico, e aquelas voltadas à prevenção do câncer e mama através do exame clínico e da solicitação de mamografias.

Então, hoje como primeiro tipo de consulta, a gente atende as gestantes, durante as consultas de pré-natal aqui na unidade, [...], a gente faz a consulta de pré-natal. Enf 11, m2.

Eu desenvolvo preventivo, pré-natal de baixo risco, do início ao final, abordagem sindrômica na saúde da mulher. Enf 4, m2.

Consulta de enfermagem, atendimento à saúde da mulher, que envolve pré-natal e consulta puerperal para mulher. Enf 14, m2.

Atendo gestantes, puérperas, nós estamos no meio do caminho pra receber a placa da Amamenta, então a gente tá trabalhando muito. Enf, 5, m1.

Tem a parte do preventivo que a gente pode colher, tem a parte do pré-natal, que a gente pode prescrever para as gestantes, temos a possibilidade de estar pedindo uma ultrassom, uma transvaginal. Enf 4, m1.

A gente faz a coleta de preventivo então a gente faz consulta de prevenção do câncer de colo de útero e de mama e, nessas consultas, a gente também solicita exames complementares, como a mamografia, por exemplo. Enf 11, m2.

A redução da mortalidade materna e infantil sempre foi considerada prioridade pelo governo federal, com desdobramentos para estados e também municípios, sobretudo por meio de ações desenvolvidas pela estratégia de saúde da família (BRASIL, 2004).

No período de 1999 a 2001, o Ministério da Saúde apontou redução significativa na mortalidade materna, atribuindo essa queda à melhoria da qualidade no atendimento voltado para a saúde da gestante, e continuou investindo em ações para que a redução da mortalidade se mantivesse. Assim, no ano de 2004, o governo federal estabeleceu o Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, que determinava, como uma das ações estratégicas, a ampliação da Estratégia da Saúde da Família, que contribuiria na maior oferta de ações voltadas ao planejamento familiar, ao pré-natal, à saúde da criança, do acompanhamento pós-parto e puericultura (BRASIL, 2004).

Diante disso, é possível associar as falas dos enfermeiros à proposta estabelecida pelo Ministério da Saúde aos serviços de priorização do cuidado na



área de saúde da mulher, com vistas à melhoria da qualidade do pré-natal, considerando a atenção básica um dos espaços para que ocorressem tanto a expansão do atendimento, quanto a ênfase na qualidade da assistência nessa área.

Estudos apontam uma associação da atuação dos enfermeiros da ESF à melhor qualidade no pré-natal, considerando diversos aspectos, como, por exemplo, vínculo fortalecido entre enfermeiro e gestante, escuta qualificada e melhor acolhimento, compreensão da gestante como sujeito biopsicossocial, fornecimento de orientações sobre a gestação, parto, cuidados com o recém-nascido, amamentação, vacinação, contribuindo para o vínculo entre mãe e bebê, promoção da integração do pai no processo, ainda trabalhando os medos e angústias relacionados ao momento da gestação (DUARTE; ALMEIDA, 2014; ROCHA, ANDRADE, 2017; TOMASI et al., 2017).

Pode-se dizer que as demais práticas de cuidado relacionadas à saúde da mulher também avançaram e, de algum modo, podem estar associadas às estratégias de redução da mortalidade maternal e infantil, como as consultas de puerpério, as de planejamento familiar e as de prevenção de câncer de colo do útero e de mama, considerando que a mulher tem sido vista em sua totalidade pelo enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família.

Um ponto que merece destaque acerca das falas anteriores é que as consultas de enfermagem têm sido realizadas segundo protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Araújo (2017), os protocolos assistenciais são ferramentas importantes que norteiam a prática do enfermeiro, proporcionando “segurança no fazer”, e os apoiam “nos seus não saberes”, no entanto, para a melhoria dos processos de cuidado, faz-se necessária uma construção compartilhada desses instrumentos, já que o processo dialogado aguça o conhecimento e o aprofundamento teórico, qualificando a prática de cuidado.

O estabelecimento de tais protocolos tanto pode contribuir para que estados e municípios adotem condutas homogêneas, o que, em termos de avaliação e determinação de padrões, como é o caso do PMAQ-AB, é um ponto positivo, como também podem engessar práticas, restringindo a atuação do enfermeiro e de outros profissionais, tornando o protocolo uma ferramenta limitadora.

Ainda que os protocolos sejam instrumentos significativos para guiar a prática do enfermeiro, sua utilização sem sustentação no pensamento crítico leva à

reprodução de práticas de cuidado limitadas, com enfoque no modelo biomédico, sem contextualização das questões históricas, sociais, subjetivas e políticas que permeiam o processo de adoecimento.

Nessa perspectiva, convém aos gestores e profissionais atentar para essas situações no intuito de problematizar as condutas e orientações, adequando-as à sua realidade, conforme ocorreu no município 1, segundo a fala a seguir:

O Ministério coloca o exame para toxoplasmose no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, mas o especialista coloca que precisava ser no segundo. O ginecologista e o obstetra também colocam que precisa ser no segundo trimestre, a gente foi lá, sentou e definiu que sim e isso foi muito positivo também, essa aproximação, fruto que o PMAQ fomentou. Enf.1, m1.

Observa-se que o PMAQ-AB, ao provocar uma avaliação dos serviços, contribui para uma aproximação dos diversos níveis de atenção, o que repercute na adoção de novas práticas, construídas em consonância com a realidade local, potencializando as ações da atenção primária, que se tornam mais resolutivas.

Ainda dentro da Consulta de enfermagem, o atendimento aos hipertensos e diabéticos aparece ora como um cuidado já consolidado no cotidiano do enfermeiro, ora como uma prática determinada através do PMAQ-AB, como se observa na fala da enfermeira1, do município 1.

Eu faço consulta de hipertenso e de diabético. Enf 5,m2.

A gente faz também acompanhamento de hipertenso e diabético então, eu faço verificação de pressão arterial, medidas antropométricas, teste de glicose. Enf 10, m2.

Temos também a parte da consulta dos hipertensos e diabéticos. Enf4, m1.

Algo que tava muito nebuloso pra gente, que era hipertenso e diabético com o término do hiperdia, a gente teve que começar a fazer...Enf 1, m1.

As práticas de cuidado na área de hipertensão e diabetes aparecem muito mais voltadas para os grupos de educação em saúde, como se identificará mais adiante. Embora alguns enfermeiros mencionem realizar a consulta de enfermagem, poucos relatam sobre as ações que desenvolvem durante esse atendimento, surgindo apenas uma fala que cita, como alguns procedimentos, a realização do

teste de glicemia, a verificação de medidas antropométricas e a verificação de pressão arterial.

Estudos evidenciam que estratégias interativas e em grupo, apoiadas em relações dialógicas, que permitam uma reflexão crítica sobre sua situação de saúde, apresentam maior efetividade na ESF (BEZERRA, 2017; MENDONÇA, NEVES, 2015; XAVIER, 2015). Assim, é interessante pensar que o enfermeiro pode dispor de diversos espaços de interação com os usuários, além das consultas de enfermagem, para a realização de orientações, avaliação da adesão ao tratamento, hábitos nutricionais e outros. É importante reconhecer que, dependendo do tema e do público alvo, a abordagem pode ter melhor repercussão nos grupos, como parece ocorrer nos municípios investigados, no que se refere às práticas de cuidado voltadas para os hipertensos e diabéticos.

Outra área mencionada pelos participantes no que diz respeito à consulta de enfermagem foi a puericultura, mas foi observado que, no município 1, essas atividades ainda estão sendo estruturadas, enquanto no município 2, parece já estar incorporadas ao cotidiano dos enfermeiros.

Além do que a gente realmente faz, que a gente tem que fazer dos programas, atender todos os ciclos, né? Os cuidados mesmo, a gente também faz puericultura (...), atende as crianças. Enf 3, m2.

Eu desenvolvo preventivo, pré-natal de baixo risco do início ao final, abordagem sindrômica na saúde da mulher, puericultura, puerpério. Enf4, m2.

Então, eu faço a consulta de puericultura com o acompanhamento da criança menor de dois anos. Enf10, m2.

Um dos cuidados , são as consultas de puericultura, em que a gente acompanha o crescimento e o desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos. Enf2, m2.

Dentro da consulta de enfermagem, tem a atenção à saúde da criança, através da Puericultura. Enf 4, m2.

Tendo como referência as entrevistas, entende-se que no município 1 a consulta de puericultura pelo enfermeiro ainda não está bem definida pelo fato de o município ofertar consultas com pediatra em cada unidade de saúde da família, o que favorece a procura pelo especialista, em razão da facilidade de acesso, em detrimento da consulta de enfermagem.

Assim como ocorre nas consultas de pré-natal, conforme orienta o Ministério da Saúde acerca da alternância entre as consultas de médicos e enfermeiros, essa poderia ser uma alternativa a ser analisada pela gestão municipal, já que a abordagem e o olhar técnico de ambos profissionais são diferenciados. Além disso, a julgar pelo fato de que o enfermeiro realiza todo o acompanhamento de pré-natal de baixo risco, pressupõe-se que já tenha um vínculo estabelecido com a gestante, o que poderia facilitar a continuidade do cuidado no puerpério e na puericultura.

Apesar de a presença do profissional pediatra na equipe de saúde da família contribuir para a qualidade na assistência, é importante avaliar como tem se dado sua relação com os demais integrantes da equipe e se tem desenvolvido suas atividades de acordo com os pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, ou se tem reproduzido o modelo biomédico.

A inserção de especialistas na ESF é, há tempos, tema de muitos debates. No caso da pediatria, a Sociedade Brasileira de Pediatria defendia a presença desse profissional, alegando poder haver uma limitação do médico de família no atendimento às crianças. Um estudo conduzido no estado de São Paulo, que introduziu o pediatra nas unidades de saúde da família desde 2001, apontou que esses profissionais, de modo geral, assumiam a puericultura, enquanto os médicos de família atendiam às crianças maiores de 02 anos e adolescentes (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Como resultados, a pesquisa indicou que a presença do pediatra na ESF pode contribuir para o aumento da sua resolubilidade, no entanto, essa atuação ainda está muito voltada para a clínica, com foco na doença, muito mais nas ações curativas do que nas preventivas.

É incontestável reconhecer a potência da atuação do pediatra nas equipes de saúde da família, entretanto está posto como desafio que essa atuação esteja para além do modelo biomédico, o que será possível tendo em vista um investimento significativo na revisão dos processos de trabalho e da formação/atualização desses profissionais na lógica de trabalho da ESF. Nessa perspectiva, o enfermeiro pode contribuir proporcionando a inclusão do pediatra nas atividades de prevenção, nas visitas domiciliares, nas ações de educação em saúde, nas parcerias com as escolas, nas atividades em grupo e também nas reuniões de equipe, bem como no planejamento das atividades que poderão desenvolver em conjunto.

É importante mencionar que o matriciamento pode ser uma alternativa à presença do especialista nas equipes de saúde da família, sendo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) uma forma de apoio matricial. De acordo como Ministério da Saúde, o apoio é considerado uma tecnologia de gestão complementar às equipes de referência e tem como objetivo dar subsídios à Atenção Básica de modo a aumentar sua resolubilidade (BRASIL, 2009c).

A educação permanente é um dos pressupostos do matriciamento, considerando que está estruturado em dois eixos, o pedagógico e o assistencial. O último está baseado nas ações desenvolvidas diretamente com os usuários, enquanto o outro pretende garantir o aporte necessário para potencializar as ações dos profissionais de referência pelo compartilhamento de conhecimento.

Diferentemente de definir a presença de um especialista em atendimento direto nas unidades de saúde da família, a lógica do matriciamento está no “fazer com” ao invés do “fazer por”, o que supõe uma maior aproximação, facilitando o diálogo, de modo a favorecer que esse apoio se dê segundo as diretrizes da Atenção Básica, ao invés de proporcionar serviços que reproduzam o paradigma biomédico, conforme questionamentos relacionados à presença do especialista nas equipes de saúde da família.

A Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefine os parâmetros de vinculação dos NASF com modalidades 1, 2 e cria a modalidade 3.

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

Cada NASF 2 deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

Cada NASF 3 deverá estar vinculado a, no mínimo, 1 (uma) e a, no máximo, 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao seu processo de trabalho, configurando-se como uma equipe ampliada.

Os municípios 1 e 2 têm equipe de NASF, entretanto, nos relatos dos enfermeiros do primeiro, não constam registros de atividades desenvolvidas com o NASF ou outras ações de apoio. A informação é advinda do conhecimento da pesquisadora sobre a rede de saúde do município em questão.

As falas dos enfermeiros do município 2 apontam para a existência de equipes de NASF vinculadas às equipes de Atenção Básica, que, inclusive, também aderiram ao PMAQ. Os relatos sugerem uma participação positiva das equipes de matriciamento em algumas equipes de ESF, enquanto em outras, parece que essa relação ainda está sendo construída.

Identificamos a importância do envolvimento e da participação do NASF também. A gente viu que a equipe do NASF é fundamental para complementar os serviços oferecidos. E eu vi que tinha a avaliação da participação do NASF tb. Eram muitas perguntas a respeito e eu não fazia nem ideia de que avaliariam o NASF também e aconteceu e assim, a gente viu que a equipe de apoio ela é fundamental a participação, a integração. Enf 2, m2.

Na educação em saúde, os grupos aumentaram de quantidade, o NASF também ajudou. Nós tínhamos a contribuição da fisioterapia, da assistente social e com a readequação do NASF a saúde mental voltou, como a roda da conversa, a terapia comunitária, então pra mim foi muito positivo. Enf 8, m2.

Como práticas de cuidado, a gente também faz atendimentos junto ao NASF. Enf10, m2.

Também tem a questão do NASF. Eu ainda não consegui adequar o atendimento do NASF à nossa demanda na unidade. Hoje isso é um dos nossos problemas...a gente não consegue dar um passo. Aí eu não consigo apoio. Enf5, m2.

A sessão apontou que as consultas de enfermagem são consideradas práticas de cuidado e, nos municípios estudados, aquelas voltadas à saúde da mulher e da criança tiveram destaque, enquanto o atendimento aos hipertensos e diabéticos parece ainda estar se consolidando. Surgiram pontualmente nas falas e sem maiores comentários consultas nas áreas de saúde do adolescente e de saúde do homem, esse último voltado para o planejamento familiar, mas que não foram discutidos aqui. Não foram registradas em nenhum dos dois municípios consultas de enfermagem nas áreas de Tuberculose e Hanseníase.

## **5.2 A visita domiciliar e suas potencialidades de qualificação**

A visita domiciliar, considerada uma tecnologia de cuidado dos profissionais que atuam na ESF, por possibilitar uma aproximação das equipes de saúde com o

usuário, sua família, seu modo de viver, surge nas falas dos enfermeiros como uma prática de cuidado.

A gente faz também as visitas domiciliares, a gente acompanha os pacientes restritos, acamados, algumas buscas ativas também, quando é necessário o enfermeiro. No caso, eu faço também, por exemplo, uma gestante que está faltando muita consulta que não tá vindo aqui ou alguma criança nem que não tá vindo nas consultas, eu vou junto com o agente comunitário na casa saber o porquê que não tá vindo, não está acompanhando, a gente faz também essa busca ativa junto com o agente comunitário, as vacinas nas campanhas de vacinação, a gente faz a campanha também, faz busca ativa dessas crianças que estão com o cartão de vacina atrasado, a gente tem os cartões espelho nos prontuários das crianças e a gente avalia se ela está atrasada ou não. O agente comunitário inicialmente vai a casa, mas se não for suficiente, o enfermeiro vai junto também para poder estar fazendo isso. Enf11, m2.

As práticas são em cima do que já é preconizado pelo Ministério da Saúde, como as consultas que a gente faz, o acolhimento, as visitas domiciliares em cima muitas vezes das reuniões que a gente faz com a equipe, por exemplo, visita domiciliar, a gente tem tentado fazer antes as reuniões, a gente discute os casos primeiro, faz planejamento pra depois ir no domicílio. Enf2, m1.

Constata-se, pelo relato da Enfermeira 11, que as visitas domiciliares são feitas em grupo específicos, como, por exemplo, aos usuários restritos ao leito, acamados ou faltosos de algum serviço. São mencionadas pela profissional as gestantes faltosas à consulta de pré-natal, as crianças faltosas às consultas de puericultura ou aquelas com o cartão de vacina atrasado (KEBIAN, 2017; LIONELLO et al., 2012).

A fala da enfermeira 11 também indica que o ACS faz a visita domiciliar de acordo com sua rotina, conforme definido na PNAB (BRASIL, 2017), que estabelece que a periodicidade das VDS deve ser definida por planejamento. Quando esse profissional entende que suas ações são insuficientes para a demanda do usuário, ele aponta a necessidade da visita do enfermeiro, que, segundo a PNAB, deve realizar atenção domiciliar conforme indicação. Parece que a visita domiciliar do enfermeiro se dá, de modo geral, com a companhia do ACS, que desempenha papel de mediador entre o enfermeiro e os usuários.

O enfermeiro 2, do município 1, expõe que as visitas domiciliares são feitas de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, assim como as demais práticas de cuidado que menciona, contudo, considerando os relatos a respeito da prioridade estabelecida para as consultas, não há garantia de que as visitas

domiciliares aconteçam considerando suas potencialidades de fortalecimento de vínculo, de espaço para troca de saberes e de práticas educativas.

A política Nacional de Atenção Básica (2017) define como algumas das atribuições dos enfermeiros da AB:

- a) Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- b) Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS.

Apesar de a PNAB (2017) não estabelecer claramente que apenas os grupos prioritários deverão receber a visita domiciliar do enfermeiro, parece que a prática desse profissional fica voltada para essa população, podendo ser justificada pela necessidade de cumprir as orientações dos protocolos do Ministério da Saúde, conforme descrito na fala do enfermeiro 2, do município 1. Alguns estudos revelam que as visitas domiciliares, muitas vezes, são sugeridas pelos ACS, que identificam, em suas próprias visitas, aquelas que devem ser encaminhadas para o enfermeiro ou outros profissionais. (GOMES et al., 2015; KEBIAN, 2017; LIMA; BOUSSO, 2010; SANTOS; MORAIS, 2011).

Embora os protocolos do Ministério da Saúde sirvam como norteadores do processo de trabalho, o que se observa também com o instrutivo do PMAQ-AB, que direciona as atividades das equipes com vistas ao alcance dos padrões estabelecidos, é que esses documentos também podem funcionar como fator limitante, engessando as ações tanto do enfermeiro quanto dos demais profissionais e, no caso da visita domiciliar, pode restringi-las apenas aos usuários acometidos por algum agravo, ou em situações de risco e vulnerabilidade. É compreensível que essa população deve ser de fato considerada prioritária no que se refere à construção do cuidado, à elaboração de projeto terapêutico singular e às ações intersetoriais. Entretanto, participar do cotidiano da comunidade e realizar visitas não somente voltadas para objetivos preestabelecidos também pode ampliar a visão do enfermeiro, identificando situações além das que ele está posto, o que pode enriquecer muito sua prática e aperfeiçoar seu cuidado.

Nesse sentido, a visita pode transpor um domicílio. Pode ser um encontro com vizinhos, pode ser uma visita ao trabalho de um usuário, pode ser uma visita ao



ponto de encontro da praça, pode ser uma visita no grupo que se encontra no bar, ou que se encontra na igreja, necessitando o profissional de estar aberto a essas possibilidades e às contribuições advindas delas.

Tecnicamente, a visita domiciliar é uma ferramenta de cuidado que precisa ter uma sistematização. Para o alcance do seu potencial, é necessário que se estabeleçam as etapas, conforme observado na literatura (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007; KAWAMOTO, 1995; KEBIAN; ACIOLI, 2014).

- a. Estabelecer critérios epidemiológicos e populacionais.
- b. Seleção das pessoas, famílias ou microáreas que serão visitadas (observando as prioridades).
- c. Planejamento específico: definido o objetivo da visita, devem-se analisar as informações referentes ao sujeito da VD no serviço de saúde.
- d. Execução: início, desenvolvimento e encerramento.
- e. Registro em prontuário.
- f. Avaliação do profissional que realizou a VD.
- g. Discussão em reunião com a equipe, referente aos problemas encontrados pelo visitado.

O planejamento para a realização da visita domiciliar aparece na fala da enfermeira 2, município 1, e parece apontar que a seleção das visitas a serem realizadas são definidas em grupo, assim como seus objetivos e possíveis direcionamentos. Nesse recorte, observa-se um ponto relevante, que é a utilização da reunião de equipe para a discussão de casos importantes do território, com o intuito de identificar as demandas para a visita domiciliar, bem como outras ações necessárias para a continuação do cuidado.

De acordo com o instrumento de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade (AMAQ), a gestão da Atenção Básica precisa estimular e garantir que as equipes realizem reuniões para discutir questões relativas ao processo de trabalho, ao planejamento, e a avaliação das ações desenvolvidas, baseadas em levantamento de necessidades, assim como avaliação de indicadores de saúde (BRASIL, 2016b).

O AMAQ, além de colocar a relevância das reuniões de equipe para os gestores, também o faz para as equipes, estabelecendo como padrão esperado os seguintes aspectos:

- a) Periodicidade semanal ou quinzenal, com duração suficiente para que a equipe possa discutir as questões relevantes ao desenvolvimento do seu trabalho, conforme já colocado, incluindo ainda as ações de educação permanente;
- b) Planejamento e organização das visitas domiciliares;
- c) Discussão de casos pela equipe multiprofissional, podendo selecionar aqueles de maior complexidade;
- d) Ações relativas ao apoio matricial;
- e) Construção de projeto terapêutico singular; e
- f) Análise da situação de saúde do território com desdobramentos para a prática.

Nessa perspectiva, a reunião de equipe na Estratégia de Saúde da Família seria um espaço privilegiado para as trocas de experiências, construção de saberes, negociação de conflitos e construção do cuidado, de modo que utilizar esse espaço para o planejamento da visita domiciliar é fundamental, considerando, ainda, os padrões estabelecidos pelo AMAQ, que sugere que a visita seja planejada, sistematizada e permanente, tendo como funções (BRASIL, 2016b):

- a) Identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade;
- b) Conhecer as condições de moradia e trabalho do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS;
- c) Estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde;
- d) Informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado;
- e) Registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da AB.
- f) As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.

Convém destacar que o instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB, sinaliza que as reuniões de equipe podem contar com a presença de um apoiador institucional ou de matriciamento, que é um ator que pode ajudar na identificação de problemas e tensões advindos do trabalho, podendo atuar como mediador das discussões e análise das dificuldades, buscando a superação dos impasses e o enfrentamento das dificuldades.

Observa-se que as falas dos enfermeiros acima mostram conhecimento e reprodução na prática de alguns dos critérios colocados pelo PMAQ-AB, como a priorização dos grupos mais vulneráveis, sistematização e planejamento da visita domiciliar tendo em vista a discussão inicial com os profissionais da ESF em reunião de equipe. Entretanto, ainda podem avançar no sentido de não se limitarem apenas a esses grupos, podendo ampliar ainda mais seu escopo de atuação dentro da comunidade.

Por fim, compreende-se que a visita domiciliar seja uma potente prática de cuidado do enfermeiro. Espaço em que se oportunizam a criação e o fortalecimento do vínculo, a identificação das demandas dos usuários, o compartilhamento de saberes através do diálogo e do reconhecimento do saber popular. Entende-se que ainda são postos como desafios seu planejamento e realização para além das linhas de cuidado, o estabelecimento dessa atividade como uma das prioridades dos enfermeiros, assim como o alcance de condições adequadas à sua realização consoante os princípios da ESF.

### **5.3 Atividades de educação em saúde participativas e ampliadas: um desafio para a atenção primária**

De acordo com Pedrosa (2006), a educação em saúde pode ser entendida como um conjunto de práticas pedagógicas inclusivas, construtivistas e com fomento da participação popular, tendo como objetivo a sensibilização dos grupos para adesão às propostas de educação em saúde.

Apesar da concordância de diversos autores no que se refere ao uso das práticas construtivistas, participativas e dialógicas, também há consenso de que os enfermeiros se sentem pouco preparados para atuar nessa lógica, indicando carência de educação permanente, com enfoque em áreas específicas da prática do enfermeiro e nas metodologias de ensino-aprendizagem (FERNANDES et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2016; PINA-OLIVEIRA, CARRIEL, CHIESA, 2015; RAMOS et al., 2018; ROCHA, 2014) .

Durante as entrevistas, a educação em saúde surgiu como uma prática de cuidado que define o trabalho da Estratégia de Saúde da Família, sendo caracterizada principalmente pelos grupos educativos.

Eu caracterizo (as práticas de cuidado) como orientação em saúde. Enf13, m2.

Eu caracterizo como os grupos de atividades educativas para prevenção de medicamentos controlados e tabagismo. Para o controle de tabagismo, é sala de espera, atendimento em grupo ou atendimento individual. Conscientização da população para prevenção. Enf 14, m2.

As práticas de cuidado que eu vejo são educação em saúde, que é a base de todo o cuidado na estratégia. Enf8, m2.

São as ações preventivas. A gente aqui tem os grupos. Grupo de hipertensos, diabéticos, grupo controle, que é o grupo de pessoas que tomam remédio controlado, que a gente até tem um afincado maior, temos o grupo de gestante, né, que é feito na sala de espera todos os dias, mas todos os dias que tem consulta com a gestante, temos o grupo de sexualidade que é uma sala de espera feita no dia de preventivo. Enf 7, m2.

As áreas mais abordadas segundo as falas dos enfermeiros são aquelas envolvendo os grupos prioritários, destacando-se a Saúde da Mulher, com ações voltadas para o pré-natal, a Saúde do Adulto e do Idoso, os temas de Hipertensão e Diabetes. Também foram mencionadas atividades relacionadas ao Controle do Tabagismo e ainda ao grupo para usuários de medicamentos controlados. O achado ratifica resultados de pesquisas anteriores, em que os grupos estão organizados pelas patologias (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; MAFFACCIOLI; LOPES, 2011; ROCHA, 2014).

Tais práticas parecem reproduzir o enfoque biológico, de caráter preventivista, pouco contribuindo para uma concepção mais ampliada da saúde, o que pode indicar dificuldade dos profissionais na superação das práticas pautadas em um modelo tradicional hegemônico-curativista.

Observa-se que as atividades estão apoiadas nos grupos estabelecidos nos protocolos do Ministério da Saúde e que o espaço mais utilizado é a sala de espera.

Temos a parte da atividade educativa, que é muito importante, como a sala de espera[...].Enf4, m1.

Faço sala de espera e orientação aos hipertensos, diabéticos e grupos de risco. Enf4, m2.

O estudo parece mostrar que os enfermeiros ainda estão muito voltados para os atendimentos no consultório, o que não aparece nas falas como espaço de práticas educativas. Entende-se que o enfermeiro não utiliza muitos espaços alternativos para a realização dessas práticas. Ao priorizar a sala de espera, o profissional deixa de investir em outros ambientes propícios ao compartilhamento de informações, troca de experiências e ao aprendizado.

Hoje eu me vejo com uma demanda de trabalho que é tão grande, que me questiono se sou mesmo enfermeira de Esf, porque, às vezes, eu me vejo só atendendo, atendendo e sem conseguir fazer um grupo, uma sala de espera...Eu não consigo. Se eu não tiver o apoio da equipe pra fazer essa parte de educação em saúde, eu sozinha não consigo. E acaba que é tanta demanda na unidade. É bolsa-família, cadastro que eles também não conseguem me ajudar a desenvolver educação em saúde. Enf 5, m2.

A fala acima reforça a ideia de que o enfermeiro tem se ocupado muito mais com as ações curativas em detrimento das práticas educativas. Apesar de compreender a necessidade da superação do modelo de atenção centrado nos atendimentos e com intervenções restritas ao campo biológico, o enfermeiro não consegue avançar na mudança do modelo assistencial. Estudo realizado em São Paulo (ANDRADE et al., 2016; RAMOS et al., 2018) constatou que a pressão da gestão por números elevados de atendimentos é um dos fatores para que os enfermeiros priorizem as consultas ao invés das atividades de educação em saúde.

Outra questão relevante nessa fala é que o enfermeiro precisa reconhecer que as práticas educativas são de responsabilidade de todos os profissionais, portanto, torna-se imprescindível a participação dos diversos atores que compõem a equipe. A inserção dessas atividades na rotina do serviço de saúde bem como a distribuição de responsabilidades podem ser um começo, e essa proposta pode partir do próprio enfermeiro.

A fala do enfermeiro 5 menciona como um dos entraves no desenvolvimento das práticas educativas o número elevado de consultas de enfermagem e destaca a importância da participação da equipe nessas atividades, entretanto, do mesmo modo que sugere a participação dos ACS, avalia em seguida que esses profissionais também estão sobrecarregados com outras atribuições, como, por exemplo, o cadastro de famílias e o bolsa-família.

A sobrecarga de trabalho dos agentes comunitários há algum tempo tem sido tema de discussão. Questões como a burocratização de suas tarefas que envolvem

atividades como a atuação na recepção das unidades, separação de prontuários, marcação de consultas, entrega de resultados de exames e outros são frequentemente debatidas, e mais recentemente, a inclusão de verificação de pressão arterial e realização de curativos, conforme a nova Política de Atenção Básica (BRASIL, 2017; GARCIA et al., 2017; MOROSINI, FONSECA, 2018; MOTA, 2015; NASCIMENTO, 2009).

Apesar da contradição existente de um lado, entre o desenvolvimento de atividades de campo e voltadas para o acompanhamento das famílias, com ações de prevenção e promoção da saúde, e de outro lado, das atividades burocráticas, a definição dessas práticas ficará muito a cargo dos gestores. Garcia et al. (2017) apontam que a reunião de equipe pode ser um espaço para reflexão acerca do direcionamento dessas atividades e do papel tanto do ACS quanto dos demais profissionais que compõem as equipes de saúde da família.

Conforme já abordado sobre o aproveitamento das reuniões de equipe para a construção das práticas de cuidado, o planejamento das atividades educativas também pode estar incluído nesse contexto. Importante salientar que não se trata apenas de distribuir tarefas entre os profissionais, mas de pensar as práticas educativas de modo coletivo, considerando a situação de saúde do território, os indicadores de saúde, a população-alvo e as estratégias para o alcance dos objetivos e sensibilização dos usuários para a participação.

As atividades desenvolvidas nas escolas também surgiram como práticas educativas, embora as falas tenham sido pouco expressivas. É importante salientar que o Programa de Saúde na Escola (PSE) surge como um facilitador nesse processo, já que os enfermeiros mencionam as atividades no espaço da escola em cumprimento às ações pactuadas pelo programa.

A gente vai muito na escola fazer alguma ação, aqui dentro da unidade também. Enf3, m2.

Ah! Agora a gente tem também ação educativa nas escolas, por causa do PSE. Enf7, m2.

Com relação às dificuldades, outro ponto colocado durante a entrevista foi em relação à adesão, conforme aponta a fala do enfermeiro abaixo, que aponta não conseguir adesão dos usuários nos grupos educativos se esses ocorrerem fora da

sala de espera e observa ainda que há necessidade de ofertar algum benefício aos participantes, citando como exemplos, lanche ou sorteios.

O que é mais difícil e que faz parte é... da política de ESF que é mais difícil da gente conseguir fazer é juntar os grupos fora da sala de espera. Então se a gente marca e falamos vamos fazer um grupo de hipertenso. A gente não tem adesão. Vamos fazer um grupo de Gestante. A gente tem que fazer um lanche, porque se a gente não colocar no convite, que vai ter um delicioso lanche... Se a gente não colocar isso, as gestantes não vão. Se a gente colocar: Venha participar de delicioso café da manhã feito para as gestantes, elas vão. Venha participar de um sorteio de um kit, aí elas aparecem, senão a gente não consegue ter a adesão. Nem hipertenso, nem diabético, na sala de espera a gente consegue, a gente consegue fazer um grupo na sala de espera, mas fora isso... Enf1, m2

A respeito do desinteresse da população na participação das práticas educativas propostas pelas equipes de saúde da família, é fundamental que os enfermeiros e a gestão possam fazer uma reflexão sobre o modo como essas atividades têm sido desenvolvidas. Estudos apontam que práticas voltadas para o modelo tradicional tendem a não produzir transformação, pois são apenas prescritivas de mudança de comportamento. Estas práticas estão pautadas em ações unilaterais, verticalizadas, e na transmissão de conhecimentos (ANDRADE et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016; ROCHA, 2014).

É através do diálogo e da troca de saberes que a mudança se torna possível, e nessa direção, o uso de metodologias participativas é imprescindível. Nessa direção, o enfermeiro precisa promover atividades que possam estimular a participação dos usuários, considerando sua cultura, suas vivências e suas crenças, para que ambos sejam ativos no processo de aprendizagem, o que possibilitará uma reflexão a respeito de suas práticas e, com isso, sua mudança.

#### **5.4 Atividades gerenciais e as contradições no discurso e prática dos enfermeiros**

De acordo com a PNAB (2017), o enfermeiro da ESF desenvolve, além das ações assistenciais, também as gerenciais, como, por exemplo:

- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS. (BRASIL, 2017).

As falas dos enfermeiros participantes trouxeram contradições importantes para a análise. Inicialmente, os enfermeiros entendem que exercem um papel com grande carga gerencial, conforme se identifica na fala abaixo:

A nossa ação aqui é muito gerencial, e muito pra dentro de questões administrativas não só em relação à equipe. A gente não direciona, não gerencia só administração, a gente gerencia o cuidado e outras questões. Enf1, m1.

Eu caracterizo as práticas de cuidado como orientação em saúde, atividades de gestão, atividade técnica, organização da unidade. Enf13, m2.

De acordo com a enfermeira 1, as atividades que desenvolve estão interligadas. Analisa que não gerencia apenas as questões administrativas, mas também o cuidado. Nessa perspectiva, o trabalho gerencial se mistura com o assistencial, de modo que parece estar claro que o cuidado, sob o ponto de vista assistencial, pode ser mais bem viabilizado se as questões administrativas estiverem organizadas. Isso pode contribuir para a garantia da efetividade do cuidado. A esse respeito, o PMAQ-AB parece funcionar como uma ferramenta de apoio no processo, como se constata no trecho a seguir:

Me chamam a atenção no PMAQ o levantamento de dados, o registro da atividade educativa, que reforça de novo sobre ser gerente e também fazer o cuidado. E isso é uma contradição. Outros municípios pagam pela gerência e aqui desde o ano passado entrou essa remuneração e agora a gente assume. Enf1, m1.

A enfermeira em questão sinalizou que, no município em que atua, não havia o pagamento de gratificação por gerência, de acordo com o que observava em outros municípios, sendo assim, os enfermeiros se recusavam a exercer atividades consideradas gerenciais. Entretanto, atribuições como a previsão de material, alimentação dos sistemas de informação, supervisão, entre outras consideradas gerenciais, estão inerentes à categoria, especialmente ao enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família, independentemente do pagamento de uma gratificação. Essas atribuições são, inclusive, ressaltadas na própria PNAB ao



destacar o trabalho de supervisão de agentes comunitários de saúde e planejamento das atividades, sendo, inclusive, reconhecidas pela enfermeira 1, quando destaca em sua fala que se trata de uma contradição.

Aqui os enfermeiros também são gerentes de unidade. Aqui cada um aqui tem a sua unidade [...] Pela minha experiência em outro município, aqui essa questão gerencial ela esbarra muito. Por vezes, a gente ouve de outros enfermeiros, colegas, ah!, queria ser enfermeira, não queria ficar gerenciando. Porque, por vezes, a gente precisa ficar lidando com papel e questões burocráticas de gerente mesmo. Enf1, m1.

De acordo com a fala acima, a enfermeira relata que é comum entre os profissionais da categoria o desejo de atuar como enfermeiro sem precisar lidar com questões que considera burocráticas, mas que estão dentro daquelas consideradas gerenciais. Novamente a colocação parece trazer uma contradição, já que não é possível essa dicotomia, pois as atividades gerenciais estão inerentes ao fazer do enfermeiro.

A esse respeito, o PMAQ-AB destaca, de modo significativo, a importância do registro permanente de todas as ações desenvolvidas, de maneira que novamente se ratifica que prestar cuidado assistencial implica necessariamente o preenchimento de impressos, formulários ou outros instrumentos que registrem o que foi realizado, e isso é considerado pelos enfermeiros uma burocracia que está inserida nas ações gerenciais.

Nesse caminho, entende-se que o cuidado não está separado em ações burocráticas e assistenciais, pois elas se complementam. As ações assistenciais devem se tornar registros e estes devem se tornar dados, que, depois de analisados, podem se tornar novas práticas assistenciais, sendo mantidos em um ciclo contínuo.

Galiza et al. (2016), considerando estudo desenvolvido no Piauí, apontam que as atividades gerenciais do enfermeiro da ESF estão inseridas em três categorias:

a) Burocrática: envolve atividades normativas, de supervisão e planejamento. Estão nessa categoria a elaboração de rotinas, protocolos, supervisão do trabalho dos agentes comunitários e técnicos de enfermagem e planejamento das ações tendo em vista o levantamento de dados.

b) Formativa: envolve a capacitação da equipe. Estão nessa categoria as atividades de educação continuada e de educação permanente dos profissionais, por exemplo.

c) Assistencial: envolve a prestação do cuidado pela identificação das necessidades dos usuários, ou do levantamento dos dados

Quando o enfermeiro tem dificuldade de articular as ações gerenciais com base no cuidado, nas ações assistenciais, as atividades gerenciais serão de fato consideradas apenas uma burocracia. Por essa razão, observam-se um tensionamento ao compreender o cuidado assistencial e o gerenciamento como ações separadas ao invés de complementares.

A integração entre as ações de cuidado, nos âmbitos assistencial e gerencial, permite ao enfermeiro o aperfeiçoamento da sua prática, estabelecendo uma relação dialética, não dicotômica, o que permite a integralidade das suas ações (CHRISTOVAM, PORTO, 2012).

De volta à Política Nacional de Atenção Básica (2017), não se pode deixar de mencionar que a versão do ano de 2017 propõe a figura de um gerente de Atenção Básica, que pode ser qualquer profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, que tem como atribuições propostas:

- I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
- IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
- VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
- VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
- VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
- IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

Ao proceder a uma análise acerca das atribuições definidas para o gerente de atenção básica, convém fazer uma reflexão a respeito da praticabilidade na dissociação de algumas funções ali propostas, da atuação do enfermeiro da ESF, que, frente à inclusão do gerente, se tornará apenas um enfermeiro assistencial. Ou seja, será possível o enfermeiro da ESF desenvolver sua prática, seja ela consulta de enfermagem, visita domiciliar ou atividades educativas, sem realizar diagnóstico situacional e planejamento, já que serão atribuições pertinentes ao gerente?

Se por um lado há desejo do enfermeiro de somente atender e não se envolver com as questões administrativas, consideradas burocráticas; por outro, incorre-se no risco de se tornar um “enfermeiro ambulatorial”, voltando sua prática apenas para a agenda de atendimento, desconectando-se da dinâmica que ocorre dentro da unidade e na comunidade.

Desse ponto de vista, o pagamento da gratificação por gerência mencionado por uma das enfermeiras entrevistadas passa a fazer sentido, pois se torna um adicional em termos de remuneração ao trabalho que já desenvolve, passando a ter apenas um reconhecimento financeiro para tal. De modo que, nesse caso, o enfermeiro da ESF continuaria desenvolvendo todas as ações propostas para o gerente de atenção básica, mas recebendo um valor diferenciado para essa atribuição.

Ainda sobre a inserção do gerente de atenção básica nas equipes de saúde da família, também não se pode deixar de mencionar o risco de que esta seja uma brecha para a inclusão de pessoas por indicação política, que podem, de algum modo, contribuir para as melhorias da infraestrutura da unidade, mas também podem interferir negativamente nos aspectos técnicos do trabalho.

Retomando à fala de uma enfermeira desse estudo, que menciona a dificuldade de equilibrar as consultas de enfermagem com as práticas educativas,

pode-se observar que outras atividades também ficam preteridas e postas em segundo plano, indicando, ainda, que, para as enfermeiras, as práticas educativas são atividades independentes ao invés de inerentes a outras práticas, como na consulta, por exemplo, conforme relato abaixo:

Tem outras coisas que são bem difíceis, por exemplo, como a interação com as práticas dos técnicos de enfermagem. Parece que os técnicos estão sempre mais distanciados do resto da equipe porque estão sempre realizando atividades ou na rua ou aqui dentro da unidade, tipo na sala de vacina, curativo. Não dá pra sentar com eles e fazer uma qualificação com eles, e aí inclusive porque as técnicas de enfermagem são concursadas também e são recentes e aí a gente faz a avaliação de desempenho, e a gente coloca que eles precisam de treinamento e aí como prática de enfermeiro, eu não consigo encontrar tempo de sentar nós três pra poder fazer educação permanente com elas, é praticamente impossível. Então, pela minha parte fica esse déficit, que é papel meu como enfermeira fazer educação permanente da equipe, mas como isso não é possível, a gente também não vê isso da gestão. Enf2, m1

A fala da enfermeira 2 ratifica o achado de Galiza et al. (2016) acerca da categoria formativa, considerada uma das atividades gerenciais do enfermeiro. Ela também confirma que o enfermeiro da estratégia de saúde da família reconhece seu papel no que se refere ao acompanhamento das atividades dos técnicos de enfermagem. Entretanto, em virtude das inúmeras atividades que desenvolve, não consegue assumir esse papel como o esperado. Tal fato pode contribuir para o distanciamento entre esses dois profissionais da mesma categoria, além de fragilizar o cuidado pela falta de acompanhamento do enfermeiro aos procedimentos realizados pelo técnico de enfermagem.

O reconhecimento da enfermeira a respeito da importância da educação permanente e seu entendimento de que o fato de não conseguir desenvolver a educação permanente são uma limitação na sua prática, sendo um ponto relevante ao se analisar a questão sob um ponto de vista mais amplo. A educação permanente, na condição de política de formação e desenvolvimento para os trabalhadores com base nos princípios e diretrizes do SUS, deve ser um projeto político da gestão municipal com desdobramentos para toda a rede de serviços de saúde. Entende-se que, na medida em que a política entra na agenda municipal de debates, as ações naturalmente irão ocorrer como parte do cotidiano, não como uma atividade a mais para o enfermeiro.

A Educação Permanente em Saúde surgiu por volta dos anos 1980 e passou a ser difundida pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 1988; ROVERE et al., 1994).

A diferenciação entre os termos educação permanente e educação continuada foi incentivada pela OPAS, que considerava o conceito de educação continuada limitado e, apesar de algumas discordâncias no meio acadêmico, o termo educação permanente foi sendo cada vez mais consolidado com o objetivo de propor um novo referencial pedagógico, no qual o trabalhador pudesse ter maior participação no processo produtivo da saúde (LEMOS, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a Educação Permanente propõe uma aprendizagem levando em consideração a prática cotidiana dos trabalhadores, tendo como ponto de partida as situações-problema encontradas durante o fazer. É essa análise que fornece subsídios para identificar as necessidades de formação, considerando sempre o conhecimento prévio e as vivências dos trabalhadores da saúde. Para Ceccim (2005), constitui uma importante estratégia às transformações do trabalho para que ele seja um espaço “de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

Pensando nisso, entende-se que a gestão municipal seja responsável por fomentar e acompanhar esses debates e enfrentamento das dificuldades com base na educação permanente, apoiando o enfermeiro da ESF durante o processo, provocando uma reflexão para que essa prática seja uma rotina no cotidiano de trabalho, mas também oferecendo subsídios para seu enfrentamento. O PMAQ-AB traz contribuições importantes tanto para a gestão quanto para as equipes, apontando as reuniões de equipe como espaços potentes e os apoiadores matriciais como mediadores que podem contribuir de modo expressivo no processo.

Apesar da responsabilidade da gestão municipal no que se refere à implementação da educação permanente no cotidiano dos serviços, o enfermeiro também é responsável por desenvolver, no seu âmbito de trabalho, ações nessa direção. Ter conhecimento técnico-científico e clareza de suas competências pode ser um ponto de partida, contudo o envolvimento da equipe nas propostas é primordial.

Nesse sentido, convém destacar que o trabalho da ESF exige uma postura diferenciada, com uma gestão flexível, democrática, através de relações de escuta, de troca, de negociação, de sensibilidade e de empatia.

Um estudo de revisão integrativa acerca das habilidades e competências do enfermeiro da atenção básica mostrou que a liderança é uma das principais competências do enfermeiro, pois ela envolve compromisso, responsabilidade, comunicação clara, segurança para a tomada de decisões e gerenciamento efetivo (BRANDÃO et al., 2018).

A liderança é compreendida como a capacidade de influenciar pessoas para que, juntas, consigam alcançar o mesmo objetivo (BERGAMINI, 1994; ELIAS, 2016). De acordo com o estudo de Brandão et al. (2018), é uma ferramenta fundamental para o gerenciamento em enfermagem, pois a aproximação da gerência da assistência permite tanto uma liderança mais eficaz, quanto um cuidado de melhor qualidade.

A respeito da liderança, o discurso da depoente a seguir indica uma consciência sobre a motivação de o enfermeiro impactar na equipe e no cuidado, compreendendo que cada sujeito é importante, não apenas números ou resultados.

A satisfação tem que existir dentro da mente de um enfermeiro ou um gerente, a ponto de contagiar quem é gerenciado, se você não gerencia de uma forma de trazer esse gás, a gente só vai trabalhar com números, e nós somos muito além de números, a gente é gente!. Enf5, m2.

Por fim, entende-se que a atividade gerencial do enfermeiro não pode estar dissociada da assistência, sendo o resultado dessa integração um cuidado prestado por uma assistência efetiva, integral, humanizada e ética.

## 6 3ª CATEGORIA: REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO CONSIDERANDO O PMAQ-AB

Observou-se com esse estudo que o PMAQ-AB desencadeia um movimento de avaliação na ESF, que contribui para a reorganização das práticas de cuidado do enfermeiro. Entre as práticas de cuidado, aquelas voltadas às atividades gerenciais são as que mais surgiram nessa pesquisa no que se refere à reorganização, o que contrasta com os questionamentos trazidos pelos enfermeiros a seu respeito.

Durante as entrevistas com os enfermeiros, identificou-se que uma das principais contribuições do PMAQ-AB foi o apoio para a organização da Atenção à Saúde.

A partir daí, começamos a desenvolver um processo de melhoria mesmo, a gente começou a desenvolver organização, a organizar mesmo os prontuários, os arquivos, separando por famílias e por áreas, e microáreas, atualizando os cadastros, a organizar os nossos grupos prioritários através de registros de livros e atas de gestantes, pacientes em idade fértil com preventivo atrasado, mamografias. A gente começou a organizar, de fato os eficiente, a gente começou a fazer isso Enf11, m2.

Na verdade, participar do PMAQ possibilitou uma organização que não tinha, então pra gente conseguir fazer as ações, a gente organizou e começou a registrar essa organização. Isso que a gente segue até hoje. Enf10, m2.

Ele ajuda a gente a reavaliar e reorganizar. Enf8, m2.

A respeito da organização, os participantes usaram muito a expressão “foi um norte” para descrever as contribuições do PMAQ-AB no seu cotidiano de trabalho.

O PMAQ te dá um norte de como você faz e de como você consegue ter o controle da comunidade. Enf3, m2.

Pra unidade inteira, ele serviu como um norte pra reorganizar o serviço e ele dá instrumentos e dá base pra gente estar se organizando. Enf3, m1.

E o PMAQ vai nos pontuando, vai nos dando o norte do que a gente precisa ter de excelência dentro da unidade. Enf5, m1.

O PMAQ é muito bom, por nortear a gente. Enf1, m1.

De acordo com o instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2015), um dos objetivos do programa é “Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB.”

Conforme discutido no capítulo anterior, percebe-se que a dimensão gerencial das práticas de cuidado do enfermeiro é complementar à dimensão assistencial, de modo que a organização referente ao processo de trabalho impacta positivamente nas ações assistenciais. Embora não sejam identificadas nas falas dos enfermeiros, mudanças voltadas aos procedimentos técnicos das práticas de cuidado, como, por exemplo, nas consultas de enfermagem, os modos de operação mudaram, repercutindo em melhora da qualidade, do acesso e da resolubilidade da assistência, visto os relatos que mencionaram aproximação da atenção básica com outros níveis de assistência para discussão de fluxos melhorarem no atendimento à demanda espontânea, acompanhamento dos usuários durante seu caminho na RAS, entre outros.

Fernandes e Silva (2013) destacam que o cuidado é a marca do trabalho da enfermagem, e as atividades gerenciais que desenvolve têm como finalidade a qualidade desse cuidado, de maneira que o distanciamento entre as dimensões cuidar e gerenciar pode comprometer essa qualidade, além de provocar conflitos no trabalho do enfermeiro, tanto no que se refere à sua prática, quanto na sua relação com a equipe.

As consultas não mudaram muito porque já eram uma experiência bem-sucedida que eu tinha e que eu trouxe e a gente manteve. Enf8, m2.

Pra mim não era novo, porque eu já tinha passado por esse processo lá no Rio, e eu passei tudo pra minha equipe, então foi bem tranquilo. Enf 2, m1.

As depoentes acima expressaram ter uma experiência anterior com o PMAQ-AB, que vivenciaram em outro município no ciclo anterior, e que ficou como contribuição positiva para a prática no município em que trabalham atualmente. Observa-se assim que algumas propostas sugeridas pelo PMAQ-AB são incorporadas pelas enfermeiras, tornando-se rotina no seu cotidiano de trabalho.

Outro ponto a contribuir para a não mudança nas atividades técnicas está no uso dos protocolos do Ministério da Saúde. Conforme visto, os enfermeiros relatam que sua prática está apoiada nas normas estabelecidas pelo MS, de maneira que a necessidade de seguir tais determinações pode acabar engessando sua prática, já que parecem ter alguma dificuldade de atuar fora daquilo que está determinado.

Os protocolos, na condição de ferramentas utilizadas nas práticas de cuidado dos enfermeiros, são um importante norteador na medida em que subsidiam e



legitimam as condutas do enfermeiro, no entanto, para que não limitem sua prática apenas ao que está determinado como documento oficial do MS, é necessário um olhar mais ampliado para eles, adequando-os às especificidades locais por meio da construção coletiva, da troca de saberes e do processo reflexivo (ARAÚJO et al., 2017).

A participação na construção do protocolo, além de qualificar o enfermeiro, também qualifica o documento, que será o resultado do compartilhamento de experiências, contribuindo, assim, para maior segurança e legitimação do cuidado (ARAÚJO et al., 2017). No que se refere às mudanças em termos de organização, surgiram os seguintes pontos:

### **6.1 Levantamento do perfil epidemiológico como ponto de partida para o cuidado**

Considerando a participação no PMAQ-AB, os enfermeiros estabeleceram um levantamento do perfil epidemiológico, que foi elaborado com base na construção de planilhas para identificação dos grupos de risco, facilitando a atualização dos usuários para o acompanhamento da equipe. Observou-se que, apesar de o diagnóstico situacional se constituir como uma diretriz da Atenção Básica (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017), tanto na versão de 2017 quanto nas anteriores, os enfermeiros não tinham essa prática como rotina para subsidiar o planejamento das ações.

Chama a atenção a fala da enfermeira 2, quando menciona que tenta resgatar os usuários no início do ano, o que demonstra que a atualização das informações do levantamento não é realizada continuamente, o que sugere interrupções no acompanhamento. Considerando que os ACS precisam visitar mensalmente as famílias, a atualização das informações sobre os grupos de risco deveria ser permanente, acontecendo durante as visitas, entretanto, isso parece não ocorrer.

Os quantitativos de hipertensos e diabéticos foram levantados, ficou um dado mais próximo da realidade, do perfil epidemiológico. Enf 13, m2.

Passei a ter levantamento de paciente asmático, doenças crônicas respiratórias, de deficiente, que a gente sabia quem era o paciente que tinha deficiência, mas não tinha anotado, nós não tínhamos registrado, assim, em grupo, nenhum grupo específico, tava no meio dos pacientes restritos mais ou menos assim, e acho que paciente oncológico, bolsa família. A gente passou a ter, a gente sabe que tem um pessoal do bolsa-família, que tem um mapa aqui, que pesa, que mede sempre teve estas atividades do bolsa família, mas não tínhamos anotado neste grupo, então esse registro que a gente passou a ter mais. Enf14, m2.

A gente criou várias planilhas de busca ativa para os agentes comunitários que eles usam até hoje, eles mesmos disseram que isso ajuda pra caramba, pelo menos no início do ano, que a gente tenta resgatar todo mundo. Enf2, m11.

Identificou-se que o levantamento do perfil epidemiológico contribuiu para a realização do planejamento das atividades. Um instrumento do PMAQ-AB, a matriz de intervenção, também foi incorporado por algumas equipes, facilitando ao enfermeiro a reorganização das práticas de cuidado.

Então, a gente fez um planejamento com as metas que a gente tinha que alcançar e aí ia conferindo aquilo que a gente ia conseguindo alcançar, junto com o apoiador da época. A gente fez um planejamento, conforme ia alcançando, vinham outras metas pra gente alcançar, a gente ia fazendo a construção da matriz. Enf10, m2.

A gente começou a fazer as matrizes, mas no final todo mundo acabou participando da confecção de todas as matrizes e com as implementações que a gente conseguiu fazer [...] A gente tentou também, até pelas matrizes, viu que estavam deficientes alguns grupos, que a gente não tinha, mas a gente ficou tentando fazer, por exemplo, o grupo de tabagismo, que estava na nossa matriz. Enf,3, m2.

Um dos compromissos das equipes da atenção primária ao assinar a adesão ao programa, de acordo com o instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2015), são a programação e a implementação de atividades considerando os indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade. Nessa perspectiva, observa-se, pelas falas, que o enfermeiro, considerando o PMAQ-AB, tem atendido a essa atribuição.

De acordo com a PNAB (2017), são atribuições comuns a todos os profissionais da ESF: fazer o mapeamento da área de atuação, com definição de território e identificação de grupos, famílias e indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade e análise da situação de saúde dos indivíduos adscritos com posterior planejamento das ações. Desse ponto de vista, o diagnóstico situacional e o planejamento são atividades estabelecidas aos profissionais, entendendo-se, portanto, que já seriam incorporadas à prática cotidiana do enfermeiro. Todavia,

observa-se dificuldade em operacionalizá-los, de maneira que o PMAQ-AB se torna um norteador das práticas necessárias à concretização da PNAB.

Além de observar que o perfil epidemiológico não está inserido no escopo de práticas de cuidado dos enfermeiros já consolidadas, há que se considerar ainda que ele, na qualidade de objeto da saúde coletiva, deve produzir práticas apoiadas na compreensão dos determinantes do processo saúde doença e nos perfis de reprodução social, pois, de outra forma, tais ações não serão capazes de responder às demandas estabelecidas (VIANA et al., 2013). Desse modo, mais que incluir o perfil epidemiológico na rotina dos serviços, será necessário interpretá-lo segundo uma análise social para planejar ações que também viabilizem mudanças estruturais.

## 6.2 Planejamento das ações como ferramenta de cuidado

O planejamento surgiu como uma importante mudança na dimensão gerencial do enfermeiro. Tendo em vista os relatos, foi possível identificar que, com o levantamento do perfil epidemiológico e a identificação dos grupos em situação de risco e vulnerabilidade, o enfermeiro conseguiu programar mais adequadamente suas ações junto com a equipe.

A gente consegue hoje formular muito melhor nossas ações frente a essa avaliação. A gente conseguiu fazer isso melhor, essa programação, um cuidado mais programado Enf1, m1.

Aí a gente fez o levantamento de todo material que precisava para as unidades, o que tinha de medicamento, de estrutura, a gente foi fazendo as etapas e enviando para a coordenação pra ir adequando e melhorando o serviço. Enf3, m1.

A gente constrói uma intenção em equipe, faz um planejamento do processo de trabalho e a partir daí a gente reavalia e continua a refletir, planejando o nosso processo de trabalho o tempo todo. Enf8, m2.

A gente faz no mínimo de 15 dias 15 dias. A gente senta e vê o que vai fazer e grupos e ver o que a gente vai fazer pelo trabalho de equipe e não era feita a organização da equipe, era uma coisa assim... qual o problema que a equipe tinha? O que a gente tem que resolver? Era só para resolver e nunca para melhorar. Agora não, agora a gente planeja mesmo, né? Óbvio que, muitas vezes, a gente não consegue fazer aquilo tudo, mas é planejado e isso é muito legal. Enf7, m2.

É importante destacar que os discursos dos enfermeiros retratam que o planejamento tem sido feito com a participação da equipe, o que aponta um método participativo em sua construção. Ao adotar a postura de uma gestão compartilhada, o enfermeiro permite que os profissionais que integram a equipe se sintam parte do processo e da tomada de decisão, o que também permite a diversidade de ideias, pensamentos, dinamizando os serviços. Entretanto, não houve menção a respeito da participação da população na construção do planejamento, de maneira que ainda é necessário avançar nesse ponto, que, além de ser um dos princípios do SUS, também é uma das diretrizes da Atenção Primária e um dos objetos de avaliação do PMAQ-AB.

As unidades de saúde da família são consideradas espaços propícios para o estímulo à participação popular. Estão inseridas no território da comunidade, o que pressupõe algum vínculo dos trabalhadores com os usuários da localidade, favorece a proximidade, o que também contribui para a compreensão acerca das necessidades da comunidade e oportuniza momentos de discussão e reflexão conjuntos (BUSANA, HEIDEMANN, 2015; FERNANDES et al., 2017))

A interação dos profissionais de saúde com outros atores nos movimentos populares potencializa as ações, contribuindo para os avanços, já que permite a composição de saberes na construção de novos conhecimentos (COELHO, 2012).

Para além de somente identificar as demandas de saúde da comunidade, é preciso que o enfermeiro possa, junto com a equipe e a população, analisar, de forma mais profunda, o cerne das questões sociais que resultaram nos problemas identificados, no sentido de incluir em seu planejamento muito mais que ações pontuais, mas ações com potencial de transformação dos determinantes do processo saúde-doença.

### 6.3 Implementação dos livros de acompanhamento

#### 6.3.1 Livro de referência e contrarreferência

Outra atribuição dos integrantes das equipes de atenção primária, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), trata da responsabilização pela população adscrita, de modo a manter a continuidade do cuidado em outros pontos de atenção ao Sistema de Saúde. Assim, o instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB indaga à equipe se há acompanhamento dos usuários encaminhados a outros níveis de atenção, bem como aqueles encaminhados para a realização de algum exame na rede. Durante as entrevistas, os enfermeiros mencionaram que foi necessária a criação de um livro de referência e contrarreferência para a garantia desse acompanhamento, pois não havia nenhum instrumento com essa finalidade.

A gente tinha os dados, vou dar um exemplo. Preventivo a gente tinha o dado que a paciente tinha feito preventivo, eu tinha o resultado do preventivo, mas não tinha os dados da continuidade, por exemplo, se eu tinha pedido uma mamografia. Não sabia se ela tinha sido feita ou não, se alguém tinha avaliado aquele exame ou não, entendeu? E através do PMAQ é que a gente ganha importância dessa avaliação de ter um controle de quem foi feito se não foi feito isso. E não é só esse exemplo na saúde da mulher, não. Na saúde do homem, da gestante. Através disso, a gente tem um controle. Agora a gente tem um livro para cada coisa, por exemplo, eu coloco no dia que eu faço preventivo. Se eu pedir ultrassonografia, eu marco um X, tem o dia lá. Então 30 dias depois eu peço pro ACS ir atrás, se ela não voltar com o resultado do exame eu peço ao agente pra poder ir atrás, se ela não marcou, a gente vai poder saber por quê. Se foi ela que não procurou, se não conseguiu na rede... algum motivo tem que ter. O PMAQ me mostrou que isso é importante. A gente tem controle sobre isso. Enf7, m2.

A reorientação do modelo assistencial de saúde com respaldo na Atenção Primária ocorreu como alternativa ao modelo biomédico, que tem ênfase nas ações curativas e foco no indivíduo doente. Sendo a saúde da família a estratégia preferencial para a consolidação da atenção básica e os princípios do SUS o eixo de suas ações, identifica-se que a garantia desses princípios na prática cotidiana é um dos maiores desafios dos profissionais de saúde (FRACOLLI et al., 2011; NASCIMENTO, 2018; SILVA, 2015).

A integralidade, no sentido de conjunto articulado de ações entre os diferentes níveis de atenção, impõe aos trabalhadores um modo de atuar diferente e mais dinâmico, sobretudo de responsabilidade pela continuidade do cuidado aos indivíduos.

Apesar de se apropriarem dessa ideia, parece que os enfermeiros apresentam uma dificuldade em operacionalizá-la na prática. O fato de saber e de ter conhecimento teórico não se traduz em ação no sentido de encontrar caminhos para sua concretização. A fala acima retrata que o PMAQ-AB apontou a necessidade de continuidade na assistência, e o enfermeiro, compreendendo a importância do acompanhamento contínuo, se organizou de modo a cumprir a exigência estabelecida pelo programa, pela implementação dos livros de referência e contrarreferência e de preventivo, conforme a fala destacada.

Refletir sobre a integralidade também exige do enfermeiro pensar sobre a organização da rede de saúde do território em que atua, além de proporcionar uma análise do quanto sua prática de cuidado tem reforçado o modelo biomédico ou tem se afastado dele.

Obviamente que a garantia da integralidade no sentido de articulação de ações nos diversos âmbitos de atenção não depende apenas da atuação do enfermeiro, mas de um conjunto de intervenções, pois a mudança no processo de cuidar do profissional não será suficiente sem uma reorganização dos processos de trabalho de toda a rede.

É preciso considerar que o enfermeiro, na condição de agente político, consciente de seu papel de articulação tanto dentro de sua equipe, quanto na comunidade e ainda na rede de serviços, pode provocar movimentos de discussão no âmbito da gestão de modo a produzir encontros para a construção e aperfeiçoamento da rede de cuidados.

Nesse sentido, para além de apenas criar livros de registros para o controle dos usuários, o enfermeiro pode e deve ampliar sua intervenção, provocando mudanças ainda maiores na produção do cuidado.

Considerando a saúde da família a coordenadora do cuidado, espera-se que ela seja capaz de desencadear práticas que tenham por objetivo interligar ações entre os serviços, em diferentes fontes, com diferentes atores, compartilhar informações, avaliar e decidir conjuntamente e se responsabilizar pelo usuário,

assegurando a longitudinalidade e a integralidade, formando, assim, uma malha de cuidados progressivos e ininterruptos (ASSIS, 2015; JUNIOR et al., 2015).

#### **6.4 Ampliação do acompanhamento para agravos voltados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo. No Brasil, a taxa de mortalidade foi de 540 óbitos por cada 100.000 habitantes em 2007 (BRASIL, 2011).

Estudos apontam que determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, contribuem para alta prevalência das DCNT e fatores de risco (DUNCAN et al., 2011; MALTA, MERHY, 2010; WHO, 2008).

O Ministério da Saúde criou em 2011 um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, que propõe ações baseadas em fatores de risco modificáveis como tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade.

Uma das estratégias diz respeito ao cuidado integral pela definição de uma linha de cuidado ao portador de DCNT, com projeto terapêutico adequado, vinculação à equipe e garantia da integralidade e continuidade do acompanhamento. Para o desenvolvimento dessa estratégia, o plano aponta como ações necessárias (BRASIL, 2011):

- a) Garantia de acolhimento e acesso;
- b) Implementar diretrizes clínicas;
- c) Garantir vinculação dos usuários à Atenção Primária;
- d) Implantar estratégias de risco global para as DCNT para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas;
- e) Estratificar os usuários segundo risco e planejar projetos terapêuticos individuais e coletivos; e
- f) Estabelecer ações de prevenção com enfoque na adoção de modos saudáveis.

g) O instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB (BRASIL, 2015) questiona acerca das DCNT se as equipes:

h) Identificam e mantêm registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma, câncer e DPOC.

i) Organizam a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco;

j) Realizam ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas;

k) Desenvolvem ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território;

l) Incentivam e desenvolvem práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território; e

m) Desenvolvem estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável, respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.

O exercício de autoavaliação proporcionado pelo PMAQ-AB sinalizou às equipes a necessidade de levantamento e atualização do cadastro dos usuários com algum tipo de doença crônica, bem como a realização da estratificação de risco, o que ajudou a definir a periodicidade de atendimentos, conforme se observa dos relatos abaixo:

O PMAQ contribuiu para a gente conseguir dividir isso muito bem e nortear junto aos ACS e junto aos próprios usuários, né? Principalmente algo que tava muito nebuloso para gente, que era o hipertenso diabético. Com o término do hiperdia, a gente... a gente teve que fazer a classificação, porque de novo o fato de a gente ter ali o número de consultas, não tava muito claro não estava na época, por exemplo o diabético vai saber quando faz e tudo...A gente conseguiu fazer isso melhor, essa programação. Um cuidado mais programado, entendeu? Para além do pré-natal, que era que a gente já tinha, falo algo bem mais sólido. Enf1, m1  
Nós tivemos vários desdobramentos em relação ao PMAQ. Então em cima disso houve um resgate a nível de doenças crônicas. Enf5, m1.

Depois do PMAQ, eu tive uma abertura maior pra acompanhamento do hiperdia, eu senti necessidade de ter um acompanhamento mais rigoroso. Enf13, m2.

O PMAQ ajudou bastante. E para eles (ACS) também assim o controle é melhor do hipertenso, diabético. Enf9, m2.

Outra ação desencadeada pelo PMAQ-AB foi o incentivo às ações voltadas para os usuários do tabaco, como se constata na fala a seguir:



A gente tentou também, até pelas matrizes, viu que estavam deficientes alguns grupos, que a gente não tinha, mas a gente ficou tentando fazer, por exemplo, o grupo de tabagismo, que estava na nossa matriz. Enf 3

Apesar dos discursos acerca do reforço do PMAQ-AB para o maior acompanhamento dos usuários com alguma doença crônica, não foram observadas mais ações voltadas para esse grupo.

As entrevistas, como um todo, parecem mostrar que as práticas de cuidado voltadas para a área da saúde da mulher estão mais bem definidas nos dois municípios, enquanto as referentes às doenças crônicas estão ainda sendo delineadas, em alguns casos, sendo iniciadas após o processo de avaliação do PMAQ-AB.

Apesar de o padrão estabelecido pelo PMAQ-AB descrever com detalhes os pontos a serem alcançados, os enfermeiros não mencionam outros aspectos que possam sugerir que as práticas sejam apoiadas nas necessidades dos usuários, considerando suas singularidades e os determinantes sociais da saúde/doença. Compreende-se que, pelo fato de as práticas de cuidado voltadas para as doenças crônicas ainda serem incipientes nas equipes, a principal contribuição do PMAQ-AB, nesse caso, foi bastante primária, como partir do levantamento dos usuários e fazer a estratificação de risco, conforme estabelece o protocolo do Ministério da Saúde sobre a periodicidade do acompanhamento.

O estudo revela que, apesar de o PMAQ-AB ter desencadeado uma maior atenção dos enfermeiros para o campo das doenças crônicas, ainda há muito a avançar nessa área, sobretudo no que se refere à construção de projetos terapêuticos, às ações de promoção da saúde, com vistas à produção de modos de viver mais saudáveis. É preciso ainda atentar para a superação do cuidado a partir da clínica tradicional, centrada na doença. Muito mais do que cadastrar esses usuários, no sentido de quantificar, é necessário olhar para esses sujeitos, considerando seu contexto de vida, o território em que vivem, seus sentimentos, medos, sua capacidade de autocuidado e também de escolhas, inclusive na construção do seu plano de tratamento.

## 6.5 Qualificando as reuniões de equipe

Dois estudos realizados na região Sul do país, um de 2016 e outro do ano 2000, destacam a relevância da maior periodicidade das reuniões de equipe (GOMES et al., 2000; LIMA et al., 2016). O estudo do ano 2000 teve como cenário um hospital universitário, enquanto o de 2016, unidades básicas de saúde.

A duas investigações inferiram que o cuidado, por ser produzido pela equipe com a participação de profissionais de múltiplas categorias, deve ser avaliado e pensado em espaço coletivo.

O instrutivo do PMAQ-AB recomenda como padrão esperado que as reuniões tenham periodicidade semanal ou quinzenal, com duração adequada para discussão de temas voltados à organização do trabalho, diagnóstico e monitoramento da situação de saúde do território, troca de conhecimentos, educação permanente, planejamento de atividades, visitas domiciliares, grupos educativos, avaliação de indicadores, discussão de casos clínicos, construção de projetos terapêuticos e atividades a serem desenvolvidas pelas equipes de apoio matricial (BRASIL, 2015).

De acordo com o instrutivo, apenas a regularidade semanal ou quinzenal não é suficiente para que o padrão estabelecido pelo programa seja alcançado, mas espera-se que as reuniões sejam produtivas, considerando os temas já mencionados.

Assim como em outros estudos (GOMES et al., 2010; LIMA et al., 2016), as entrevistas com os enfermeiros apontaram que as reuniões eram realizadas, mas apenas para resolução de problemas pontuais, sem discussão dos temas propostos pelo PMAQ-AB, conforme se constata nas falas abaixo.

Outra coisa também que a gente adequou foi a questão das reuniões de equipe, que a gente não dava tanta importância na questão da regularidade, separar um espaço de tempo para essas discussões, para esses ajustes, e hoje nós temos as reuniões regulares às quartas-feiras à tarde, o que é importante. Enf2, m2.

Às vezes, era uma questão a que a gente não dava tanta atenção antes e hoje vemos o quanto isso é importante para eles, a questão da reunião de equipe, a periodicidade dessa reunião. Então observamos que realmente é importante, porque antigamente fazíamos quando tinha uma situação. Pós-PMAQ não, a gente começou a criar regras e essas regras beneficiaram bastante aqui. Na comunicação, na nossa própria organização aqui. A equipe ficou mais coesa, porque como todo mundo participou, todo mundo se sentiu responsável, então todo mundo é responsável por tudo, apesar

dos agentes comunitários de, cada um ter a sua microárea, mas quando se fala de arquivo, todos são responsáveis porque envolve a nossa área. Como falei, as questões das reuniões, a periodicidade das nossas reuniões, a questão mesmo da organização do nosso trabalho facilitou, clareou tudo. Enf12, m2.

O espaço das reuniões de equipe, apesar de constituído, necessita de reconhecimento e fortalecimento pelos trabalhadores na condição de espaço legítimo de produção de cuidados, pois é nele que podem ser estabelecidas oportunidades de crescimento, tomada de decisões segundo um raciocínio crítico-reflexivo coletivo, fomentado pelo próprio enfermeiro.

Cabe ponderar que, apesar de as reuniões terem potencial agregador, não se pode deixar de considerar que também são espaços de tensões e lutas por interesses, que podem ser individuais ou coletivos, ou até mesmo de conflitos por divergências de opiniões. Em qualquer dos casos, a liderança e o perfil gerencial dos enfermeiros são fundamentais para a mediação das discussões no sentido de direcionar o debate a um consenso para a tomada de decisão.

Gomes (2000) destaca como alguns dos entraves para as reuniões de equipe: administração inadequada do tempo de reunião, falta de objetividade, dificuldade das pessoas colocarem suas opiniões, direcionamento do espaço apenas para a resolução de problemas pessoais, ausência de compartilhamento de responsabilidades entre o grupo e sentimento de baixa resolutividade.

Mediante a compreensão de que as atividades gerenciais são parte do cuidado do enfermeiro, conforme já analisado, entende-se que há um caminho a ser percorrido. O primeiro passo é o reconhecimento das reuniões de equipe como espaços de aprendizado, avaliação e planejamento do cuidado, portanto, se ainda não instituído, há necessidade de ser criado. O segundo passo, se já estabelecido, que se torne oportunidade de fortalecimento do grupo como equipe, com vistas ao permanente aprimoramento dos trabalhadores no desenvolvimento de sua prática. E por último, a busca incessante da qualidade do cuidado destinado ao usuário, segundo a qualificação tanto do enfermeiro quanto de sua equipe.

## 6.6 A indissociabilidade entre o registro e as práticas de cuidado como critério de qualidade

O registro pode ser compreendido como uma das formas de avaliação da qualidade do cuidado prestado dentro dos serviços de saúde (ANDRADE et al., 2014; DONABEDIAN, 1992; MARASQUIN et al., 2004)

Estudos anteriores confirmam os resultados dessa investigação quando apontam que os registros de enfermagem têm sido considerados uma questão importante para reflexão, pois foram observadas, com frequência, ausência ou insuficiência desses relatos acerca das práticas de cuidado desenvolvidas, como se constata com a fala abaixo. (BRASIL et al., 2015; COSTA et al., 2010; DIAS et al., 2011).

No caso da enfermagem, me ajudou bastante a organizar os meus registros de livros. Eu tinha alguns livros, mas era um pouco preenchido ou preenchido de forma incompleta. Não tinha todos aqueles registros da forma como o PMAQ pede. Enf9, m2.

A ESF, na condição de campo de prática multiprofissional, deve ter nos registros da equipe, subsídios para análise da situação de saúde do território, tanto individual quanto coletivamente, o que contribuirá para o planejamento de um cuidado de melhor qualidade. Nesse sentido, registros de qualidade geram cuidado de qualidade, sobretudo, se analisados considerando o compartilhamento de saberes. O relato abaixo mostra a valorização do registro pela enfermeira 4, quando destaca que, a partir dele, foi capaz de controlar melhor os indicadores de saúde e fazer o planejamento tendo como referência os dados analisados. Igualmente, menciona que os registros contribuíram para dar notoriedade ao trabalho desenvolvido.

O que mudou com o PMAQ foi registro, porque antigamente a gente fazia, mas não tinha tudo tão registrado, e o trabalho acabava não aparecendo tanto. Então, o fato de registrar, a gente acabou conseguindo controlar mais a área, ver os indicadores, você conseguia fazer uma intervenção a partir daqueles dados gerados porque o que você registrou, gerou informação. Então você conseguia fazer intervenção. Enf4, m2.

Aspectos como a pouca valorização do registro, o déficit de pessoal e a grande demanda de trabalho surgem como algumas causas para a ausência ou insuficiência dos registros na área da enfermagem em um estudo bibliográfico que avaliou serviços ambulatoriais e hospitalares em artigos de 1998 a 2008 (DIAS et al., 2011). O mesmo foi observado nas falas das próximas depoentes, que mencionaram tanto o pouco tempo para registro, considerando as atividades que realizam, quanto a informalidade com a qual as informações eram tratadas.

A questão do registro, o PMAQ reforçou muito, porque a tendência dentro de uma unidade é a gente caminhar pra feito, realizado, a coisa descritiva com riqueza de detalhes, né, a gente acaba reduzindo muito por causa das demandas. Enf1, m1.

Então o que mudou foi o nosso controle, né, a gente começou a ter o controle registrado porque assim ela ficava muito informal isso, às vezes, a gente não tem muito tempo devido à correria mesmo do dia a dia então eu conheço, a gente conhece, o enfermeiro da Estratégia conhece o paciente, conhece todas as famílias. A maioria, por exemplo, pelo menos aí eu sabia que tinha alguma gestante que não estava vindo, então eu encontrava ali com o agente comunitário no corredor. Fulano, você tem que ir lá ver por que a gestante não está vindo. Era muito assim. Isso não, a gente registrada e é ruim que, às vezes, a gente esquece que a gente fez isso, que a gente já tomou essa atitude, então depois do PMAQ, a gente viu a necessidade de estar registrando. Enf11, m2.

Destaca-se na fala da depoente, a seguir, que o processo de avaliação realizado por uma instituição externa, como é o caso do PMAQ-AB, contribui fortemente para a maior valorização do registro pelo enfermeiro. O recorte do discurso parece apontar uma divergência nas informações, já que a enfermeira menciona que os profissionais têm o cuidado de registrar suas ações, alimentando um sistema de informações, mas, em seguida, relata que todos os registros são por escrito. Observa-se assim que o sistema de informação utilizado na ESF parece não ser completo, o que exige da equipe uma complementação de registro de informações fora do sistema de informações oficial, que, anteriormente, era o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), atualmente o E-sus.

Quando você se dá conta de que seu trabalho é avaliado, as práticas que você desenvolve têm um peso muito forte e que o Ministério da Saúde está atento a isso, você acaba documentando mais, registrando mais. A questão do registro em prontuário é fundamental. A aqui a gente tem esse cuidado, está sempre registrando, está sempre alimentando aquele sistema embora seja tudo por escrito, mas a questão do registro é super importante, acredito que seja isso. Enf2, m2.

Além do registro em sistema de informação, os enfermeiros também mencionaram o prontuário como instrumento de cuidado, conforme as falas das enfermeiras 2, 5 e 14.

A questão do relato dos livros. Eu passei a ter mais cuidado com o registro. Muita coisa antes da visita do PMAQ. Não que eu não desse valor às anotações. Lógico, o prontuário sempre em primeiro lugar, sempre tudo que você usa com o paciente você coloca no prontuário. A questão dos livros, de separar, de estar sempre anotando rotina, ocorrências, a questão mesmo das agendas. Enf5, m2.

O que eu vejo de contribuição do PMAQ é que talvez eu me foquei mais na questão de registros que a gente não tinha muito não. Não que não tinha, a gente tem no prontuário. Tudo aqui é registrado até mesmo as nossas ... é registrado ser for preciso. Mas eu não tinha registro assim de quantas pessoas tem na mesma idade, que eu pedi para mamografia, esse tipo de número eu não tinha aqui, é que eu passei a adotar, registro que eu tinha de preventivo, pré-natal era básico. O registro que eu passei a adotar para o PMAQ continuo adotando. Enf14, m2.

Para o COREN (2010), prontuário é qualquer documento padronizado e organizado que diz respeito ao registro dos cuidados prestados, bem como aos demais documentos referentes a essa assistência.

Para Vasconcelos (2008), o prontuário é composto por um conjunto de informações, sinais e imagens, considerando os acontecimentos sobre a saúde do indivíduo e o cuidado prestado a ele. Possibilita a comunicação entre a equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Seu conteúdo pode contribuir para os processos de gestão, ensino, pesquisa e na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

Além do prontuário individual, o prontuário familiar se constitui como um requisito fundamental na estratégia de saúde da família, pois garante o acesso a informações das ações desenvolvidas pela equipe a toda a família. É, nesse sentido, um componente imprescindível à melhor qualidade do cuidado prestado pela equipe às famílias, podendo também ser utilizado em casos relacionados às questões éticas e legais.

De acordo com a enfermeira 11, o PMAQ-AB contribuiu, impulsionando a equipe à organização dos prontuários por famílias, apontando avanço da equipe no que se refere a esse tipo de registro.

Constatou-se que, antes do PMAQ-AB, algumas equipes não haviam implantado o prontuário familiar, o que também foi observado em um estudo feito

pela Fundação Cesgranrio para o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, entre 2005 e 2006, quando 88 unidades de saúde da família foram avaliadas a respeito do registro dessas informações (PEREIRA et al., 2008).

A partir do PMAQ-AB começamos a desenvolver um processo de melhoria mesmo, a gente começou a desenvolver organização, a organizar mesmo os prontuários, os arquivos, separando por famílias. Enf 11, m2.

No que se refere ao registro de enfermagem, a Resolução COFEN nº 429/2012 é o documento que define o registro das ações profissionais no prontuário em meio tradicional ou eletrônico, sendo informado na Resolução COFEN nº 358/2009 que os registros clínicos deverão ser relatados com base nas etapas da Sistematização da Assistência em Enfermagem.

Um estudo feito em Santa Catarina identificou que a maioria dos enfermeiros gerentes de unidades básicas desconhecia a SAE e não a aplica em seu cotidiano (MAROSO et al., 2015). Igualmente, outra investigação feita em São Paulo evidenciou que os enfermeiros ainda não incorporaram a SAE na sua rotina de trabalho (RIBEIRO, PAVODEZI, 2018). Ambos apontam, como algumas dificuldades na sua aplicação, a falta de capacitação/preparo, excesso de atividades e condições inadequadas de trabalho.

Observou-se que, apesar de o registro aparecer como uma das principais mudanças na prática de cuidado do enfermeiro na ESF a partir do PMAQ-AB, esse registro não tem relação com a SAE. Sendo o PMAQ-AB uma ferramenta de avaliação do trabalho das equipes da atenção básica, não especificamente do enfermeiro, é compreensível que a SAE não apareça nos relatos. Entretanto, as menções feitas pelas enfermeiras sobre os registros realizados nos prontuários poderiam levar a uma reflexão a respeito da aplicação da SAE nas consultas de enfermagem, no entanto isso não ocorreu.

Para Carvalho e Bachion (2009), a sistematização implica a organização de um sistema, podendo ser feita de diversas formas, como a uniformização de procedimentos, o uso de protocolos e o processo de enfermagem. Nessa perspectiva, a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde, conforme relatado pelas enfermeiras, pode ser considerada uma forma de sistematização da assistência, sem, entretanto, o reconhecimento dessas profissionais a esse respeito.

Ainda sobre esse aspecto, o processo de enfermagem, a partir da composição de suas cinco etapas, também poderia ter sido mencionado pelas enfermeiras nas falas relacionadas às consultas de enfermagem, ou no seu registro, todavia isso não foi observado. Desse modo, infere-se que as participantes do estudo não aplicam a SAE nas suas práticas de cuidado, ou se aplicam, não registram ou não o mencionaram. Pelo fato de a avaliação ter sido feita segundo os instrutivos do PMAQ-AB e ele não incluir itens de avaliação a respeito da SAE, considera-se, assim, que o acesso a essa informação ficou limitado.

Araújo et al. (2017) defendem que “Todas as práticas de cuidar merecem e devem ser registradas. Cuidar e registrar são verbos de ação para onde convergem as imagens passadas de um cuidado que têm implicações futuras para o paciente”. Nessa direção, a existência de um sistema de informações que inclua os dados necessários e relevantes a todos os profissionais da equipe pode contribuir de modo significativo tanto para facilitar a esses trabalhadores a prática do registro, quanto na sua utilização para gerar mais qualidade ao cuidado prestado.

A Resolução nº 7 de 24, de novembro de 2016, instituiu o prontuário eletrônico como modelo de informação na atenção primária. No âmbito do SUS, o sistema e-sus prevê a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para todos os usuários atendidos nos diferentes serviços, além de possibilitar a inserção de informações gerenciais no intuito de impulsionar a qualidade da assistência em saúde (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018; BRASIL, 2019).

Estudos evidenciam um esforço no sentido de incentivar a aplicação da SAE através do processo de enfermagem informatizado (ALMEIDA, 2011; BARRA, 2009; DAL SASSO et al., 2013; FLORENCIO, 2010). Entretanto, ainda há muito a avançar nesse aspecto, principalmente na atenção primária.

São elencadas como vantagens do prontuário eletrônico (ALBUQUERQUE, 2017; FLORÊNCIO, 2010; MASSAD et al., 2003; POSSARI, 2008):

- a) Agilidade no acesso às informações;
- b) Melhor acompanhamento dos procedimentos realizados;
- c) Legibilidade;
- d) Possibilidade de emissão de relatórios e cruzamento de informações;
- e) Maior efetividade dos cuidados com menor gasto;
- f) Ampliação de espaço das unidades, pois não haverá necessidade de armazenamento de informações em meio físico; e



- g) Possibilidade de incluir no Sistema, alertas importantes relacionados à situação de saúde dos indivíduos.
- h) E como desvantagens:
- i) Falta de treinamento no sistema;
- j) Ausência das etapas da Sistematização do processo de enfermagem (PE) no prontuário eletrônico do paciente (PEP);
- k) Ferramenta PEP pouco valorizada;
- l) Quantitativo insuficiente de computadores;
- m) Resistência dos profissionais à informatização;
- n) Falha de hardware ou software; e
- o) Necessidade de investimento em medidas de segurança quanto ao sigilo dos dados.

Observa-se que a informatização pode ser utilizada pelo enfermeiro como uma ferramenta importante no desenvolvimento de suas atividades. Ela permite o processamento de dados segundo informações oriundas da assistência prestada, assim como pode orientar a decisão do plano de cuidados segundo dados advindos do contato com o usuário. Portanto, contribui para o planejamento da assistência, para a desburocratização das atividades gerenciais e ainda para a adoção do pensamento crítico, pelo raciocínio investigativo e pela busca permanente de informações que contribuem para a tomada de decisões e para o estabelecimento de evidências científicas. A informatização de toda a rede de serviços, com compartilhamento do prontuário eletrônico, pode ser compreendida ainda como um dos caminhos para o alcance da integralidade.

### **6.7 Auriculoterapia: uma nova prática de cuidado do enfermeiro**

Um dos aspectos avaliados pelo PMAQ-AB é a oferta de práticas integrativas e complementares (PIC) com vistas à ampliação da abordagem clínica pelas equipes de atenção básica. A proposta é que as práticas sejam inseridas no plano terapêutico individual, enriquecendo a oferta terapêutica (BRASIL, 2015b).

A autoavaliação sugerida pelo PMAQ-AB fomentou nas enfermeiras uma reflexão acerca da disponibilidade de alguma terapia complementar nas unidades, e,

reconhecendo não haver práticas de cuidado nesse âmbito, foram provocadas a buscar formação na área, ampliando seu escopo de conhecimento, conforme observado nas falas abaixo.

Outra coisa que lembrei que aconteceu como desdobramento do PMAQ, que eu comecei a desenvolver ações de práticas integrativas na unidade. Eu fiz um curso oferecido pelo Ministério da Saúde e agora temos o grupo de auriculoterapia. Enf8, m2.

Uma das coisas que eu achei muito interessante que eu busquei pra aplicar foi das práticas integrativas, que foi um item avaliado, e aí eu me capacitei, fiz um curso do Ministério da Saúde e me capacitei em auriculoterapia e hoje a gente tem um grupo regular, toda sexta-feira. Isso foi um dos cuidados que a gente adequou na unidade depois da participação do PMAQ. Enf2, m2.

A capacitação mencionada pelas enfermeiras foi uma oportunidade oferecida pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS)/DAB/SAS em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina, que tinha como objetivo formar profissionais de nível superior da atenção primária em auriculoterapia por meio de ensino semipresencial.

A auriculoterapia ou acupuntura auricular está inserida em um grupo de técnicas terapêuticas ancoradas na Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Esse método tem como objetivo estimular o pavilhão auricular para obter um efeito terapêutico positivo na parte doente do corpo, ou meridiano em desequilíbrio. A partir desse princípio, são utilizados ementas de mostrada e outros materiais, como cristais de quartzo, em substituição às agulhas (FONSECA, 2011).

Através da Portaria 971 começou a ser considerada uma prática multiprofissional pelo SUS e pelo COFEN, a Resolução COFEN nº 581, de 2018, que dispõe sobre as especialidades dos enfermeiros, reconhece a Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares como uma especialidade na área da saúde coletiva, resguardando, assim, a atuação do enfermeiro nessa área.

A enfermagem assim como as PICs, têm princípios convergentes na medida em que ambas tomam o ser humano e suas relações como cerne do cuidado, se apoiando na compreensão do sujeito como um todo, entendendo o processo de adoecimento pela sua relação com o meio e do equilíbrio ou desequilíbrio proveniente dessa relação.

No âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde tem sido o espaço de maior aplicação das PIC (LIMA, TESSER, 2014). Entretanto, a enfermagem é a categoria

que menos as utiliza em sua prática. De acordo com dados do Sistema Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), em 2015, dos “928.436 procedimentos de acupuntura realizados, 45% foram por médicos, 40% por fisioterapeutas, 6% por psicólogos e 4% por enfermeiros” (BRASIL, 2017)

Apesar de os estudos apontarem escassez a respeito de publicações referentes à aplicação de terapias complementares na prática de cuidado do enfermeiro, há evidências significativas quanto ao êxito nos resultados. A auriculoterapia, por exemplo, tem apontado resultados importantes nos casos de queixas algicas, redução da ansiedade, do estresse, controle do peso e melhora da insônia (KUREBAYASHI, PRADO, 2011; KUREBAYASHI et al., 2012; MACIEL, BARROS, 2017; OLIVEIRA, DA SILVA, 2017)

A atenção primária, espaço em que se privilegiam a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, a busca pela integralidade, a visão holística dos sujeitos pelo entendimento de que ele é um ser “biopsicosociocultoespiritoenergético”, oportuniza ao enfermeiro a aplicação das PICs como alternativa de cuidado que se direciona para uma prática ainda mais humanizada, de qualidade, e com opções terapêuticas ainda mais amplas e eficazes.

Interessante pontuar que o Ministério da Saúde, ao incluir na avaliação do PMAQ-AB, o levantamento da informação a respeito da oferta de práticas integrativas, ao mesmo tempo em que oferece a possibilidade de formação nesse campo para os profissionais de nível superior, não somente sinaliza a importância da inclusão das PICs no escopo de atuação da atenção primária, mas também fornece subsídios para a formação profissional, o que retrata um reconhecimento da necessidade de maior investimento nessa área.

Nessa perspectiva, compreende-se que, apesar de a prática do enfermeiro nesse campo ainda ser incipiente, algumas iniciativas já convergem para a ampliação tanto da formação dos profissionais nessa área, como da incorporação das PIC no seu cotidiano de trabalho, sobretudo por considerar que as práticas integrativas se constituem atualmente como um novo mercado de trabalho, favorável e em constante ascensão.

## 6.8 Incremento nas ações voltadas à prevenção do câncer de colo de útero e de mama

Acerca da linha de cuidado da saúde da mulher, um dos aspectos avaliados pelo instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB foi o acompanhamento das ações de prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

Nesse eixo, o instrumento interroga se a equipe: (BRASIL, 2015)

- a) Faz a detecção precoce de câncer de colo e de mama, fazendo busca ativa das mulheres, cujos resultados foram alterados;
- b) Promove ações de prevenção, como, por exemplo, orientações;
- c) Solicita mamografia na faixa etária com periodicidades recomendadas conforme o protocolo;
- d) Faz monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas, bem como das mamografias; e
- e) Faz encaminhamentos necessários, considerando o tempo máximo para início de tratamento previsto em legislação.
- f) Para a checagem se o padrão estava de acordo, no momento da avaliação externa, o avaliador solicitaria (BRASIL, 2017):
  - g) Documento que comprovasse a coleta do citopatológico;
  - h) Documento em que constasse a lista nominal das mulheres com citopatológico e mamografia atrasados no território; e
  - i) Documento em que constasse a lista nominal das mulheres com resultado de citopatológico e/ou mamografia alterados.

O checklist da avaliação externa foi um importante orientador na medida que provocou uma reflexão nas enfermeiras a respeito de como organizariam o processo de trabalho de modo a assegurar as informações solicitadas, como se observa nos relatos abaixo:

É importante também em relação à Saúde da Mulher. Uma coisa também muito interessante que a gente conseguiu, foi organizar a faixa etária que precisa fazer preventivo. As que têm alteração de exame, a gente faz uma relação com essas pacientes pra gente estar acompanhando bem mais de perto. Enf2, m2.

Mudou o controle que temos dos nossos pacientes, quem eles são, as mulheres da nossa área, idade fértil em que temos que fazer o

acompanhamento. Tudo isso ocasionou, em termos, este controle maior, possibilitou conhecer mais a nossa área e criar um maior vínculo, uma reorganização do nosso trabalho também. Enf12 ,m2.

No tocante à organização das agendas na Atenção Primária, Pinto e Coelho (2010) propõem como exercício para o enfermeiro e sua equipe na linha de cuidado da Saúde da Mulher:

a) Levantamento da população na faixa etária no território, ou seja; no caso do preventivo do câncer de colo de útero, as mulheres de 25 a 64 anos, e no caso da mamografia, as mulheres de 50 a 69 anos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013);

b) Levantamento das mulheres em questão que estariam há mais tempo sem se submeter aos exames;

c) Fundamentado no quantitativo de mulheres, definir quantos turnos de atendimento deverão ser abertos na agenda, de modo a garantir acesso a toda essa população durante o ano; e

d) Implementar mecanismo de controle e agendamento através de registros, com busca ativa para os próximos anos.

Os autores sugerem ainda que as agendas na AP precisam ser compartilhadas entre os demais profissionais. No caso da equipe ampliada com presença de ginecologista, esse profissional poderá assumir parte dessas ações, enquanto no caso das equipes básicas, o compartilhamento deve se dar entre enfermeiro e médico.

Cabe ponderar que, considerando que as ações na saúde da mulher devem compor uma linha de cuidado integral, espera-se que as demais demandas desse campo também criem oportunidade para a avaliação da prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Portanto, práticas de cuidado voltadas para o planejamento familiar, climatério e pré-natal também estarão incluídas como ações de prevenção dos cânceres, na medida em que o enfermeiro estiver atento ao todo.

A fala abaixo mostra uma dificuldade da enfermeira em relação a esse controle. No entanto, com a experiência do PMAQ-AB, foi possível encontrar mecanismos de melhor acompanhamento dessa população.

A questão também de fazer levantamento de mulheres no período fértil. Isso era um nó que tá começando a se desfazer. Enf5, m2.

As falas das depoentes também inferiram que o PMAQ-AB contribuiu para uma reflexão acerca da importância da continuidade do cuidado, compreendendo que, para além da coleta do citopatológico ou da realização da mamografia, seria necessário realizar o seguimento da mulher, tanto no que se refere ao resultado dos exames, quanto no seu caminhar pela rede de atenção à saúde.

Um aspecto importante para a análise é pensar que os protocolos do Ministério da Saúde, apesar de definirem a periodicidade da realização dos exames preventivos em questão, não definem diretrizes de como fazê-lo, ou gerenciá-lo. Nesse sentido, essa ideia parece confirmar as colocações já postas nessa tese quanto à necessidade de o enfermeiro ter capacidade crítica ante as determinações dos protocolos.

A consulta de preventivo era uma prática de cuidado, mas não era uma prática de cuidado integral. Eu precisava ver que ela precisa ter um registro na minha unidade para se ela não vier no ano que vem, eu fazer uma busca ativa em relação a ela, os exames dela de diagnóstico, se estão em dia, se ela fez a mamografia. Enf6, m2.

Preventivo, a gente tinha o dado que a paciente tinha feito preventivo. Eu tinha o resultado do preventivo, mas não tinha os dados da continuidade, por exemplo, se eu tinha pedido uma mamografia, não sabia se ela tinha feito ou não, se alguém tinha avaliado aquele exame ou não, entendeu? Através do PMAQ é que a gente ganha a importância dessa avaliação, de ter um controle de quem foi feito, e se não foi feito, isso não é esse é um exemplo então não só na saúde da mulher, mas de outras áreas também. Enf7, m2.

Ainda com relação ao acompanhamento das mulheres, vale salientar a relevância do acompanhamento dos indicadores pactuados pela gestão municipal, com os governos estadual e federal, que, juntos, definem as metas a serem alcançadas. No eixo da saúde da mulher, o estado do Rio de Janeiro estabeleceu para o indicador de coleta de citopatológico para 2018, por exemplo, uma meta de 18%, enquanto para o indicador de realização de mamografia ficou definida a meta de 0,17% (SES, 2019). A enfermeira 4 menciona que, ao conhecer o número de mulheres na faixa etária para a coleta de preventivo, conseguiu reduzir o número de mulheres que não aderiam ao exame e nem à mamografia. Todavia, mais do que aumentar o número de adesão aos exames, é preciso saber o quanto mais precisa aumentar.

Mudou o controle do preventivo das mulheres na faixa etária. Quando você conseguia saber esse dado, diminuía muito o número de pessoas que não aderiam ao preventivo e à mamografia também. Enf4, m2.

As pactuações municipais devem ser informações de compartilhamento entre os atores da atenção básica e a Vigilância em Saúde municipal, com a finalidade de buscarem, juntos, estratégias para o alcance dos resultados. Sem saber aonde se pretende chegar, não é possível pensar em qual caminho trilhar.

Por fim, para além do avanço reconhecido no que concerne à melhor assistência às mulheres nas ações relativas à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, bem como seu seguimento na rede de atenção à saúde e acompanhamento dos indicadores, não se pode perder de vista a importância da superação do modelo de clínica tradicional, para a clínica ampliada, apoiada no princípio do reconhecimento da mulher como única, com suas singularidades, história de vida, seu protagonismo, autonomia e corresponsabilidade.

## 7 4ª CATEGORIA: O PMAQ-AB NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

Na avaliação das enfermeiras, o PMAQ-AB é uma ferramenta orientadora do cuidado. Proporciona uma reflexão importante a respeito do processo de trabalho, apontando a necessidade de reorientação de algumas práticas, assim como a implementação de outras.

Como aspectos positivos, as participantes do estudo mencionaram que os instrumentos fornecidos pelo programa direcionaram a etapas a serem cumpridas para o alcance dos padrões estabelecidos.

O PMAQ, ele veio muito para somar, trazendo uma reorientação pra gente e tem muito mais, como isso aqui é o que eu tenho que seguir. Foi muito bom! Enf1, m1.

É uma ferramenta que mostra através dos dados o que você tem que melhorar, ele nos norteia, mostra as deficiências. Eu gostei do PMAQ. Enf5, m1.

Diante das avaliações positivas referentes ao programa, uma delas pareceu contraditória na medida em que considera que os parâmetros estabelecidos são muito bons, contudo, afirma serem padrões muito altos para serem alcançados.

Eu considero o PMAQ um parâmetro excelente, mas eu acho que ele exige um alto padrão da estrutura de atendimento, de tudo para ser 100%, conforme o PMAQ mostra pra gente. Então eu penso que é ótimo e maravilhoso, mas eu acho que é pouco, como é que eu vou falar? Pouco administrado pela gestão mesmo, porque, por exemplo, para o PMAQ dar certo na avaliação aqui com a gente, ele tem que dar, ele já tem que vir de investimento legal da gestão e isso a gente não vê. Enf14, m2.

A fala da enfermeira acima provoca uma larga discussão sobre um dos pontos de maior fragilidade do PMAQ-AB, a utilização dos recursos, já que os discursos foram marcados pela afirmativa de falta de apoio da gestão na aquisição de materiais importantes para a adequação das unidades aos moldes do padrão estabelecido pelo programa.

Em ambos os municípios, observou-se uma insatisfação das enfermeiras no que tange à transparência no recebimento e emprego dos recursos financeiros oriundos do PMAQ-AB.



A gente não recebeu nenhuma ferramenta para poder implementar o que era previsto, a gente não tem muito material. Mas e o dinheiro? Eu queria que fosse um pouco mais bem aplicado no município. Enf9, m2.

Esse incentivo poderia ser mais bem gerido principalmente para alguns municípios em que ele não está sendo gerido de forma eficiente para unidades básicas. Teria que ser revertido para aquela unidade básica que foi avaliada e para as equipes. Enf11, m2.

O PMAQ-AB induziu a criação do “Componente Qualidade” no PAB variável, contribuindo para a possibilidade de aumento do repasse financeiro pela contratualização de compromissos voltados ao alcance dos padrões de qualidade pactuados. Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe uma nova política de financiamento com o objetivo de manter os serviços e melhorar a qualidade deles através de mudanças provocadas pelo PMAQ-AB na direção dos padrões de qualidade postos pelo programa (BARBOSA et al., 2016).

Na fase de adesão ao programa, a equipe começa a receber mensalmente 20% do valor previsto, conforme a contratualização. Além desse valor de adesão, o município pode receber ainda, por equipe, uma variação correspondente ao resultado final da avaliação (Tabela 6) (BRASIL, 2015).

Figura 5 – Valores a serem repassados por equipe

Os valores a serem repassados **por equipe** para cada categoria de desempenho seriam:

- Equipes com desempenho **Ruim**: R\$ 2.666,67 x 1 = **R\$ 2.667,67**
- Equipes com desempenho **Regular**: R\$ 2.666,67 x 2 = **R\$ 5.333,33**
- Equipes com desempenho **Bom**: R\$ 2.666,67 x 4 = **R\$ 10.666,67**
- Equipes com desempenho **Muito Bom**: R\$ 2.666,67 x 6 = **R\$ 16.000,00**
- Equipes com desempenho **Ótimo**: R\$ 2.666,67 x 8 = **R\$ 21.333,33**

Fonte: Brasil (2015).

A Tabela 6 mostra a distribuição de percentual utilizado na certificação.

Tabela 6 – Percentual de certificação das equipes

A distribuição dos percentuais para a certificação das equipes eSF, AB Parametrizadas, Saúde Bucal e NASF será:

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	30%
Avaliação Externa	60%

Fonte: Brasil (2015).

Considerando o recebimento de R\$ 2.200,00 por cada equipe de AB com saúde bucal e de R\$1,700,00 por cada equipe de AB sem saúde bucal contratualizadas, infere-se que os recursos recebidos, se bem geridos, poderiam contribuir para alguns ajustes mencionados pelas enfermeiras, como necessários tanto para a organização do processo de trabalho, quanto para a melhor adequação da estrutura física das unidades, conforme mencionado abaixo, quando as depoentes informam terem investido dinheiro próprio na aquisição de tais materiais.

O mais difícil foi o material que a prefeitura não disponibiliza. Essa que é a parte mais difícil, a gente tem que tirar do nosso bolso para fazer mapa, para impressos que a gente não tinha um acesso farto, cadernos. Enf1, m2.

As coisas materiais, ninguém conseguiu. Os materiais que a gente precisava a gente não conseguiu. E as coisas que a gente fez foi tudo do nosso bolso e isso acaba desestimulando a gente como equipe. Só que as coisas que você precisa, não consegue, acaba frustrando e desanimando. Realmente é uma coisa que desanima porque a gente (município) recebe um valor alto e não é repassado. Não individualmente, porque eu não acho que tenha que ser passado pra cada profissional, o que a gente precisa é do material e não tem e no próximo ciclo a gente não vai querer. Enf3, m2.

A gente não percebe o retorno desse financiamento do PMAQ na atenção básica, a gente vê coisas materiais, mas isso vai se perdendo muito e isso desestimula o nosso trabalho também. Que retorno a gente tem do PMAQ? O que a agente fica chateado não é porque esse dinheiro veio e não foi pro nosso bolso, mas talvez um retorno que a secretaria tivesse que dar para as equipes de como esse incentivo está sendo utilizado. Enf2, m1.

A precariedade e a ambiência das unidades básicas são evidências em estudos relacionadas à AP em congruência com os resultados dessa tese (FACCHINI et al., 2014; FAUSTO; FONSECA, 2013).

Só que a parte complicada é a aplicação desses recursos, porque a gente faz toda uma movimentação e não viu ainda o resultado desses recursos, a gente só vê o resultado pro profissional no atendimento, mas dos recursos pra unidade...em questão de estrutura física da unidade, a gente não vê. Enf10, m2.

A gente acha que ele poderia repercutir de forma positiva mais amplamente, na forma estrutural, na questão do acesso as informações (informatização), na melhoria da qualidade dos atendimentos, porque eu trabalho numa unidade muito crítica em termos estruturais, então eu esperava que com o PMAQ a gente fosse ter algum benefício e não foi isso que aconteceu. Enf13, m2.

A gente tem muitas coisas pra tá viabilizando, como eu falei pra você o acesso, o banheiro que deveria ser acessível pra deficiente físico. Eu acho que precisa mudar mais na parte física, que foi onde nós perdemos mais ponto. Enf4, m1.

Aqui eu não vejo refletir na nossa prática que seria o que é um incentivo para pessoa trabalhar melhor sabendo que se ela fizer tudo da forma correta ela vai ter um plus no salário, porque é claro que dinheiro não é tudo, mas para a pessoa é muito importante. E outra coisa também, é a verba que era para cá. Aí você vê a parede toda mofada... não sei se poderia ou material de escritório para a gente identificar uma sala, para você poder fazer um cartãozinho da unidade. Coisas para você melhorar o serviço não vem nada[...] muita coisa que a gente não tinha. A gente tentou realizar e a gente teve dificuldade de recurso, a gente depende de verba e essa verba não existia. Enf6, m2.

Embora alguns esforços tenham sido dispensados nessa direção, a estrutura física inadequada ainda é um dos principais desafios encontrados na gestão da AP. A PNAB define os padrões estruturais essenciais para o funcionamento dos serviços e, no ano de 2008, o Ministério da Saúde disponibilizou o Manual de estrutura física das unidades básicas no intuito de auxiliar a elaboração dos projetos. Houve ainda o programa de Requalificação das UBS, que disponibilizou recursos para reformas, construção e ampliação de unidades e, apesar dessas iniciativas, poucos resultados foram observados na prática (CAVALCANTI et al., 2016).

Unidades de saúde precárias impactam diretamente no cuidado prestado e na resolubilidade dos serviços, além de denotar para a população uma ideia negativa acerca da qualidade do atendimento.

Cabe salientar que, ao fazer a adesão das equipes ao programa, a gestão também estabelece compromissos no sentido de garantir viabilidade ao alcance dos

padrões. Além de também realizar o questionário de autoavaliação, deve direcionar esforços às mudanças necessárias para a melhoria do acesso e da qualidade.

Quanto à dimensão, implantação e implementação da AP no município, o instrumento de autoavaliação do gestor questiona se a gestão municipal garante a manutenção e o abastecimento adequados das UBS. Propõe manutenção periódica da estrutura física, planejamento da compra de equipamentos, medicamentos, insumos e material permanente, evitando o desabastecimento, oferta de manutenção dos equipamentos, de modo a garantir a qualidade dos serviços (BRASIL, 2015a).

Nessa perspectiva, retomar o instrumento de autoavaliação e os resultados do último ciclo do programa também fazem parte do cuidado. Analisar os padrões alcançados e identificar as fragilidades pode contribuir para o redirecionamento do trabalho. Mais do que isso, faz-se necessário materializar os compromissos assumidos de forma tripartite, como é o caso do PMAQ-AB, pois somente desse modo, o que foi pactuado e estabelecido como prioridade poderá ser executado.

Compreende-se que, para a concretização das mudanças, é fundamental uma gestão implicada e engajada na consolidação das políticas públicas, o que também parece ser observado durante o processo de avaliação externa pelos avaliadores, conforme a fala de uma avaliadora do PMAQ (EMMI et al., 2016).

A gestão é primordial para as coisas acontecerem no município [...] quando a gestão não funciona, com certeza, também as coisas não vão funcionar [...] ainda, vejo que a gestão, se ela não estiver comprometida no serviço, se ela não tiver interesse em melhorar, realmente a coisa não vai acontecer. Avaliadora PMAQ-AB (2016).

A falta de retorno sobre os recursos financeiros assim como, sobre os resultados obtidos na avaliação externa é razão de desestímulo, segundo as participantes.

Assim, em relação aos dados e da importância do PMAQ, eu acho muito importante ter essa avaliação, até mesmo pra melhorar o nosso atendimento, mas eu queria ver o retorno desse PMAQ, que não tem, como não tenho retorno, a equipe desestimula [...] É muita exigência e chega na hora a gente não vê retorno disso, que seria os benefícios pra unidade. Enf7, m2.

Eu não tive acesso aos resultados. Enf10, m2.

Ainda no que tange aos resultados dos ciclos, chama a atenção o contraste existente nos discursos das participantes, quando, por vezes, afirmam que as mudanças propostas pelo programa perduraram como rotina no cotidiano do trabalho das equipes e em outros momentos declaram uma descontinuidade nas ações, como observado abaixo:

E o PMAQ vai nos pontuando, vai nos dando o norte do que a gente precisa ter de excelência dentro da unidade, então esses ciclos são essenciais pra quê? Pra resgate, porque de um ciclo pro outro muitas coisas ficam adormecidas. Ontem mesmo eu estava falando disso, gente, daqui a pouco vai começar tudo de novo. Enf5, m1.

Eu acho assim também, se a própria coordenação não se guiar também por isso...porque. por exemplo, a gente tem reuniões periódicas por categorias, do enfermeiro, técnicos, médicos, se isso também não for um orientador dentro dessas reuniões que são técnicas, perde-se um pouco o sentido do PMAQ. Enf2, m1.

O perfil epidemiológico a gente não consegue atualizar a tempo, o último foi atualizado pro PMAQ e as meninas (alunas do internato) agora vão fazer o projeto de intervenção pra atualizar ele de novo. Não só porque tem outro ciclo, mas porque tem que fazer e aí acaba que a gente conhece a ESF, sabe o que tem que fazer, mas vai se perdendo um pouco. Enf3, m2.

Então a gente só ouviu muito falar durante o ciclo, no período da avaliação e depois esqueceu de novo. Já se passaram dois anos e aí a gente não sabe em que isso pode gerar depois de benefício para gente. En13, m2.

Pode-se inferir que, notadamente, o PMAQ-AB é um indutor de mudanças, pelo fomento à prática avaliativa. No entanto, o modo como os ciclos ocorrem não consegue manter o movimento de avaliação, reorientação das práticas, nova avaliação e assim por diante. Parece que, de modo geral, a maioria das ações se tornam pontuais. De acordo com as falas das enfermeiras, as equipes se “preparam” para receber o PMAQ-AB e reconhecem a intermitência de algumas práticas adotadas.

Observa-se que parece não ser contínua a prática da avaliação dos processos de cuidado, com vistas ao planejamento das ações. E, segundo uma das entrevistadas, essas discussões também poderiam ser encorajadas pela gestão, durante as reuniões técnicas que acontecessem com os profissionais. A fala da enfermeira traduz ainda, que a própria gestão não mantém a regularidade das ações propostas pelo programa na direção do alcance dos padrões estabelecidos.

Uma das propostas sugeridas pelas entrevistas foi que a avaliação externa não fosse agendada e que ocorresse com maior periodicidade, como, por exemplo, duas vezes ao ano, conforme a fala a seguir:

Quando PMAQ vai vir ele tem toda uma divulgação, então a gente sabe quando vai vir, então tem toda uma movimentação pro PMAQ especificamente, então eu acho que isso deveria ser de uma outra forma, de repente mais de uma vez ao ano, em dois momentos assim, sabe, ou de uma forma que não fosse avisada, pra equipe já ter aquilo como forma de trabalho e não ela se preparar somente para o PMAQ. Enf11,m2

Compreende-se que, de acordo com as enfermeiras, a participação no PMAQ-AB desencadeia diversos sentimentos, alguns contraditórios. Um deles é a ideia de que o programa pode trazer mais trabalho para a equipe.

O PMAQ é um programa importantíssimo, a gente pensa que dá dor de cabeça, mas a gente pensa que serve pra reorganizar nosso processo de trabalho. É algo que a gente já vinha desenvolvendo no serviço, mas ele vem pra dar um norte. Enf3, m1.

Além de a enfermeira acreditar que sua adesão ao PMAQ-AB poderá lhe causar preocupação ou mais trabalho, algumas participantes mencionaram se sentir pressionadas a mostrar resultados positivos na avaliação externa, pois se preocupam com o constrangimento que uma avaliação negativa poderá ocasionar.

Essa questão de ser avaliada é ruim, porque a gente fica pressionada a fazer muito bem, a gente acaba ficando doente por causa disso. Ninguém quer fazer uma coisa e ter avaliação ruim no final, né? A gente quer se sair bem. Enf3, m2.

Então você acaba que tem uma equipe desmotivada para tudo aí acaba o enfermeiro que fica correndo atrás de tudo, porque não quer também que sua unidade seja envergonhada. Mas você fica sozinha, mas eu tenho alunos, eles ajudam, mas o resto da equipe... Então, às vezes, traz uma coisa que seria boa e evolutiva para a equipe e para os servidores, mas acaba virando um momento de discórdia totalmente desmotivado porque a proposta em si não é vista na prática de trabalho. Enf6, m2.

Acredita-se que carga negativa a respeito da avaliação seja advinda de um pensamento comum ancorado na ideia de fiscalização. Pensamento esse reforçado pelos próprios avaliadores, em razão de uma postura rígida e de fato fiscalizadora, conforme a fala abaixo.

[...] No 1º ciclo, eles (profissionais das equipes) viam os avaliadores como fiscais, como se estivéssemos indo fazer uma auditoria. E nesse segundo ciclo, não, por ele já ter noção do que é o processo avaliativo do PMAQ. Fazendo uma autoavaliação, realmente, eu tinha outra visão do que é uma avaliação, eu achava que eu era fiscal também. Eu admito isso porque, no meu 1º ciclo, eu tive divergências na minha equipe, porque eu estava com uma postura muito rígida. No 2º ciclo, eu já fui desarmada, já fui querendo ouvir as pessoas, não só falar, não fiquei me metendo, achando que eu era dona da verdade e, no 2º ciclo, eu amadureci em relação a isso. Avaliador PMAQ 2º ciclo (EMMI et al., 2016).

Gomes e Merhy (2016) ratificam a fala da avaliadora acima quando analisam que a avaliação externa no modo como ocorre e o instrumento utilizado, apresentam características que tendem mais para uma postura fiscalizadora do que de troca.

Nessa direção, os autores propõem um estreitamento nas relações entre os serviços, os usuários e as escolas, considerando que as avaliações externas são feitas em parceria com as universidades. A proposta parte da ideia de que os atores das universidades, envolvidos no processo de avaliação externa, têm competência para ir além da consolidação dos dados estatísticos, mas poderiam tomar a avaliação como espaço para compartilhamento de saberes e reflexão, privilegiando os encontros avaliativos como potenciais transformadores.

Retomando à fala da enfermeira 6, quando destaca que a experiência avaliativa pode contribuir para o surgimento de conflitos entre a equipe, por isso, não há engajamento dos profissionais, uma das avaliadoras do PMAQ-AB tece um relato interessante quando afirma que os profissionais implicados com os princípios da AP não desistem de realizar seu trabalho. São tão comprometidos com o cuidado de qualidade, que, apesar da precariedade das condições em que atuam, continuam a sustentar sua prática (SOUZA et al., 2016). Esse ponto de vista também responde ao fato de as enfermeiras pagarem com recursos próprios, diversos materiais para organizarem o serviço. De um lado, observa-se a preocupação em “não passar vergonha”, por outro, existe o desejo real de fazer o melhor.

O que merece reflexão é se, além da utilização de recursos próprios para adequação dos serviços, os enfermeiros concomitantemente têm se posicionado e assumido seu papel político na movimentação necessária para que a gestão possa reconhecer e assumir sua responsabilidade.

Uma das potências do PMAQ-AB é o fomento à negociação. A esse respeito, identificou-se que o programa contribuiu para uma discussão na rede, que criou um movimento relevante no sentido de posicionar a ESF como coordenadora do

cuidado, como se identifica na fala abaixo. Além disso, a enfermeira afirma que, após a participação no programa e o diálogo com os diversos pontos da rede de saúde, o papel do enfermeiro foi fortalecido.

A gente reforçou muito a questão dos outros pontos de atenção, então, assim, a gente norteia o cuidado e a volta dele? A gente encaminha ele pro hospital, mas e o retorno dele? A gente não tinha. Às vezes, acontecia assim, do centro de especialidades pedir pra gente um encaminhamento, e a gente dizia deixa ele vir aqui, deixa o médico conhecer ele, deixa ver se precisa. Então depois do PMAQ, a gente conseguiu melhorar essa conversa, porque antes o centro de saúde, o CAPS, o hospital eram ilhas isoladas. Depois do PMAQ, essa conversa foi diferente. Como a estratégia é a norteadora, .como você conversa então com o CAPS? Com o Centro de Especialidades? Então a gente conseguiu reconduzir. Hoje a gente tem a informação melhor. A gente desenvolveu reuniões, encontros e aí o fruto hoje é isso. A gente sabe, por exemplo, se o paciente ficou internado. A gente tem cem por cento de cobertura de estratégia, mas que controle a gente tem do paciente? Aqui tudo é papel. Então como a gente se comunica? Foi a partir desse contato. Houve reuniões grandes e depois das reuniões com todos os coordenadores, a gente vê como é importante você se sentir parte disso, é muito importante. Hoje ainda, fruto dessa conversa, a gente senta e define junto. As enfermeiras aqui são conhecidas pelo nome. Então isso é algo muito importante que o PMAQ fomentou. O PMAQ reforça o papel do enfermeiro. Enf1, m1.

Ainda como ponto positivo do programa, emergiu da fala de uma entrevistada que o fato de o PMAQ-AB incluir a população no processo avaliativo é um aspecto relevante, já que oportuniza a avaliação da população acerca do trabalho desenvolvido pelos profissionais.

Acho uma excelente estratégia de trabalho, de avaliação tanto do profissional, e acho que é uma avaliação do nosso trabalho também pra população, incluindo a participação deles e também acho bastante válido. Enf8, m2.

Essa colocação por parte da enfermeira representa uma clareza importante ao reconhecer o protagonismo da população no processo avaliativo.

A esse respeito, Gomes e Merhy (2016) analisam criticamente a participação dos usuários no modo como vem sendo feita. Consideram que o papel dos usuários tem sido muito direcionado a uma “confirmação” sobre a autenticidade das respostas emitidas pelas equipes durante a avaliação externa. Além disso, consideram que, estatisticamente, quatro usuários (número selecionado para responder ao questionário) não são, representativamente, um número significativo, considerando o universo de pessoas do território. Mediante essa análise, os autores propõem outras



formas de participação mais democráticas para a inserção dos usuários, como, por exemplo, na tomada de decisão a respeito da utilização do recurso financeiro proveniente do programa como uma espécie de orçamento participativo, conforme preconizado na lei 8.142/90. Outra forma de participação mais ampliada seria a disponibilidade de questionários mais simplificados e disponibilizados na internet, espaço em que os usuários poderiam responder no momento que lhes conviesse, além de oportunizar a colocação de comentários livres. O consolidado das respostas poderia estar disponível para conhecimento e análise dos trabalhadores no intuito de contribuir para a reorganização de suas práticas de cuidado.

Ainda acerca da avaliação direcionada aos usuários, compartilha-se do pensamento de Gomes e Merhy (2016), quando sugerem que o instrumento de avaliação utilizado poderia ser muito mais qualitativo e, ao invés de se limitar a uma avaliação da satisfação, estaria estruturado de modo a contribuir para a compreensão da maneira como as pessoas têm sido cuidadas no território, focando na relação entre os modos de vida dos usuários, com os modos de cuidar dos trabalhadores.

A disponibilidade em ouvir as demandas da população também contribuiu para outro ponto de reordenação do serviço, o acolhimento à demanda espontânea.

O instrutivo do PMAQ-AB coloca como o padrão esperado que a equipe faça acolhimento à demanda espontânea durante todo o horário de funcionamento da unidade, assim como o primeiro atendimento dos usuários que necessitarem ser atendidos no dia, garantindo o acesso e a resolubilidade. A equipe deve ainda proceder ao planejamento das ações baseada nos dados das demandas programadas e espontâneas.

A fala a seguir mostra que a enfermeira, em conjunto com a equipe, identificou como demanda da população, manter a agenda aberta priorizando a demanda espontânea, ao considerar as características do seu território. E nesse ponto, observa-se uma reorganização das práticas de cuidado do enfermeiro na direção da melhoria do acesso e da qualidade.

Observamos a dificuldade, observamos a questão do quantitativo de atendimento (nossa!, essa população estava saindo muito prejudicada!), então a equipe se disponibilizou para sair daqui das quatro paredes para poder ir a essa comunidade. Então nos organizamos desta forma, começamos a ver as maiores necessidades de que essa área está precisando, aquelas partes que estavam sendo mais “esquecidas”, né. Então

procuramos preencher através de grupos, intensificando a questão do atendimento, a demanda espontânea, como o social, o mais presente. Antigamente era tudo mais marcação, hoje em dia é demanda espontânea. Foi a partir daí que vimos a necessidade da demanda espontânea, porque como nossa área é uma área que é muito irregular, o local fica muito distante para vir para a unidade( porque o ônibus não entra, então tem toda essa questão territorial), a gente viu, através do PMAQ, a importância da demanda espontânea. Então todo mundo já sabe. Chegou paciente precisando de consulta? A gente já sabendo da localidade. É demanda espontânea, a gente dá um jeitinho para poder atender. Enf 2, m2.

A questão mesmo das agendas, da demanda livre. Eu não tinha despertado pra registrar a demanda livre na agenda. Enf5, m2.

Outro aspecto analisado como significativo sob o ponto de vista dos enfermeiros foi o amadurecimento da equipe após a participação na avaliação do PMAQ-AB:

Eu avalio como sendo uma experiência muito positiva e que trouxe muito amadurecimento para equipe e muito mais organização para unidade [...]. De modo geral, o que mais mudou, olha, eu trouxe um pouco mais de amadurecimento para equipe porque quando você se dá conta de que seu trabalho é avaliado, as práticas que você desenvolve têm um peso muito forte, né, e o Ministério da Saúde está atento isso, você acaba documentando mais, registrando mais. Enf2, m2.

Mas a gente só pôde amadurecer com isso depois que nós nos organizamos, porque até então, ficava muito solto... Enf12, m2.

Compreende-se que o processo de amadurecimento ocorre a partir das reflexões provocadas pelo programa. Assim, parece que a participação no PMAQ-AB traz para a prática dos trabalhadores a oportunidade de uma análise acurada a respeito de aspectos relacionados ao fazer cotidiano que comumente não é feita.

O PMAQ é muito positivo porque ele é um momento de reflexão, que a gente para pra ver o que é da nossa governabilidade e o que a gente precisa de apoio institucional pra dar mais qualidade ao serviço. Enf3, m2.

Então o PMAQ fez refletir, é como que eu tô cuidando dessa mulher, às vezes, eu achava que a consulta de preventivo era uma prática de cuidado, mas não é uma prática de cuidado integral, eu precisava ver que ela precisa ter um registro na minha unidade para, se ela não vier no ano que vem, eu fazer uma busca ativa em relação a ela. Os exames dela de Diagnóstico estão em dia, né, se ela fez a mamografia. Se não fez, uma dificuldade de rede, não é de liberação de exame tudo isso tem que ser pontuado e, às vezes, eu não refletir nisso. Esses registros que o PMAQ exige favorecem eu saber se a prevenção está realmente acontecendo que é a essência do trabalho da saúde da família. Então, refletiu para isso, para que eu pudesse ter um controle maior e cuidar melhor dessa população. Na verdade, o PMAQ fez com que eu e a equipe refletíssemos em relação às questões que não estavam de acordo aqui na unidade, que a gente precisava ter

muitas alterações no processo de trabalho, pra que melhorias acontecessem e repercutissem na qualidade do serviço. Enf6, m2.

Ainda como repercussão positiva, as enfermeiras destacaram avanços no âmbito da organização e comunicação, conforme se identifica nas falas a seguir:

Para toda equipe, foi só acrescentar...Um acréscimo tanto profissional, quanto na interação entre nós mesmos da equipe. Só contribuiu para a comunicação melhorar, e a gente também tem uma visão melhor da nossa área, tanto também dos nossos pacientes e da nossa equipe. Então organizou o nosso serviço. Enf12, m2.

Eu acho que ele vem pra somar, porque na verdade a gente não tem noção de como vai conseguir gerenciar. De como você vai articular as ações dentro da unidade, e ele te direciona, mostrando como você consegue organizar tanto na estrutura quanto na assistência. Enf4, m2.

O PMAQ ajuda muito na questão da organização. Enf5, m2.

A organização, tudo que tá lá escrito melhora o nosso serviço, isso daí é certo mesmo, é comprovado mesmo, a gente vê na prática, no dia a dia, seguindo essas normas, você tem como gerenciar melhor a unidade, e você como enfermeiro tem que saber gerenciar, e o PMAQ te dá essas ferramentas para você concluir isso. Enf10, m2.

Diante da afirmativa da contribuição do PMAQ-AB na melhora da comunicação, também se identificou como questão relevante a dificuldade no levantamento dos dados por falta de um Sistema de Informação eficiente. De acordo com as falas dos enfermeiros, o registro das informações para controle da equipe e comprovação das ações na avaliação externa foi feito manualmente, o que, segundo as participantes, torna o trabalho moroso e pouco eficaz.

É um trabalho difícil, pois é tudo manual, então eu peço pra eles atualizarem uma vez no ano, porque ... haja a mão, né? É tudo manual...mas ajuda bastante nesse parte que a gente conseguia, que eu consegui fazer. Enf9, m2.

Criaram-se ferramentas como livro de registros e livros de atas, planilhas para que na unidade a equipe também tivesse acesso a essas informações de forma rápida e criamos um banco de dados na unidade, que deu certo e até hoje a gente vai utilizando esse banco de dados. É um pouco difícil manter eles totalmente atualizados, mas até hoje a gente usa o perfil epidemiológico Enf13, m2.

É uma burocracia enorme sete impressos, mais livros, caderno, mais solicitações de exame, é muito, muito papel e pouca ação. Porque o tempo que você passa preenchendo é, por exemplo, por turno, eu tenho sete gestantes por turno para eu poder dar conta destes 20 kg de papel e mais e mais traçar estratégia...Enf1, m2.

Porque a gente tem um sistema de informação que não é fidedigno, porque tava nessa transição do tablet, e aí tem a gente que não fez mais no sistema e fez no tablet e não há integração desse sistema de informação que a gente tinha com o E-sus,, então ficou meio perdido. Enf2, m1.

A gente tem cem por cento de cobertura de estratégia, mas que controle a gente tem do paciente? Aqui tudo é papel. Então como a gente se comunica? Enf1, m1.

Identificou-se que algumas enfermeiras criaram um banco de dados próprio na sua unidade, tendo como referência o levantamento das informações para a avaliação externa. Entretanto, parece que os dados não são alimentados continuamente, conforme já analisado em outro capítulo da tese. Também surge como problema colocado por uma das enfermeiras, a grande quantidade de impressos a serem preenchidos pelos enfermeiros da ESF. E ainda surge como outro ponto para análise, o fato de um dos municípios utilizar um programa que não é compatível com o E-sus, de maneira que a equipe tem informações oriundas de dois sistemas que não dialogam, sem, entretanto, ter nenhuma fonte fidedigna.

As colocações a respeito da dificuldade de manter as informações atualizadas pela falta de um Sistema de Informação efetivo confirmam a análise da necessidade de implementação do prontuário eletrônico e da informatização de toda a rede. Nesse sentido, ratifica-se que a qualidade do cuidado também perpassa a disponibilidade de um Sistema de Informações efetivo, célere e capaz de apontar dados relevantes para a análise e o planejamento das ações.

No que tange à melhoria da qualidade e do acesso, as enfermeiras reconhecem que as exigências postas pelo programa contribuem de fato para o incremento na qualidade do cuidado. Não obstante, o recebimento do recurso financeiro é a maior das fragilidades do programa.

Olha eu acho que o PMAQ é um instrumento ótimo de avaliação assim mesmo em relação à melhoria de atendimento na qualidade e não à quantidade então eu acho que é muito importante a gente ter um instrumento de avaliação mesmo. As equipes precisam disso, porque, muitas vezes, ficam no modo automático e a gente não sabe como está sendo avaliado o nosso trabalho, o PMAQ vem para avaliar o nosso desempenho, se está sendo bom ou não. O que eu acho que ele poderia ter melhor a questão do incentivo que é bom também para a gente estar adotando medidas que vão de fato ser para melhoria das unidades. Enf 11, m2.

Mas o PMAQ é muito válido porque acaba incentivando a gente como equipe, porque aí você ajuda a comunidade a ter um resultado de saúde melhor. Enf3, m2.

Apesar das colocações levantadas como limitantes do programa, como a falta de recursos para investimento nas mudanças necessárias, bem como a falta de transparência na utilização deles, constata-se que o PMAQ-AB é um programa reconhecido e valorizado pelos enfermeiros por provocar o processo avaliativo, além de direcionar as ações necessárias para a mudança das práticas assistenciais. Tem potencial importante para induzir reflexões acerca dos modos de produzir saúde, do reordenamento das atividades relacionadas ao cuidado, das negociações tanto internas entre os trabalhadores das equipes, assim como deles com a comunidade e também com os gestores.

Entretanto, é pela compreensão do enfermeiro sobre seu posicionamento como agente político que as práticas de cuidado podem ser desconstruídas e reconstruídas. Esse movimento, que se entende ser dialético e permanente, deve subsidiar a construção de novas práticas.

Observou-se que a participação no programa induziu o enfermeiro a rever suas práticas, podendo considerar todas as questões que as afetam. Numa perspectiva Bourdiana, é possível estabelecer uma relação entre o *habitus* e as práticas de cuidado do enfermeiro. Considerando o *habitus* uma disposição de sistemas socialmente construída, e as práticas de cuidado um conjunto de conhecimentos, teorias, protocolos adquiridos através dos aparelhos formadores ou instituições de serviços, o profissional pode ou não incorporá-los e mantê-los em seu cotidiano de trabalho, dependendo daquilo em que acredita e deseja reforçar.

Tomando o *habitus* como o sistema das disposições constituídas na condição de estruturas estruturantes (tudo aquilo que cerca o profissional) e que se estrutura nas práticas profissionais (estruturantes), pode-se compreender que não somente o que está posto como prática estruturada está compondo a prática de cuidado do enfermeiro, mas também aquilo que ele próprio estrutura.

O conjunto de práticas adquiridas pelo enfermeiro, constituídas pela sua formação na academia, nos serviços de saúde, construídas durante sua vida profissional, se estruturam e são internalizadas e reproduzidas por ele no seu cotidiano. Entretanto, o próprio enfermeiro as reforça, de modo que não somente o que é externo estrutura o conhecimento e as práticas, mas o próprio profissional as ratifica. Daí a resistência ao novo, aos processos avaliativos

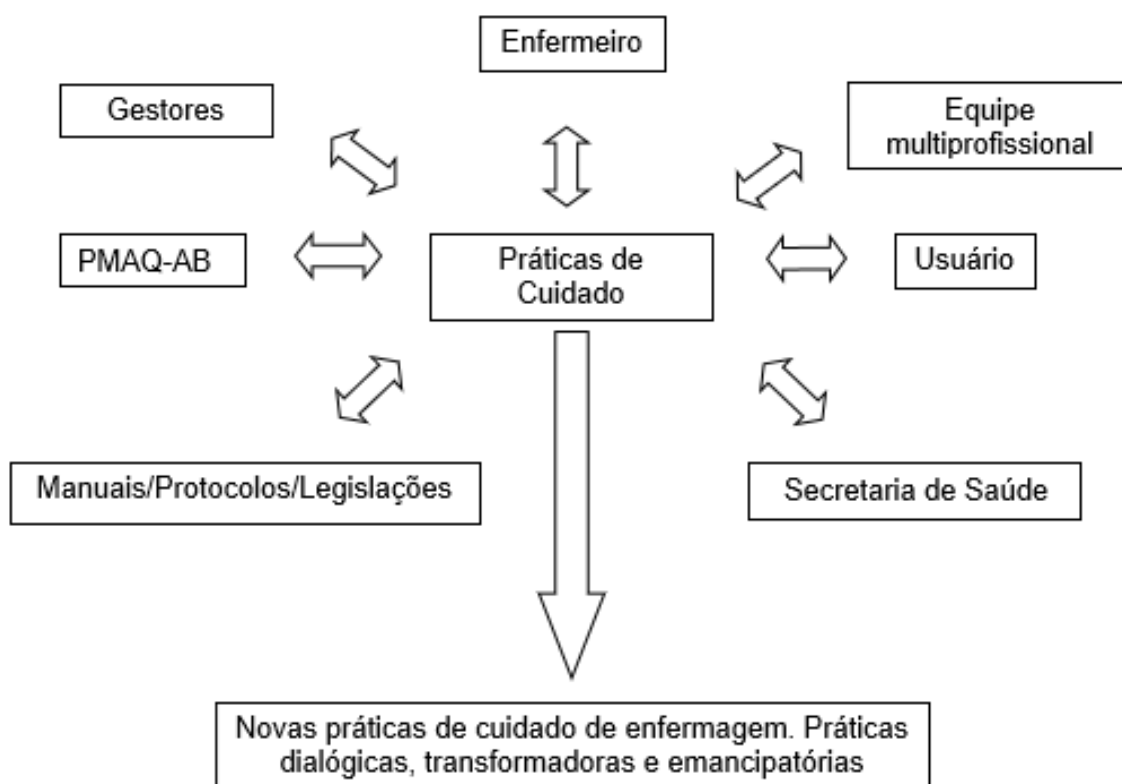
Essas estruturas ou hábitos geram o sistema unificador do conjunto de práticas e ideologias características de um determinado grupo de agentes, nesse

caso, dos enfermeiros. Assim, todo campo, que é esse conjunto de práticas de um determinado grupo, é constituído pelo *habitus*. Logo, ao compor determinado campo, espera-se a reprodução de *habitus* comuns a esse campo, embora haja possibilidade de escolha quanto a estruturar as estruturas ou não. É nesse caso que surgem as tensões e os embates, conforme coloca Bourdieu (2004).

É nessa direção que se compreende que as mudanças das práticas de cuidado podem ser transformadas. O *habitus* é a subjetividade socializada. Nessa análise, é a forma de compreender o mundo e as práticas cotidianas do enfermeiro, mas com a influência das estruturas externas.

Tendo esse pensamento como referência, entende-se que as práticas de cuidado do enfermeiro constituídas segundo um pensamento crítico, esse, podendo ser desencadeado pela participação no processo de avaliação do PMAQ-AB, podem ser transformadas de modo contínuo em um movimento dialético de reflexão-avaliação-reorganização das práticas, considerando também as intervenções externas como estruturas fundamentais nesse processo (Figura 6).

Figura 6 – Construção de novas práticas de cuidado



## CONCLUSÃO

O campo da avaliação na Atenção Primária ainda é muito incipiente, considerando uma questão cultural tanto dos trabalhadores em saúde quanto dos gestores.

O PMAQ-AB, como proposta de fomento a esta prática avaliativa, traz contribuições importantes no sentido de direcionar as equipes quanto às ações necessárias para a melhoria dos padrões referentes ao acesso aos serviços e à qualidade da assistência prestada. Nessa direção, a tese constatou que a participação no PMAQ-AB contribuiu para a reorganização das práticas de cuidado do enfermeiro da ESF com o registro de dados transformados em informações qualificadas para os municípios.

Além de cumprir os objetivos a que se propôs, o estudo identificou como principais práticas de cuidado a visita domiciliar, a consulta de enfermagem, as atividades de educação em saúde e as atividades gerenciais. Entretanto, surgiu uma nova prática, a auriculoterapia.

Constatou-se, pelas falas, que o registro das práticas de cuidado foi o aspecto de maior mudança. A participação no PMAQ-AB provocou um reordenamento quanto à organização no modo de trabalhar das equipes, de maneira que os enfermeiros utilizassem mais os registros no sentido de obter maior conhecimento sobre os usuários do território, como ocorre com os grupos considerados de maior risco e vulnerabilidade. Além do melhor acompanhamento dos usuários, o registro também contribuiu para um avanço na concretização dos princípios do SUS, como se observa no caso da Integralidade, bem como deu visibilidade às atividades dos enfermeiros dos municípios participantes. Identificou-se que o registro da referência e contrarreferência apoiou o processo de acompanhamento do caminho trilhado pelos usuários na rede de atenção à saúde, auxiliando na identificação da responsabilização de cada nível de atenção, ratificando a atenção primária como coordenadora do cuidado.

Apesar do incentivo à avaliação, o PMAQ-AB estabelecia como proposta o estreitamento do diálogo entre trabalhadores e gestores para a decisão no processo de adesão, fator condicionante para a assinatura do termo de compromisso.

Entretanto, constatou-se que esse processo de negociação foi cenário de tensões pautadas no questionamento da utilização dos recursos provenientes do programa.

A ausência de informações com a devida transparência a respeito dos valores obtidos bem como sua utilização, foram fatores de indagação pelos enfermeiros, que afirmaram que tanto a falta de recursos materiais para a adequação do serviço, conforme os padrões estabelecidos pelo programa, quanto a falta de clareza a respeito das possíveis melhorias na infraestrutura da unidade são aspectos que contribuem para a desmotivação do trabalho das equipes, sobretudo daquelas com participação em ciclo anterior.

Ainda no que concerne ao processo de adesão das equipes ao programa, observou-se que a adesão involuntária foi comum entre as equipes em ambos os municípios. Todavia, a liderança e o incentivo dos enfermeiros foram preponderantes para que as equipes assumissem a proposta de participar da autoavaliação assim como se propusessem a elaborar ações e estratégias com vistas à reorganização das práticas de cuidado.

Apesar de surgir em algumas falas dos enfermeiros a questão do seu papel como motivador das equipes quanto à participação no PMAQ-AB, não foi evidenciada uma postura mais crítica e questionadora acerca da prestação de contas e da transparência municipal a respeito do recurso recebido. Observa-se, assim, pouca mobilização dos enfermeiros quanto ao exercício de seu papel social, técnico e político na defesa dos direitos dos usuários quanto dos seus próprios.

Contatou-se que as práticas de cuidado dos enfermeiros estão ancoradas fortemente nos manuais do Ministério da Saúde. Esta comprovação sugere a necessidade de se estabelecer uma maior reflexão a respeito das práticas, de modo a problematizá-las no sentido de contribuir para uma ampliação do pensamento crítico do enfermeiro, com vistas ao desenvolvimento de práticas capazes de produzir mudanças respaldadas em protocolos municipais, aprovados, discutidos e construídos com os profissionais, não para os profissionais.

Compreende-se que a reflexão proposta deve ser estimulada desde a graduação, cabendo às instituições de ensino e pesquisa a análise permanente das grades curriculares e os desdobramentos da articulação entre teoria e prática na formação dos enfermeiros.

No âmbito dos serviços de saúde, a educação permanente se constitui como ferramenta potente, propiciando espaços de troca, diálogo e aproximação dos



sujeitos envolvidos no processo de cuidar, que podem repensar seu modo, tendo contribuído para que os enfermeiros dedicassem um olhar mais cuidadoso ao território, compreendendo as especificidades do seu local de atuação e reorganizando o funcionamento do serviço no intuito de melhorar o acesso e a qualidade da assistência prestada, com base no levantamento do perfil epidemiológico e no planejamento.

Como fragilidades, foi possível identificar ausência de um sistema de informação e estrutura dos serviços com equipamento efetivo que subsidie o acompanhamento dos usuários e as práticas de cuidado, a descontinuidade nas ações desencadeadas pelo PMAQ-AB, já que parece que elas acontecem, de modo geral, apenas para a avaliação externa e a supervalorização das consultas de enfermagem em detrimento das ações de prevenção de doença e promoção da saúde. Não basta quantificar, é necessário qualificar e humanizar as ações individuais e de grupo.

Observou-se, como limitação do estudo, que o instrumento construído para a identificação das práticas de cuidado dos enfermeiros não se aprofundou em cada uma delas, o que não propiciou uma análise mais profunda das consultas de enfermagem, por exemplo.

Entretanto, considerando o objetivo de caracterizar as práticas tendo em vista o PMAQ-AB, compreende-se que esse detalhamento não interferiu na análise das repercussões da participação do programa nas práticas de cuidado dos enfermeiros.

Por fim, o que se atesta é que os investimentos voltados à institucionalização de determinadas políticas como a PNAB e o próprio PMAQ-AB não são suficientes para a garantia da sua concretude, já que a materialização dessas propostas se dá no cotidiano, através do trabalho vivo, das relações, do diálogo e do cumprimento de compromissos.

Nesse sentido, o enfermeiro deve se fortalecer como agente social, político, crítico, questionador, e se ele se reconhecer dessa forma e compreender seu papel articulador, é capaz de traduzir para sua prática um cuidado mais empático, amoroso, efetivo, resolutivo e transformador.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L.; AMARAL, I.T. Consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família, ampliando o reconhecimento das distintas formas de ação: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. Care**, v.9, n.4, p.899-906, 2017.
- ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 436-441, jul/set. 2009.
- ABRAHÃO, A.L, LAGRANGE, V. **A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio**. In: Morosini MVGC, Corbo AMDA (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 151-171.
- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n. 5, p.637-42, set/out, 2014.
- ADAMI, N.P.; FRANCO, L.H.R.O.; BRÊTAS, A.C.P.; RANSAN, L.M.O.; PEREIRA, A.L. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. **Acta Paul Enferm.** v. 2 n. 1, 1989.
- ADORNO, T.W. **Introdução à controvérsia sobre o positivismo na sociologia alemã**. In: BENJAMIN, W. et al. Textos escolhidos. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Coleção Os Pensadores)
- AGUIAR, E.B.; SILVA, I.M.; FONSECA, L.C.S.; CALDAS, N.G.B.; LOPES, W.Q.B., FARIAS, H.P.S. Myria estrin levine: teoria holística. **Cad. Unisum Pesqui**. Disponível em: 2014, vol.4, n.2, pp.1/2. <http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/anais.php?evt=3&sec=10&niv=7.3&mod=2&con=1624&pdf=1>.
- AGUIAR, N.L.T.; RIBEIRO, M.A.; ALBUQUERQUE, I.M.N.; BALICA, H.L.L.; SILVEIRA, N.B. 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, p.45-56, ago. 2018
- AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedente, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALBUQUERQUE, A.B.B; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, mai. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- ALBUQUERQUE, E. A. Y. et al. Prontuário eletrônico do paciente e certificação de software em saúde: avanços que visam maior segurança dos dados médicos. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 7, n. 2, p. 18-31, 2017.

ALENCAR, T.O.S.; NASCIMENTO, M.A.A; ALENCAR, B.R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n.2, p. 243-250, abr./jun., 2012.

ALMEIDA, D.M. **Sistematização da assistência de enfermagem informatizada em unidade de cuidado semi-intensivo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Fissuras Orofaciais) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2011. Disponível em:  
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/61/61132/tde-24052011-142633/pt-br.php>

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.

ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, Maria de Lurdes. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1479-1488, 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700083&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jun. 2019.

ALONSO, I.L.K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar**: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar [tese]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC; 2003.

ALVARENGA, E. C. et al . Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. **Rev. NUFEN**, Belém , v. 10, n. 1, p. 58-72, 2018 . Disponível em  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912018000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912018000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 jun. 2019.

ANDRADE, A.M et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 23, n.1, p. 165-175, jan-mar, 2014.

ANDRADE, M. E. et al. Percepção do enfermeiro quanto à sua atuação educativa na estratégia saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n. 4, 2016.

ANDRADE, O.B. SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 27, n. 1, p. 58-70, Mar. 1974. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671974000100058&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671974000100058&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out. 2017.

ANTUNES, C.R. **Processo de enfermagem informatizado ao paciente politraumatizado de terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em:  
<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88469>

ARAÚJO, C.R.G.; ROSAS, A.O.S.A.S. A consulta de enfermagem para clientes e seus cuidadores no setor de radioterapia de hospital universitário. **Rev Enferm UERJ**, v.16, n.6, p.364-9, 2008.

ARAÚJO, M.C.C. **Construção compartilhada dos Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**: a experiência nas regiões metropolitanas do Estado do Rio de Janeiro / Márcia Cristina Cid Araújo. - 2017. 132 f. Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

\_\_\_\_\_. et al. Protocolos de enfermagem: motivação e metodologia no processo de construção compartilhada. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017.

ARAÚJO, M.M.; DINIZ, S.O.S.; SILVA, P.S. Registros de enfermagem: reflexões sobre o cotidiano do cuidar. **ABCS Health Sci.** v. 42, n. 3, p.161-165, 2017.

ASSIS, M.M.A. **Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia**. In: Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde. ALMEIDA, P.F. et al organizadores. Eufba:2015.

\_\_\_\_\_. et al. Atenção Primária à saúde e sua articulação com a Estratégia da Saúde da Família: Construção Política, metodológica e prática. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, **Cienc Saude Colet**, Belo Horizonte, v.13 n.supl2, p.2189-97, 2008.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AYRES, L. F. **As enfermeiras visitantes da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no início do século XX**. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. et al. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitante no início do século XX. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos (Online)**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-881, jul./set. 2012.

BACKES, D.S; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.2, n.4, p.182-188, 2005.

BARBOSA, M.A.R.S.; TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. Consulta de enfermagem-um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta paul. enferm.** v.20, n.2, 2007.

- BARBOSA, M.G. et al. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. (Org.) **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p.101-123.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edição 70, 1977.
- BARRA, D.C.C; SASSO, G.T.M.D. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0. **Texto Contexto Enferm**. v. 19, n.1, p. 54-63, 2010.
- BARRA, D.C.C.; SASSO, G.T.M.D., MONTICELLI, M. Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. **Rev Eletr Enferm [Internet]**, v.11, n.3, p. 579-89, 2009.
- BARREIRA E CASTRO, I. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 28, n. 4, p. 76-94, Dec. 1975.
- BARROS, A.L.B.L.; LOPES, J.L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.1, n., p.63-65, 2010.
- BEDRIKOW, R; CAMPOS, G.W.S. **História da Clínica e a Atenção Básica o desafio da ampliação**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- BENTO, V.F.R.; BROFMAN, P.R.S. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba, Paraná. **Arq Bras Cardiol**, v.92, n.6, p.490-969, 2009.
- BERGAMINI, Cecília W. **Liderança**: administração do sentido. São Paulo: Atlas, 1994
- BERTOLOSSI, M.R; GRECCO, R.M. As plíticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev Esc USP**. v.30, n.3, 380-98, 1996.
- BEZERRA, H.M.de C. **Estrutura e processo de trabalho relacionados às práticas educativas voltadas para hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco**. 2017. 18 f. TCC (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2017.
- BRANDÃO, M.G.S.; XIMENES, M.A.M.; BARROS, L.M. Competências do profissional enfermeiro no contrxto da atenção básica. **Rev. Saúde.Com**, v.14, n.3, p.1217-1226, 2018.
- BRASIL, A.M.F.E. et al. Estratégia saúde da família: análise dos registros em prontuários. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 265-276, 2015.
- BRASIL, Conselho Nacional de secretários de saúde. Legislação do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 7 de 24 de novembro de 2016a. Disponível em:  
[http://www.lex.com.br/legis\\_27229430\\_RESOLUCAO\\_N\\_7\\_DE\\_24\\_DE\\_NOVEMBRO\\_DE\\_2016](http://www.lex.com.br/legis_27229430_RESOLUCAO_N_7_DE_24_DE_NOVEMBRO_DE_2016).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Nota Técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. DATASUS. Informações de Saúde. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família Disponível na Internet:  
[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acesso em 07 de Julho de 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica – DAB. Histórico de cobertura Saúde da Família. [2015]. Disponível em:  
<http://dab.saude.gov.br/dab/historico.cobertura.sf/historico.cobertura.sf.relatorio.ph>. Acesso em 01 jun 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DC: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Grupo Hospitalar Conceição/ Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre:2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Histórico de Cobertura de Saúde da Família. 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. A implantação da unidade de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você- Acesso e qualidade. Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade. 3º ciclo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 102p.: il. – (Série A. Normas e manuais técnicos)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Manual de planejamento no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Monitoramento dos sistemas de informação da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade. Relatório de uma sistematização dos dados nacionais de prática integrativas e complementares em saúde (PICS) para o 1º semestre de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, DF: 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, D.F: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portal da Saúde. e-sus Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 04 abr 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria 971, de 03 de Maio de 2006. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº1.823 de 23 de Agosto de 2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p.45-51.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br>, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Constituição de 1988. Emenda Constitucional n.29 de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União n.178, E Brasília, 14 de setembro de 2000, Seção I, p.1.

BRASIL. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei 7.498 de 25 de Junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Lei n. 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 1986.

\_\_\_\_\_. Lei nº 141/12. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em 29/09/2019

BRASIL. Portaria nº3.124 de 28 de Dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 28 de Dezembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria n.1.625 de 10 de Julho de 2007. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011.



BRASIL. Resolução n. 358 de 15 de Outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 2009a.

\_\_\_\_\_. Resolução n.1.654 de 19 de Julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Brasília, DF, 2012.

BREVIDELLI, M.M; SERTÓRIO, C.M. **Trabalho de conclusão de curso**: Guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: látria, 2010.

BRITO, T.A; JESUS, C.S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Digital** [periódico na Internet]. 2009 Dez [acessado 2012 mar 14]139. Disponível em: [http://www. efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-desauade.htm](http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-desauade.htm)

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Editora Brasiliens, 2004.

\_\_\_\_\_. Esboço de uma Teoria da Prática. In: ORTIZ, Renato (Org.). **A sociologia de Pierre Bourdieu**, São Paulo: Editora Ática, 1994.

\_\_\_\_\_. **O Poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand, 1989.

BUSANA, J.M.; HEIDEMANN, I.T.S.B; WENDHAUSEN, A.L.P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto & Contexto Enferm**.v.24, n.2, p.442-9, 2015.

CAMARGO, I.L.; CARO, C.V.C. Comportamientos de cuidado Del anciano e de los profesionales de enfermería: Evidencias para La cualificación profesional. **Av Enferm** v.7, n.1, 48-59, 2009.

CAMARGO, K.R.J et al. Vivências e reflexões de avaliação na atenção básica: a experiencia dos ELBs/Proesf em Minas Gerais e no Espírito Santo. In: HARTZ et al (org). **Meta-análise da atenção básica à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 119-52.

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. **A construção social da demanda**. Direito à saúde, Trabalho em equipe, Participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ;CEPESC;ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CAMPOS, C.; VIANA, N., SOARES, C. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, supl.1, p.82-91, 2015.

CAMPOS, G.W.S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CAMPOS, R. P. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 5, p. 1237-1238, mai. 2007. Disponível em::

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000500026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

CARDOSO, A.V. L. et al . Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1267-1284, abr. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000401267&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401267&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 mar. 2017.

CARDOSO, A.V.L.; CHAIN, A.P.N; MENDER, R.I.P.; FERREIRA, E.; VARGAS, A.M.D; MARTINS, A.M.E.B.L, et al. Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement in municipalities of Minas Gerais, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**. [Internet], v.20, n. 4, 2015. [acesso em 20 jun 2019]. Disponível: [http:// dx.doi.org/10.1590/1413-](http://dx.doi.org/10.1590/1413-)

CARDOSO, M.F.; SANTOS, A.C.B; ALLOUFA, J.M.L. Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para Análise de Dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração. **Encontro ANPAD**, Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Pocesso de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.11, n.3, 2009.

CARVALHO, A.L.B de et al . A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012

CASTRO, A.L.B de; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.de. **Financiamento da Atenção Primária à Saúde**. In: MENDONÇA, M.H.M et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

CAVALCANTI, A.C.D; CORREIA, D.M.S; QUELUCI, G.C. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Rev Eletrônica Enferm**, v.11, n.1, p.194-9, 2009.

CAVALCANTI, P.C.S. et al. Análise da estrutura física das unidade básicas de saúde no Brasil. In: GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G. FERLA, A.A. (Org). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 357 p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P., BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J.L. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methods. In BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P., HARTZ, Z. **L'évaluation: concepts et methods**. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 2009.

CHAUÍ, M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática, 2004.

CHIAVENATTO, I. **Gestão de Pessoas, o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 5, n. 7, p. 42-49, 2004.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S. OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.3, p.734-41, 2012.

CODOGNO, L.; TOLEDO, V.P.; DURAN, E.C.M. Consulta de enfermagem e Hipertensão Arterial na Estratégia Saúde da Família: proposta de instrumento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, p. 1059-1065, 2011.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 138-151, mai. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 ago. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Perfil da Enfermagem do Brasil. 2015. Disponível em: [http://rj.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2015/08/Apresentacao\\_Perfil\\_RI-DE-JANEIRO.pdf](http://rj.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2015/08/Apresentacao_Perfil_RI-DE-JANEIRO.pdf)

\_\_\_\_\_. Resolução COFEN Nº 581/2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Strictu Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília (DF): COFEN; 2018. [cited 2018 Dec 21]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-581-2018\\_64383.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-581-2018_64383.html)

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº197/97. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429 de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html)

\_\_\_\_\_. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Aprova a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução 196/96. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (SÃO PAULO). Anotações de Enfermagem. 2010. Disponível em: [http://www.sobecc.org.br/programacao/coren/anotacoes\\_enfermagem.pdf](http://www.sobecc.org.br/programacao/coren/anotacoes_enfermagem.pdf). Acesso em: 13 out 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CÔRTEZ, N. Descaminhos do método: notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer. **Varia hist.** v.22, n.22, p.274-90, 2006.

COSTA, K.S.; FREITAS, G.F.; HAGOPIAN, E.M.; Homens na Enfermagem: formação acadêmica posterior à graduação e trajetória profissional. **Rev enferm UFPE** online., Recife, v.11, n.3, p.1216-26, mar., 2017

COSTA, S.P.; PAZ, A.A; SOUZA, E.N. de. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 31, n. 1, p. 62-69, mar. 2010. . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CRUZ, M.G.B. **PSF – Programa de Saúde da Família**: comparando a mortalidade infantil, cobertura vacinal e hospitalizações, entre municípios com e sem o programa no Estado de São Paulo. 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2002.

CRUZ, M. M; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 605-613, set. 2010.

CUNHA, G.T. et. al. Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e à Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, **Belo Horizonte. Universalidade, Igualdade e Integralidade da saúde**: um projeto possível. Belo Horizonte. ABRASCO, 2013.

CUNHA, J. Estatísticas não perfilam desassistidos. **Jornal da Cidade**, Bauru, 9 set. 2001, *Jornal da Cidade nos Bairros*, p. 2.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.

CUNHA.Y.F.F. Gênero e enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. **RAHIS**, v. 13 n. 3, 2016.

DAL SASSO, G.T. M. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 1, p. 242-249, fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jul. 2019.

DANTAS, J. A. et al. Regulação da auditoria em sistemas bancários: análise do cenário internacional e fatores determinantes. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 25, n. 64, p. 7-18, jan./abr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-70772014000100002>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-70772014000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-70772014000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 maio 2014. 7.7.7

DATASUS. **Sistema de apoio ao Relatório de Gestão**. 2018. Disponível em: [https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=33&codTpRel=01&SARGSUS\\_TOKEN=ANQP-3BP6-4ZMJ-VE5Y-AC0A-9ARZ-JSX0-6MAJ](https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=33&codTpRel=01&SARGSUS_TOKEN=ANQP-3BP6-4ZMJ-VE5Y-AC0A-9ARZ-JSX0-6MAJ). Acesso em 20 abr 2018.

DAVID, H.M.S.L.; ACIOLI, S.; SEIDL, H.M.; BRANDÃO, P.S. **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.

DIÁLOGOS ON LINE, 2014, *Diálogos on line: remuneração por desempenho na atenção básica 1ª e 2ª edição*. Belo Horizonte, Dezembro. 59p

DIAS, C.L.; CORDENUZZI, O.C.P, PROCHNOW, A.G.; Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.5, p.931-7, set/out, 2011.

DIAS, J. A. A et al . O pensamento crítico como competência para as práticas do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro , v. 26, e30505, 2018 . Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-35522018000100501&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522018000100501&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 jul. 2019. Epub 07-Mar-2019. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.30505>.

DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. **Int J Technol Assess Health Care**, v.4, p. 487-96, 1988.

\_\_\_\_\_. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **Quality Rev Bull.** p. 99-108, 1986.

\_\_\_\_\_. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: **White K. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología.** Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. 1228 p. (Publicación Científica; 534

\_\_\_\_\_. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press, 2003.

\_\_\_\_\_. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, p.1743-8 1988.

DUARTE, S. J. H.; ALMEIDA, E. P. de. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.4, n.1, p.1029-1035, jan/abr, 2014.

DUNCAN, B.B et al. **Mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil:** situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. Saúde Brasil. 2010. Uma análise da situação de saúde.; Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

EGESTOR. Disponível em: [http://sisaps.saude.gov.br/pmaq\\_relatorio/relatorio/adesaopmaq](http://sisaps.saude.gov.br/pmaq_relatorio/relatorio/adesaopmaq). Acesso em 20 abr. 2018.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

ELIAS, A.D.S et al. **Relacionamento e comunicação em enfermagem.** Rio de Janeiro: SESES, 2016.

EMMI, D.T. et al. Percepção dos avaliadores quanto ao processo de avaliação do PMAQ-AB. In: GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G. FERLA, A.A. (Org). **Atenção básica:** olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 357 p.

SCOREL, S; TEIXEIRA, LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1922 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al, (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. P.385-434

EVANS, J. Men nurses: a historical and feminist perspective. **J Adv Nurs** [Internet], v.47, n.3, p.321-8, 2004. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03096.x>

FACCHINI, L.A. et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: SOUZA, M.F. de; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A.V.M. (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora, 2014.

FARIA, M.G.A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C.H. **Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de Saúde da Família participantes de um curso de especialização**. *Enferm Foco*, v.7, n.1, 2016.

FAUSTO, M.C.R. FONSECA, H.S.org. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ- AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

FEITOSA, R.M.M et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.821-829, 2016

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 213-219, June 2005

FELISBERTO, D.F.; SILVA, G.S.; BEIRÃO, R.O.S; FALCÃO, M.L.P.; FELISBERTO, E., ALBUQUERQUE, A.C. Qualidade dos serviços oferecidos em uma unidade de saúde da família: avaliando a conformidade com os padrões do **Programa Avaliação para Melhoria da Qualidade**. *Rev Baiana Saúde Pública*. [Internet], v.37, n.2, 2013. Disponível: [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/384/pdf\\_420](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/384/pdf_420). Acesso em: 12 fev 2016

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul. / set., 2004.

\_\_\_\_\_.; BEZERRA, L.C.A; ALBUQUERQUE, A.C. Avaliação na estratégia saúde da família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M (organizadores). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes; 2014. p. 811-843.

FERNANDES, M.A. et al. Metodologias ativas como instrumento para capacitação em saúde mental. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.17, n.12, p.3172-80, dez., 2018.

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S. Gereência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev Rene.** v.14, n.2, p.438-47, 2013.

FERNANDES, V.C. et al. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.30, n. 1, p. 125-134, jan./mar. 2017.

FIALHO, V. J. **Competências gerenciais do enfermeiro da estratégia de saúde da família**. 2014. 37fl. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2014

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bethesda: Science and Health Publications; 1910.

FLORENCIO, T.F. **Prontuário eletrônico do paciente**: implicações para a assistência de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. [Internet] 2010; 149p

FONSECA, W.P. **Acupuntura auricular chinesa**. São Paulo: Andreoli; 2011.

FORLIN, D. C. **A visita domiciliar do enfermeiro na atenção básica**: uma proposta de prática emancipatória. Orientadora: Célia Maria Sivalli Campos. 2014. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. de. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 55, n. 4, p. 280-287, 2006

FORTE, E.C.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. ; SORATTO, J. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n. 2, p.53-68, jan, 2018.

FRACOLLI, L.A; BERTAZOLLI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (BR), Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde (BR). Manual de enfermagem. Brasília; 2001; p. 4-8. (Série A. Normas e manuais Técnicos, nº 135).

\_\_\_\_\_.; ZOBOLI, E.L.P.; GRANJA, G.F.; ERMEL, R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. Ermel. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p.1135-43, 2011

FRANCO, T., BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n. 2, p.345-353, 1999.

FREITAS, C. A prática em Bourdieu. **Revista Científica FacMais**, v.1, n.1, 2012.

FREITAS, C.A.S.L.; NETO, A.V.S.; NETO, F.R.G.X.; ALBUQUERQUE, I,M,N.; CUNHA, I.C.K.O. Consulta de Enfermagem ao Portador de Hanseníase no território da Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Rev. Bras. Enferm.** vol. 61, p. 757-763, 2008.



FREITAS, G.M.; SANTOS, N.S.S. Atuação do enfermeiro na atenção básica: revisão integrativa de literatura. R. Enferm. Cent. O. Min., v. 4, n.2, p.1194-1203, maio/ago, 2014.

FURTADO, J.P. **A avaliação como dispositivo**. 2001. 282f.. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

\_\_\_\_\_.; SILVA, L.M.V. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.30, v.12, p. 2643-2655, dez, 2014.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GAIVA, M.AM.; SIQUEIRA, V.C.A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia de saúde da família. **Cienc Cuid Saúde.**, v.10, n.4, p. 697-704, 2011.

GALIZA, F.T et al. Gerência do cuidado de enfermagem na estratégia de Saúde da Família, **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n. 11, nov 2016.

GARCIA, A.C.P. et al . Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 283-300, abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jun. 2019. Epub Dec 08, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00039>.

GARCIA, R.C. **Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2001. Texto para Discussão nº 776.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C. O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Pública**, v. 35, n. 2, 2014.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKELL, G.; BAUER, M. W. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. História da enfermagem versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p. 3-48

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIANNINI, G.P. S. Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: conhecimentos e práticas dos enfermeiros. 2016. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em rede. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou Atenção primária à saúde? **Cad. Saúde pública**, v.34, n.8, 2018.

\_\_\_\_\_. et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 fev. 2017.

\_\_\_\_\_.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária. In. \_\_\_\_\_.; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2014. p.493-54.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012

GOMES, E. S.; ANSELMO, M.E. O; LUNARDI FILHO, W. D. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 53, n. 3, p. 472-480, set. 2000 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000300017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 jul. 2019.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Uma análise política do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. PMAQ-AB. In: \_\_\_\_\_.; BARBOSA, M.G. FERLA, A.A. (Org). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 357 p.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. **A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. Educativa, 1999. Disponível em: [www.dppg.cefetmg.br/mtp/Tecnicade GruposFocaisdoc](http://www.dppg.cefetmg.br/mtp/TecnicadeGruposFocaisdoc). Acesso em: 18 mar. 2008.

GOMES, M.F.P.; FRACOLLI, L.A.; MACHADO, B.C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.39, n.4, p.470-475, 2015.

GUANAES-LORENZI, Carla; PINHEIRO, Ricardo Lana. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2537-2546, ago. 2016 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000802537&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802537&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2019.

GUIMARÃES, L.P. **A importância da consulta de enfermagem no contexto da Estratégia de Saúde da Família**. Orientadora Maria Rizoneide Negreiros de Araújo. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HAUSSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v.18, n.2, p.258-65, abr/jun 2009.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 733-737, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000600021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 nov. 2017.

HOLANDA. A. B. **Aurélio Dicionário da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2010.

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

IBGE. **Estatísticas**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj>. Acesso em 20 abr. 2018.

JONAS.L.T. et al A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev APS [Internet]**. v.14, n.1, p.28-38, Jan-mar, 2011.

JUNIOR, A.G da S. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família, pontos para o debate. In: **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. ALMEIDA, P.F. et al organizadores. Edufba:2015

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde, **Caderno de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, Rio de Janeiro, set. 1990.

KAMIYAMA, Y. Nursing theories - International conference. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.18, n.3, p.199-207, 1984.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS. T.M. **Enfermagem Comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995.

KEBIAN, L.V.A; OLIVEIRA, S.A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários da saúde da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v.14, n.1, p.893-900, Jan/mar, 2015.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev enferm UERJ**. v. 19, n.3, 403-9, 2011.

KEBIAN, L.V.A; \_\_\_\_\_.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v.16, n.1, p.161-9, 2014.

\_\_\_\_\_. **Os saberes de enfermeiros e usuários na visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família: diálogos entre o científico e o popular.** 2017. 267 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio e Janeiro, 2017.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care.** 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

KUREBAYASHI, L.F.S. et al. Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.1, p. 89-95, 2012.

\_\_\_\_\_.; PRADO, J.M. Auriculoterapia e Enfermagem. In: SALLES, L.F.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem e as práticas complementares em Saúde.** São Caetano do Sul, SP:YENDIS, 2011.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica.** 3. Ed. São Paulo:Atlas, 1991.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LANZONI, G. M. de M.; LINO, M.M.; LUZARDO, A. R.; MEIRELLES, B.H.S. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.430-5, jul/set, 2009.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.913-922, 2016.

LENTSCK, M.H. et al . Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3455-3466, Nov. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mar. 2017.

IERVOLINO, A.S; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP**. N. 35, v.2, p. 115-21, 2001.

LIMA, A. N. de; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 889-897, Dec. 2010 .

LIMA, E.C.; VARGENS, O.M.C; QUITETE, J.B., MACEDO, P.O., SANTOS, I. Aplicando concepções teóricofilosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em enfermagem obstétrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V. 29, n.3, p.354-361, 2008.

LIMA, E.F.A. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, 2016.

LIMA, F.S; AMESTOY, S.C.; JACONDINO, M.B et al. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. **J. res.: fundam. care. Online**, v.8, n.1, jp. 3893-3906, jan/mar, 2016.

LIMA, K.M.S.V.; SILVA, K.L.; TESSER, C.D. Integrative and complementary practices and the relation to health promotion: the experience of a municipal healthcare service. **Interface** (Botucatu) [Internet], v.18, n.49, p.261-72, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832014000200261&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000200261&lng=en)

LIMA, N. T.; FONSECA, C. O; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: a reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, NÍSIA, T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

LIMA, R.T; SILVA, E.P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.1, p. 103-114, 2011.

LIMA, Y.M.S; MOURA, M.A.V. Consulta de enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **R. de Pesq.: cuidado é fundamental**, v.9, p.93-9, 2005.

LINS, C.F.M; ALCHIERI, J.C.; ARAÚJO, N. J.L.; MELO, F.A.F. Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal a partir das crenças dos seus colaboradores. **Psico**. [Internet], v.44, n.4, 2013. [acesso em 10 fev 2016]. Disponível: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12193/1084>

LIONELLO, C.D.L. et al. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliar. **Revista Gaúcha de Enferm.** v.3, n.2, p.103-110, 2012.

LIRA, L.B.S de; SANTOS, D.S., NEVES, S.J.F et al. Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2334-40, set., 2018.

LOMBARDI, R.; CAMPOS, V.P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, Jan/Jun, 2018.

LOPES, M.H.B.M. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxionomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 8, n. 3, p. 115-118, Julho 2000 . Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1692000000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692000000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 jul. 2015.

LUNARDI-FILHO, W. , LUNARDI, V., SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 9, n.2, p. 91-6, mar.2001.

LUNARDI, V. L. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Pelotas: Editora da UFPEL; Florianópolis: UFSC, 1999.

MACIEL, I. C. F; ARAUJO, T.L. de. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 2, p. 207-214, Mar. 2003

MACIEL, T.D.S.; BARROS, L.C.F. A auriculoterapia como complemento nos processos terapêuticos. UBS colônia do Pium. **Anais congrepics**. Natal, v.1, 2017.

MACINKO, J. Estratégia de Saúde da Família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília: **Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS**; 2011.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 973-982, 2011.

MAGNAGO, C.; PIERATONI, C.R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde debate**, v.39, n.104, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040194>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MALAGUTTI, W. **Assistência Domiciliar** – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

MALTA, D. C; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic Saúde Educ*, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MARASQUIN, H.G.; DUARTE, R.V.C.; PEREIRA, .R.B.L; MONEGO, E.T. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte, Palmas (TO). *Rev UFG [Internet]*, v.6, n esp, 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>.

MAROSO, K.L; ADAMY, E.K.; AMORA, A.R; FERRAZ, L.; LIMA, T.L.; NEISS, M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Cienc Enferm [Internet]*. 2015 Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3704/370442674004/>

MARTINS, C. B. **Sobre a noção de prática**. Novos Estudos, São Paulo: CEBRAP, n. 62, p. 163-181, mar. 2002.

MARTINS, K.P et al. Internal **structure of Family Health Units: access for people with disabilities**. *Ciênc. saúde coletiva*. v.21, n.10, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MARX, K. **A questão judaica**. Tradução de Artur Morão. Lisboa, 1989. Disponível em Acesso em: 1 maio 2009.

MASSAD, E; MARIN, H.F; AZEVEDO, R.S.N.; NETO, R.S.A. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde, Washington, D.C.; 2003.

MASSUDA, A.; NETO, P.P.; DREHMER, V. In: SOUZA, M.F.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Soares CASN (tradução). Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev APS [Internet]*. v. 12, n.2, p.204-213, 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 2005. p.103

\_\_\_\_\_. **Razão e Planejamento**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994, p. 118.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MERHY, E. E.; GOMES, L.B. Colaborações ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: GOMES, L.B. BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. (org). A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede Unida, v.1, p.67-92, 2016.

MENDES, A.; MARQUES, R. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v.38, n. 103, 2014.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

\_\_\_\_\_. Entrevista: O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul, 2005.

\_\_\_\_\_. **A evolução histórica da prática médica:** suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP; 1985.

MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1493-1497, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

MENDONÇA, F. de F.; NUNES, E. de F. P.de A. AVALIAÇÃO DE GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 397-409, ago. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000200397&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200397&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jun. 2019. Epub Apr 10, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00053>.

MENDONÇA, M.H.M et al. **Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde.** In: MENDONÇA, M.H.M et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MERTENS, R.S.D.K et al. **Como elaborar projetos de pesquisa:** linguagem e método. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

MINAYO, M. C. et al. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro. ABRASCO, 1994.

\_\_\_\_\_.; DESLANDES, S. F (Org.). **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. 3. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.



MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, M.M; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n.2, p. 358-64, 2009.

MORAES, P.N.; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.98, p. 416-426, 2017.

MOREIRA, K. S.; LIMA, C. A.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. de M. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para as ações na atenção básica. **Cogitare Enferm**. v. 2,n.22, 2017.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, v. 42, n.esp1, 2018.

MOTA, R.R.A. **A avaliação da atenção básica e o trabalho dos agentes comunitários de saúde: implantação do PMAQ na região do Médio Paraíba Fluminense**. 2015. 184. Tese [Doutorado] -Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MOURA, E.R.F; HOLANDA F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 , n.6, p. 1791-1799, Dez, 2003.

MOUTINHO, C.; BOTELHO et al . Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 253-272, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jun. 2019.

NASCIMENTO, G.M. **Riscos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva da saúde do trabalhador**. 2009.104fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009

NASCIMENTO, L.C.; ARCE, V.A.R.; SOUZA, F.R. Concepções e práticas de integralidade em saúde no núcleo de apoio à saúde da família, **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n.1, p. 26-40 jan./mar. 2018.

NERY, S.R.; NUNES, E.F.P.A; CARVALHO, B.G.; MELCHIOR, R.; BADUY, R.S.; LIMA, J.V.C. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas unidades de saúde da família. **Cienc Saude Colet**. Londrina, v.14, p.1411-9, 2009.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NOGUEIRA, A.L.G. et al . Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 5, p. 964-971, out. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500964&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500964&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2019.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mar. 2017.

NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública**, v. 18, p.1639-46, 2002 Organização Pan-Americana da Saúde A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate./ Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OGUISSO, T. **Trajétória Histórica da Enfermagem**. 1ed. Barueri: SP. Manole; 2014.

OLIVEIRA, D.M. et al. Concepções e práticas de educação em saúde: perspectiva de enfermeiros da Estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n. 11, 3901-10, nov., 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** n.66, v. esp, p. 158-64, 2013.

OLIVEIRA, M.F.; SILVA, F.C.B. A auriculoterapia como prática integrativa e complementar no tratamento das doenças em pessoas idosas. **Anais congrepics**. Natal, v.1, 2017.

OLIVEIRA, M.P.R. et al . Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 547-559, dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jun. 2019. .

OLIVEIRA, S. K. P. et al . Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 155-161, fev. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Educación permanente de personal de salud en la región de las américas. Washington: OPAS; 1988. Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos, nº 78

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ**, p. 292-300, 2006.

PAIM, J.S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A; VIEIRA, L.M, organizadores. **Avaliação em saúde**: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005. p. 9-10.

PAINEL REGIONAL: Norte Fluminense/ Observatório Sebrae/ Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SEBRAE RJ, 2015.

PAIXÃO, W. **Página de histórias da enfermagem**. Ed. Escola Ana Neri, - Universidade do Brasil. 3 ed., Rio de Janeiro, 1963. p112.

PANIZZI, M., FRANCO, T. B. A implantação do Acolher Chapecó - Reorganizando o processo de trabalho. In: Franco TB. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004.

PAULA, M. de et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de Saúde da Família. **Rev Min Enferm.** v. 18, n.2, p.454-462, abr/jun, 2014.

PAULINE, C.S.C.; NETO, A.V.O.; SOUSA, M. F. Uma narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. IN: GOMES, L.B. **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 357 p.

PEDROSA, J.I. Promoção da Saúde e educação em saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

PEREIRA, A. Reflexões sobre a evolução da **enfermagem e o surgimento do homem na profissão**. **Acta Paul Enferm** [Internet], v.4,n.2, p.49-54, 1991. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-458118>

PEREIRA, A.T. da S. et al . O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s123-s133, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar-potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem** [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

PEREIRA, R.T.A.; FERREIRA, V. A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. **REVISTA UNIARA**, v.17, n.1, julho 2014.

PERUZZO, H.E. et al . Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 jul. 2019. Epub Aug 02, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.

PINA-OLIVEIRA, A. A.; CARRIEL, C.A.R.; CHIESA, A.M. Metodologias ativas em uma capacitação sobre humanização da assistência neonatal: avaliação da qualidade. **FocoSaúde** (Santa Maria), Santa Maria, vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p. 249-254, 2015.

PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001

PINHEIRO, G.E.W.; AZAMBUJA, M.S.; BONAMIGO, A.W. Facilidades e dificuldades na Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**. V.42, n.especial, 2018.

PINTO, H.A; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R Eletr de Com Inf Inov Saúde**. v.6, n.2, 2012

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_.; FERLA, A.A., O Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, v.38, n. especial, out, p.358-372, 2014.

\_\_\_\_\_.; KOERNER, R.S.; SILVA, D.C.A. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em:<<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>>. Acesso em: 29/07/2015.

PINTO, C.A.G, COELHO, I.B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: **Manual de práticas de atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada**. CAMPOS, W.S, GUERRERO, A.V.P. Editora Hucitec: São Paulo, 2010

PIQUET, R. **Petróleo. Royalties e Região**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

PISCO, L.A: Avaliação como instrumento de mudança. **Cien Saude Colet**, v.11, n.3, p.566-568, 2006.

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.

PORTO, G. **Do corredor ao consultório**: diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre-Rio Grande do Sul. 2007. 125p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

POSSARI, J. F. **Prontuário do Paciente e os registros de Enfermagem**. Ed. Iátria: São Paulo, 2008, 2 ed.- São Paulo. 246p.

QUITETE, J.B.; VARGENS, O.M.da COSTA; PROGIANTI, J.M. Uma análise reflexiva do feminino das profissões. **Hist.enferm, Rev. Eletrônica**, v.1, n.2, p.223-239, jul/dez, 2010.

RAMOS, C.F et al. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.71, n.3, 2018.

RANKIN-BOX,D. **The nurse's handbook of complementary therapies**. 2 ed. New York: BaillièreTindall, 2005.

REIS, C.C.L; Virginia, A.H. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública.**, v.20, n.2, 492-501, mar, 2004.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L. & SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 6:50-61, 1990.

RENOVATO, R.D.; BAGNATTO, M.H.S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 277-290, 2010.

RIBEIRO, C.; DAVIES, V.F. Institucionalizar a avaliação em saúde? **Sau. & Transf. Soc.**, , Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 11-13, 2012

RIBEIRO, G.C.; PADOVEZE, M.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm. USP**, 2018.

ROCHA, A.C; ANDRADE, G.S. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga em diferentes contextos sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea**. V.6, n.1, p. 30-41, abr, 2017.

ROCHA, A.C.D.; SOUSA, C.P.C; QUEIROZ, D.; PEDRAZA, D.F. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**. V.14, n. 54, p.71-9, 2012.

ROCHA, P. A. **A prática dos grupos educativos por enfermeiros na atenção primária à saúde**. Dissertação de mestrado. Mestrado acadêmico. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2014. 86f

ROVERE, M. Gestion estratégica de la educación permanente en salud. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.L.C; DAVINI, M.C. organizadores. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100. p. 63-106.

SANCHO, L.G; DAIN, Ss. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-). Acesso em: 02 mar. 2017.

SANTANA, J.S.S; NASCIMENTO, M.A.A (organizadores). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana- BA: UEFS; 2010.

SANTOS, E.M.S.; MORAIS, S.H.G., A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm.** v.16, n. 3, p.492-7, jul/set, 2011.

SANTOS, I.I.; SILVA, A.E.; MONTEIRO, V.C.M. A atuação do enfermeiro nas terapias alternativas e complementares. **Anais congrepics**. Natal, v.1, 2017.

SANTOS, S. M. R . A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 1, p. 124-130, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2017.

SAVIETO, R.M.; LEAO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 198-202, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SCHLEIERMACHER, F. D. E. **Hermenêutica**-Arte e técnica da interpretação. Trad. Celso Reni Braida. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, abr/jun, p.252-6, 2009.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (RJ). 2006. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/>.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Série histórica de indicadores de pactuação bipartite e tripartite**. [mensagem pessoal] recebido por [danielabsilveira@yahoo.com.br](mailto:danielabsilveira@yahoo.com.br). 2019.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro , n. 20, p. 60-70, Aug. 2002 .

SHIMIZU, H.E, LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.62. n.3, p.387-92, 2009.

SILVA, A.C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará: uma análise da evolução de saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002.** 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, A. T. C. da et al . Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 ago. 2019.

SILVA, F.C.S. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n.4, jan/ dez, 2015.

SILVA, G.R.F. Interview as a technique of qualitative research - a literature review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 5, n. 2, aug. 2006.

SILVA, L.M.V. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.** Rio de Janeiro:Editora FIOCRUZ, 2014.

SILVA, P.C. et al. Análise da estrutura física das unidades básicas de saúde no Brasil. In: **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)** / Luciano Bezerra Gomes, Mircei Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 357 p.

SILVA, S.R de A., CARVALHO, M.R (Org). Macaé, do caos ao conhecimento: olhares acadêmicos sobre o cenário de crise econômica. Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé, 2019.

SIMÃO, R. **Desafios para a caracterização da mortalidade infantil em Cabinda-Angola.** 2011, 177 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SIMÕES, A.L.; FREITAS, C.M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades. **Saúde debate**, v. 40, n.109, mai/jun, 2016.

SISSON, M.C. Métodos de Avaliação de Serviços e Programas de Saúde, **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, v.11, n.3, p. 265-276, 2007.

SOARES, N. J.J.; MACHADO, M.H.; ALVES, C.B. Mais Médicos (More Doctors) Program, the infrastructure of primary health units and the municipal human development index. **Ciênc. saúde coletiva**. [Internet], v.21, n.9, 2016.

SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; TRINDADE, L.L. OLIVEIRA, J.S.A.; FORTE, E.C.N.; MELO, T.P. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família, **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, 2017.

SORATTO, J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde.. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n.2, Abr-Jun, p. 584-92, 2015.  
SOSSAI, L.C.F. ; PINTO, I.C. A visita domiciliar do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Cienc Cuid Saude**. V.9, n.3, p.569-576, 2009.

SOUZA, L.A. et al. Retratando o percurso do PMAQ-AB em Mato Grosso do Sul: o olhar do avaliador no processo de avaliação externa. In: GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. (Org.) **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p.327-348.

SOUZA, N.R.S. et al.. **Sistematização da Assistência de enfermagem**: dificuldades referidas por enfermeiros de um hospital. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.9, n, 3, Mar. 2015.

SOUZA, R.O.A.; MACHADO, C.V.; NORONHA, M.F. Desafios da gestão municipal da atenção básica em saúde no Brasil: um estudo de caso. **Rev APS**. [Internet], v.18, n.2, 2015; [acesso em 20 jun 2019]. Disponível: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2476/875>.

SOUTO DE MOURA, L.C; SOUTO DE MOURA G.M.S. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. **Rev Gaúcha Enf.** , v.18, n.2, p. 94-103, 1997.

STARFIELD, B. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002

STEIN, E. **Aproximações sobre Hermenêutica**. 2.ed. Porto Alegre: EDPUCRS, 2004.

STOTZ, E.N., DAVID, H.M.S. Educação Popular e Saúde. In: Soares CB, Campos CMS (orgs.) **Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 107-142. 3

TAKAHASHI, A. et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta paul. enferm**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 jul. 2015.

TANAKA, O.Y.; MELO, P. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface Comun Saúde Educ**, 2000.

TANCREDI, F.B et al. **Planejamento em Saúde**. volume 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE**: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.3, 2017.



TRILICO, M.L.C et al. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 381-395, ago. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000200381&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200381&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2019. Epub Mar 20, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip0>

TRUJILLO, Z. et al. Atención domiciliaria: un modelo de atención integral. **Medicina Interna México**, México, v.15, n.5, supl., p.217-223. 1999.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.18, n.6, 2002, p. 1561-1569. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n6/13251>>. Acesso em: 02/12/2015

VARELA et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev Rene**, v.13, n.4,p.816-24, 2012.

VASCONCELLOS, M. M; GRIBEL, E. B; MORAES, I. H. S de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s173-s182, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jul. 2019.

VAZIN, A.; NERY, M.H.S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM&L, 2000.

VENÂNCIO, S.I. Avaliação para melhoria da qualidade

VIANA, N., SOARES, C., CAMPOS, C. **Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva**. In: Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole, 2013.

VILLAS BOAS, L.M. de F. M; ARAUJO. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 1355-1360, Aug. 200

XAVIER, S.Q.; CEOLIN, T.; ECHEVARRIA-GUANILO, M.E.; MENDIETA, M.C. Grupos de educação em saúde: aproximação da população masculina à unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care. Online**, v.7, n.2, p.2372-2382, abr/jun, 2015.

WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

WATSON, J. **Human caring science: a theory of nursing**. Jones & Bartlett Learning, 2011.

\_\_\_\_\_. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto & Contexto Enferm**. v.16, n.1, p.129-35, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Kiel (1967). Methods of evaluating public health programmes: report on a symposium by Regional Office for Europe

\_\_\_\_\_. 2008. Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization, 2008.

ZANGARI, M; BERGARA, J. **O Enfermeiro (a) da Pós-modernidade**. Saber acadêmico. n.º 10, Dez. 2010.

ZARILI, T.F.T. **Avaliação de serviços de Atenção Básica Atualização e validação do instrumento Quali AB**. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 2015.

**APÊNDICE A – Roteiro da entrevista com os enfermeiros**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ  
Centro Biomédico Faculdade de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Doutorado em Enfermagem

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )      Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_      E-mail: \_\_\_\_\_  
Unidade/Município em que atua: \_\_\_\_\_  
Tempo de atuação na atenção primária e no município: \_\_\_\_\_  
Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Formação: \_\_\_\_\_

- Como aconteceu o desenvolvimento do PMAQ-AB na sua equipe?
- Como você caracteriza as práticas de cuidado que desenvolve no seu cotidiano de trabalho? Pergunta reelaborada para melhor compreensão dos participantes: Que atividades você desenvolve no seu cotidiano de trabalho?
- De que modo a participação no PMAQ-AB contribuiu para a reorganização das práticas de cuidado desenvolvidas por você?
- Qual a sua avaliação a respeito do PMAQ-AB?

**APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido do enfermeiro****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS)**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Repercussões do Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica nas práticas de cuidado do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família”, conduzida por mim, Daniela Bastos Silveira.

Este estudo tem por objetivo geral: - Analisar as práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF a partir do processo de autoavaliação do PMAQ-AB nos municípios do Norte Fluminense como objetivos específicos: Descrever o processo de adesão e autoavaliação ao PMAQ-AB dos municípios do Norte-Fluminense; Caracterizar a reorientação das práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF e Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros, considerando o PMAQ-AB.

Você foi selecionado(a) por ter participado do processo de avaliação do Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade em seu município de atuação profissional. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não será remunerada e nem implicará em gastos.

A pesquisa possui um risco pequeno, sendo observado como possibilidade, haver represália dos gestores municipais quanto às questões colocadas a respeito da adesão ao programa, assim como as ações necessárias para o alcance dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, entretanto, tal risco será minimizado com a garantia do sigilo e do seu anonimato já que suas falas serão protegidas através de um nome fictício de sua escolha.

Ainda como medida de redução desse risco, informo que no momento da apresentação do projeto ao seu gestor para obter o consentimento da participação do município, o mesmo compreendeu os benefícios que o estudo pode trazer enquanto contribuição tanto para os profissionais, quanto para os pacientes assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. O gestor demonstrou interesse e expectativa quanto aos resultados da pesquisa para uma melhor organização do trabalho, de modo que sua participação enquanto sujeito do estudo e suas colocações serão respeitadas como ideias que possam contribuir para a melhoria do cuidado.

Os benefícios que a pesquisa pode trazer são a melhoria do cuidado para os pacientes atendidos na Estratégia de Saúde da Família e também, o estudo pode contribuir para outras práticas ou futuras pesquisas, além da valorização do papel do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.

Os dados serão colhidos por mim, mediante realização de uma entrevista, onde utilizarei um gravador (com sua permissão), no local e horário de sua preferência. A sua fala poderá ser utilizada integralmente ou em partes. No momento da entrevista só estarão presentes eu, enquanto pesquisadora e você, sujeito da pesquisa. Não haverá registro de vídeo ou imagem.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Comprometo-me a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, a minha.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Contatos do pesquisador responsável: Daniela Bastos Silveira. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tel.: (22) 98111-8604. Tel: (22) 2142-4911. E-mail: danielabsilveira@yahoo.com.br.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: . Os propósitos desta pesquisa são claros. Do mesmo modo, estou ciente dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente na minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---


Assinatura do(a) participante

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

## ANEXO – Parecer do Comitê de Ética da UERJ

Figura 7 – Parecer do Comitê de Ética da UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;										
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>										
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>										
<b>Título da Pesquisa:</b> Repercussões do Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica nas práticas de cuidado do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família										
<b>Pesquisador:</b> Daniela Bastos Silveira										
<b>Área Temática:</b>										
<b>Versão:</b> 3										
<b>CAAE:</b> 03764718.7.0000.5262										
<b>Instituição Proponente:</b> Faculdade de Enfermagem da UERJ										
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio										
<b>DADOS DO PARECER</b>										
<b>Número do Parecer:</b> 3.272.949										
<b>Apresentação do Projeto:</b>										
<p>Trata-se de tese de doutorado intitulada Repercussões do Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica nas práticas de cuidado do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família de autoria de Daniela Bastos Silveira da faculdade de Enfermagem UERJ. Pesquisa de campo, descritiva de abordagem qualitativa. O cenário será o município e de Quissamã, a segunda sendo confirmada pela pesquisadora. Os participantes serão enfermeiros das unidades de saúde da família dos municípios eleitos. Como critérios de inclusão serão considerados: a) dispor-se a participar mediante convite formal feito pela pesquisadora e assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de exclusão serão considerados aqueles que não desejarem participar da pesquisa ou que estiverem ausentes por motivo de férias, doença ou outras razões. A coleta de dados será realizada através de entrevista. A análise de dados será realizada através da técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (1997) que tem a intenção de conhecer as entrelinhas, sendo o objeto da análise a palavra, dentro da unidade de contexto no texto.</p>										
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>										
Objetivo Primário: • Analisar as práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF a partir do PMAQ-AB no										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><b>Endereço:</b> Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. S13018</td> <td><b>CEP:</b> 20.550-000</td> </tr> <tr> <td><b>Bairro:</b> Maracanã</td> <td><b>Município:</b> RIO DE JANEIRO</td> </tr> <tr> <td><b>UF:</b> RJ</td> <td><b>Fone:</b> (21)2334-2180</td> </tr> <tr> <td><b>Telefone:</b> (21)2334-2180</td> <td><b>E-mail:</b> etica@uerj.br</td> </tr> </table>			<b>Endereço:</b> Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. S13018	<b>CEP:</b> 20.550-000	<b>Bairro:</b> Maracanã	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO	<b>UF:</b> RJ	<b>Fone:</b> (21)2334-2180	<b>Telefone:</b> (21)2334-2180	<b>E-mail:</b> etica@uerj.br
<b>Endereço:</b> Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. S13018	<b>CEP:</b> 20.550-000									
<b>Bairro:</b> Maracanã	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO									
<b>UF:</b> RJ	<b>Fone:</b> (21)2334-2180									
<b>Telefone:</b> (21)2334-2180	<b>E-mail:</b> etica@uerj.br									

Continuação do Protocolo: 3.272.948

município de Macaé no Norte-Fluminense

Objetivo Secundário: • Descrever a realização do PMAQ-AB no município selecionado

• Caracterizar as práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF a partir do PMAQ-AB • Discutir as práticas de cuidado dos enfermeiros da ESF considerando o contexto da realização do PMAQ-AB no município de Macaé.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Informação da pesquisadora:

"Riscos A pesquisa possui um risco pequeno, sendo observado como possibilidade, haver represália dos gestores municipais quanto às questões colocadas a respeito da adesão ao programa, assim como as ações necessárias para o alcance dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, entretanto, tal risco será minimizado com a garantia do sigilo e do anonimato já que as falas dos sujeitos serão protegidas através de um nome fictício de sua escolha. Ainda como medida de redução desse risco, informo que no momento da apresentação do projeto aos gestores dos dois municípios para obter o consentimento da participação do município, os mesmos compreenderam os benefícios que o estudo pode trazer enquanto contribuição tanto para os profissionais, quanto para os pacientes assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. Os gestores demonstraram interesse e expectativa quanto aos resultados da pesquisa para uma melhor organização do trabalho, de modo que a participação dos enfermeiros enquanto sujeitos do estudo e suas colocações serão respeitadas como ideias que possam contribuir para a melhoria do cuidado, sendo esse, um dos principais benefícios da pesquisa".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa relevante para a área de saúde pública.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Financiamento próprio

Carta de anuência da secretária adjunta de atenção básica do Município de Macaé e Quissamã, que se colocam como instituições co-participantes. A pesquisadora, no entanto, informa que as co-participações não procedem, em carta anexa.

Folha de rosto assinada e carimbada pela diretora da FENF UERJ

Quanto ao TCLE, atende aos princípios de liberdade e esclarecimento.

**Recomendações:**

Não há.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã Cidade: 20.550-000  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: erica@uerj.br

Continuação do Parecer: 3.212.948

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais e critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para abril de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1219536.pdf	08/03/2019 15:45:54		Aceito
Outros	declaracao_exigencias.docx	08/03/2019 15:39:25	Daniela Bastos Silveira	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	08/03/2019 15:36:01	Daniela Bastos Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pesquisa2.docx	08/03/2019 14:49:25	Daniela Bastos Silveira	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	consentimento.docx	08/03/2019 14:40:09	Daniela Bastos Silveira	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	08/03/2019 14:38:39	Daniela Bastos Silveira	Aceito
Outros	roteiro.docx	08/01/2019 17:57:12	Daniela Bastos Silveira	Aceito
Outros	anuencia_macaes.pdf	08/11/2018 08:55:46	Daniela Bastos Silveira	Aceito
Outros	anuencia_quitesama.jpg	08/11/2018 08:55:26	Daniela Bastos Silveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. I 3ºand. 21301-9  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 e-mail: uerj@uerj.br



UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Protocolo: 3.272/945

RIO DE JANEIRO, 18 de Abril de 2019

---

Assinado por:  
Patrícia Fernandes Campos de Moraes  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3015  
**Bairro:** Maracanã **Cep:** 20.550-000  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

Página 01 de 04