



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Franciele Nascimento de Araújo Silva

**Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na continuidade  
do cuidado aos usuários com condições crônicas**

Rio de Janeiro

2024

Franciele Nascimento de Araújo Silva

**Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, 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 de Oliveira

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/B

S586 Silva, Franciele Nascimento de Araujo  
Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na  
continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas / Franciele  
Nascimento de Araujo Silva. – 2024.  
86 f.

Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados de enfermagem - Teses. 2. Múltiplas Afecções Crônicas.  
3. Enfermeiras - Teses. 4. Estratégias de Saúde Nacionais - Teses. I.  
Oliveira, Sonia Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
III. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário: Felipe Vieira Queiroz Xavier CRB: RJ - 230047/S

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

---

Assinatura

---

Data

Franciele Nascimento de Araujo Silva

**Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na continuidade do cuidado  
aos usuários com condições crônicas**

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

Aprovada em 20 de março de 2024.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dra. Sonia Acioli (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Alex Simões de Mello

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a Deus por me permitir chegar até aqui, por me sustentar nos momentos de dúvida e por estar presente em todos os aspectos da minha jornada, nunca me abandonando.

À minha querida orientadora, Professora Sônia Acioli, sou imensamente grata por aceitar me acompanhar nesta jornada acadêmica, por seus valiosos direcionamentos e pela serenidade que sempre transmitiu durante a construção deste trabalho.

Aos pareceristas e membros da banca, Professora Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa e Professor Alex Simões de Mello, agradeço desde o início pela presença e contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos meus pais, Roseane Francisca do Nascimento Silva e José Luiz de Araujo Silva Filho, dedico minha mais profunda gratidão. Seus constantes incentivos, apoio incondicional e sacrifícios tornaram possível que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Sem eles, este trabalho e muitos dos meus sonhos jamais se concretizariam.

À minha querida irmã, Daniele Araujo, agradeço por seu eterno companheirismo, amizade e amor que têm sido alicerces em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo, Rodrigo Baltar, expresso minha gratidão por todo apoio, carinho e compreensão durante os momentos de ausência e falta de tempo, além de toda ajuda oferecida ao longo deste período.

Às minhas queridas colegas, Jessica Bandeira e Regina Agonigi, agradeço pela parceria nestes intensos dois anos.

Aos meus amigos pessoais, agradeço por compreenderem minha ausência e nunca se esquecerem de mim.

A todos vocês, o meu mais profundo obrigada. Sem a presença e apoio de cada um de vocês, a conclusão desta etapa tão sonhada e desafiadora não teria sido possível.

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

*Arthur Schopenhauer*

## RESUMO

SILVA, F.N.A. **Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas**. 2024. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A mudança no perfil de adoecimento da população, caracterizada pelo aumento da incidência de condições crônicas somado ao envelhecimento populacional, tem se destacado como problema de saúde pública, necessitando de um olhar mais atento à longitudinalidade do cuidado. Visando a proximidade com o território, a prevenção de doenças, promoção da saúde e redução de agravos, destaca-se a ESF como modelo assistencial da atenção primária, onde a enfermeira, como coordenador da equipe de ESF, desempenha um papel fundamental em busca da identificação das necessidades individuais e na construção de vínculo com o usuário. Contudo, ainda é possível identificar deficiências no processo de continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas. O presente estudo teve como objetivo analisar as práticas de Enfermeiras da ESF na continuidade do cuidado de usuários com condições crônicas. Método: Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada com 12 enfermeiras lotadas em uma unidade de ESF no município do Rio de Janeiro, em conformidade com as exigências Resoluções nº466/12 e nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e no ofício nº 02/2021 do Conselho Nacional de Pesquisa. A análise dos dados foi realizada utilizando a análise de conteúdo de Bardin, o que nos permitiu identificar três categorias: Desafios na Jornada pela Integralidade do Cuidado na ESF, Promovendo a Continuidade do Cuidado: Práticas das Enfermeiras e Potencializando a Longitudinalidade: Ações e Serviços Essenciais. A partir deste estudo, foi possível observar as práticas realizadas por enfermeiras na busca pela continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas. Essas práticas estão fundamentadas na realização de ações e serviços no território, na organização do processo de trabalho com apoio da tecnologia e em ações voltadas para a educação em saúde. Também foram evidenciados os desafios encontrados pelos participantes, os quais impactam diretamente na integralidade do cuidado, no processo de trabalho e na identificação das necessidades de cada indivíduo. Como estratégias para superar esses desafios, destacaram-se o fortalecimento do trabalho multiprofissional, a participação ativa da gestão, a articulação entre os setores de forma mais efetiva, o olhar holístico, a escuta ativa e a rede de apoio. Estas ações foram identificadas como essenciais para a oferta de serviços de qualidade, voltados para as necessidades do território e que promovam o fortalecimento do vínculo, o protagonismo do indivíduo e sua participação efetiva no plano terapêutico, buscando o cuidado contínuo aos usuários com condições crônicas.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; estratégia de saúde da família; condição crônica; enfermeiras.

## ABSTRACT

SILVA, F.N.A. **Nursing practices of FHS nurses in the continuity of care for users with chronic conditions**. 2024. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The change in the population's illness profile, characterized by the increasing incidence of chronic conditions coupled with population aging, has emerged as a public health problem, requiring a closer look at the longitudinality of care. Aimed at proximity to the territory, disease prevention, health promotion, and reduction of harm, the FHS stands out as a care model for primary care, where the nurse as coordinator of the FHS team plays a fundamental role in identifying individual needs and building a bond with the user. However, deficiencies in the continuity of care process for users with chronic conditions can still be identified. The present study aimed to: analyze the practices of FHS Nurses in the continuity of care for users with chronic conditions. Method: This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, conducted with 12 nurses assigned to an FHS unit in the municipality of Rio de Janeiro, in accordance with the requirements of Resolutions No. 466/12 and No. 510/2016 of the National Health Council and Official Letter No. 02/2021 of the National Research Council. Data analysis was performed using Bardin's content analysis, which allowed us to identify three categories: Challenges in the Journey for the Completeness of Care in the FHS, Promoting Care Continuity: Nurses' Practices, and Strengthening Longitudinality: Essential Actions and Services. From this study, it was possible to observe the practices carried out by nurses in the pursuit of care continuity for users with chronic conditions. These practices are based on the implementation of actions and services in the territory, the organization of work processes with the support of technology, and actions focused on health education. The challenges faced by the participants were also highlighted, which directly impact the completeness of care, the work process, and the identification of each individual's needs. As strategies to overcome these challenges, the strengthening of multiprofessional work, active management participation, more effective intersectoral coordination, a holistic approach, active listening, and support networks were highlighted. These actions were identified as essential for the provision of quality services, focused on the needs of the territory, promoting the strengthening of bonds, individual empowerment, and effective participation in the therapeutic plan, in pursuit of continuous care for users with chronic conditions.

Keywords: nursing care; family health strategy; chronic condition; nurses



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Resultado de publicações.....	15
Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	28

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCM	<i>Chronic Care Model (Modelo de Cuidados Crônicos)</i>
CEP/SMS-Rio	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative (Critérios Consolidados para Relatar Pesquisas Qualitativas)</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Decs	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
MACC	Modelo de Atenção as Condições Crônicas
MPR	Modelo da Pirâmide de Riscos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
PAB fixo	Piso de Atenção Básica fixo
PAB variável	Piso de Atenção Básica variável
PACs	Programa de Agentes Comunitários
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCR	Sistema de Referência e Contrarreferência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Eletrônica Online)</i>
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UR	Unidade de registro
US	Unidade de significação

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL</b> .....	19
1.1 <b>A construção histórica da saúde e seus modelos de atenção</b> .....	19
1.1.1 <u>Políticas Voltadas à Atenção Básica</u> .....	22
1.1.2 <u>Modelo de Atenção voltado às Condições Crônicas</u> .....	26
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	32
2.1 <b>Abordagem metodológica</b> .....	32
2.2 <b>Cenário de estudo</b> .....	32
2.3 <b>Participantes do estudo</b> .....	33
2.4 <b>Tratamento ético</b> .....	34
2.5 <b>Produção de dados</b> .....	35
2.6 <b>Análise de dados</b> .....	35
2.6.1 <u>Pré-análise</u> .....	36
2.6.2 <u>Exploração do material ou codificação</u> .....	37
2.6.3 <u>Tratamento dos resultados obtidos e interpretação</u> .....	37
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	38
3.1 <b>Categoria I: Desafios na jornada pela integralidade do cuidado na ESF</b> .....	38
3.2 <b>Categoria II: Promovendo a continuidade do Cuidado: Práticas das Enfermeiras</b> .....	47
3.3 <b>Categoria III: Potencializando a longitudinalidade: ações e serviços essenciais</b> .....	52
<b>CONCLUSÃO</b> .....	57
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	59
<b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Informações</b> .....	67
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	69
<b>APÊNDICE C – Termo de Autorização Institucional</b> .....	70
<b>APÊNDICE D – Cronograma</b> .....	71
<b>APÊNDICE E – Unidade de Significação</b> .....	72
<b>APÊNDICE F – Categorias</b> .....	73
<b>ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP UERJ</b> .....	75
<b>ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP SMS/RJ</b> .....	79

## INTRODUÇÃO

O território brasileiro possui um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS). Criado no ano de 1990, tendo como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade, visando à realização de ações voltadas à promoção da saúde e serviços de saúde de caráter preventivo, curativo, individual e coletivo de forma contínua e em todos os níveis de assistência à saúde (Duarte; Elbe; Garcia, 2018).

É importante destacar que o SUS contempla um dos três pilares da seguridade social, garantida na Constituição Federal de 1988. A seguridade social é um conjunto integrado de ações que tem por objetivo garantir os direitos relativos à previdência social, à assistência social e à saúde. Este último, como direito de todos e dever do Estado, é garantido através do SUS, um importante projeto de inclusão social brasileiro que tem por finalidade promover a igualdade de acesso aos serviços e os direitos básicos. (Temer *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que, neste estudo, como forma de padronização, será utilizado o termo “enfermeira” para falar de profissionais do gênero feminino e masculino. Esta escolha está em conformidade com dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), 2017, os quais destacam que a enfermagem é composta em sua maioria (85,1%), por profissionais do sexo feminino.

Além dos princípios doutrinários, a organização do sistema é orientada pelos princípios organizativos de descentralização, de regionalização e de hierarquização. A descentralização é a política administrativa responsável pela divisão de responsabilidades entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, cada uma com seu comando único, atribuições próprias e poder decisório. A regionalização, por sua vez, atua no sentido de nortear a descentralização das ações e dos serviços de saúde, através da identificação e mapeamento de regiões de saúde, e tem por objetivo garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais existentes (Cardoso *et al.*, 2016; Gonzaga; Ferreira, 2017).

Já a hierarquização se dá pela oferta de serviços de atenção à saúde distribuídos em três níveis. Os níveis são organizados conforme densidades tecnológicas singulares, onde o primeiro nível, conhecido como atenção primária, se concentra em serviços direcionados às demandas mais frequentes, de menor densidade tecnológica, pautando o cuidado na promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, sendo estes serviços localizados dentro do território, próximos à comunidade (Noronha; Lima; Machado, 2012).

No segundo nível, também conhecido como atenção secundária, encontram-se os serviços de densidade tecnológica intermediária, estruturado por ambulatórios e unidades de diagnóstico e procedimentos. Já no terceiro nível, a atenção terciária, são estruturados os serviços de maior densidade tecnológica, nos quais são realizadas cirurgias de médio a grande porte e procedimentos que demandam internação em unidade hospitalar (Noronha; Lima; Machado, 2012).

Apesar de a visão hierárquica permitir o entendimento de que os serviços da APS possuem menor complexidade, essa perspectiva distorcida tende a desvalorizar a APS e a sobrevalorizar os serviços considerados de maior complexidade, como a atenção secundária e terciária. É necessário substituir essa visão pela valorização de redes horizontalizadas, conhecidas como poliárquicas ou em malha, que respeitam diferentes densidades tecnológicas e rompem com o paradigma da verticalização (Mendes, 2012).

Como forma de promover a adequada comunicação entre os níveis de atenção, em 2008, foi instituída a Política Nacional de Regulação do SUS, com proposta de fortalecer os processos de regionalização, de hierarquização e integração das ações e serviços de saúde. Esta política visa garantir a organização das redes e dos fluxos assistenciais, além de assegurar a equidade e a integralidade no acesso aos serviços de saúde. Para uma gestão descentralizada de das ações de regulação foram instituídos três complexos reguladores, um em cada esfera de governo, possibilitando a pactuação entre os gestores sobre a abrangência e estrutura de cada complexo (Brasil, 2008).

Visando à operacionalização e o gerenciamento pelos complexos reguladores, foi instituído pelo Ministério da Saúde um sistema de regulação online desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, o Sistema Nacional de Regulação – SISREG. O SISREG foi lançado com intuito de promover o gerenciamento da regulação, desde a atenção básica até a atenção hospitalar, na forma de referência e contrarreferência, permitindo melhor controle de fluxo e utilização de recursos (Pinto, 2021).

Para a oferta de cuidado em saúde de forma integral e direcionada às diferentes demandas de saúde da população no âmbito do SUS, em consonância com os princípios doutrinários e organizativos, faz-se necessária a articulação entre os diferentes níveis de atenção. Para tanto, em 2010, foi criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como um “arranjo organizativo das ações e serviços de saúde”, proporcionando relações horizontais em diferentes complexidades de atenção e promovendo a integração de sistemas, de ações e serviços de saúde em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (Brasil, 2010, p.4).

Nesse contexto, a Atenção Primária de Saúde (APS) é considerada o centro comunicador e coordenador da RAS, tendo em vista o cuidado multiprofissional e a resolutividade da atenção primária voltada para as necessidades mais comuns da população. A partir da APS, torna-se possível a realização do diagnóstico de saúde do território, permitindo a elaboração de um planejamento individual e efetivo para cada usuário, visando à coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção. (Brasil, 2010).

Sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) o modelo de atenção à saúde <sup>1</sup>prioritário da APS, a enfermeira, como membro da equipe multiprofissional, tem sua atuação voltada para a identificação de especificidades do seu território. Ela é capaz de reconhecer as potencialidades e as fragilidades deste local e da sua população adscrita, com o objetivo de identificar e manejar adequadamente as necessidades de cada indivíduo. Isso possibilita a condução eficiente das demandas dentro da abrangência da APS e em articulação com a RAS, buscando coordenar o cuidado de forma adequada.

Embora a compreensão de sistema hierárquico no SUS ainda prevaleça, Mendes (2012) destaca que a visão da RAS de forma hierárquica é equivocada. A RAS deve ser compreendida como uma rede horizontal com pontos de atenção que possuem a mesma importância e sem ordenação, diferenciados apenas pela densidade tecnológica.

Contudo, ainda é possível observar dificuldades no processo de referência e contrarreferência ocasionadas por falhas na comunicação entre os profissionais de saúde de pontos de atenção distintos, bem como, profissionais e usuários, causando a desarticulação dos serviços e a quebra da continuidade do cuidado (Ribas, 2018).

Ribeiro e Cavalcanti (2020) retratam em seu estudo realizado no município do Rio de Janeiro fatores como a formação profissional ineficiente, a fragilidade do vínculo empregatício dentro da APS, que em sua maioria ocorre por Organizações Sociais (OS)<sup>2</sup>, e ainda, por vezes, falhas no processo de trabalho com o SISREG, como cancelamentos de serviços agendados e falta de informações no retorno do paciente para a APS.

Estes fatores contribuem para uma coordenação ineficiente do cuidado, o que tende a sobrecarregar o sistema. O congestionamento do sistema pode ocorrer pela má condução dos casos, gerando referências aos demais níveis que poderiam ser resolvidas no nível primário, assim como também pela precariedade na troca de informações entre os níveis assistenciais

---

<sup>1</sup> Givanellet al., (2012, p. 463) define Modelo de atenção à saúde como “combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas”.

<sup>2</sup> Uma organização social é uma entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que colabora em parceria com o Estado para executar atividades de interesse público, como saúde.

ocasionando dificuldades da continuidade do cuidado de pacientes contrarreferenciados (Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

A realização do cuidado integral entre os níveis de assistência à saúde tem sido desafiadora, visto que ainda existem barreiras de comunicação, acesso e planejamento em prol da coordenação de cuidados de forma adequada e assertiva entre os pontos da RAS (Aued *et al.*, 2019).

Em relação às práticas de cuidado realizadas por enfermeiras na ESF, Santos *et al.*, 2016, evidenciam que estas ainda estão muito voltadas para o modelo biomédico, ocorrendo por vezes de forma fragmentada e sem articulação com a singularidade e o contexto de vida do usuário. Esses apontamentos demonstram a fragilidade do cuidado voltado para o território, dificultando a atuação sobre os aspectos socioculturais, políticos, econômicos e espirituais indispensáveis à longitudinalidade.

Destacam-se, ainda, os cuidados direcionados aos indivíduos com condições crônicas focados na doença e em procedimentos, com práticas de cuidados rígidas e realizadas de forma autoritária. Essas práticas impedem ou limitam o protagonismo do indivíduo em seu próprio cuidado e estão diretamente relacionadas à baixa adesão à intervenção proposta, ao abandono do plano terapêutico e às recidivas de internações por motivos evitáveis (Santos *et al.*, 2016; Mendes, 2012).

Tendo em vista que a atuação da ESF é baseada na territorialidade, na atenção centrada no indivíduo, no cuidado compartilhado, na escuta ativa, entre outros princípios, as práticas realizadas de forma inadequada, sem relação com as necessidades de saúde e sem considerar os contextos dos territórios, apontam para um enfraquecimento da APS. Em contrapartida, uma APS fortalecida demonstra relação direta com um manejo efetivo das condições crônicas, maior eficiência, redução de custos e resolutividade, proporcionando um cuidado integral de forma efetiva (Santos *et al.*, 2016; Mendes, 2012).

## **JUSTIFICATIVA**

A motivação para este estudo surgiu durante o meu curso de residência em enfermagem clínica em um hospital universitário no município do Rio de Janeiro. Durante esse período, pude observar um grande número de internações e reinternações de pacientes com condições crônicas agudizadas. Essa experiência despertou em mim o interesse em pesquisar sobre a



continuidade do cuidado na atenção primária à saúde no pós-alta hospitalar, o que se tornou meu trabalho de conclusão de residência.

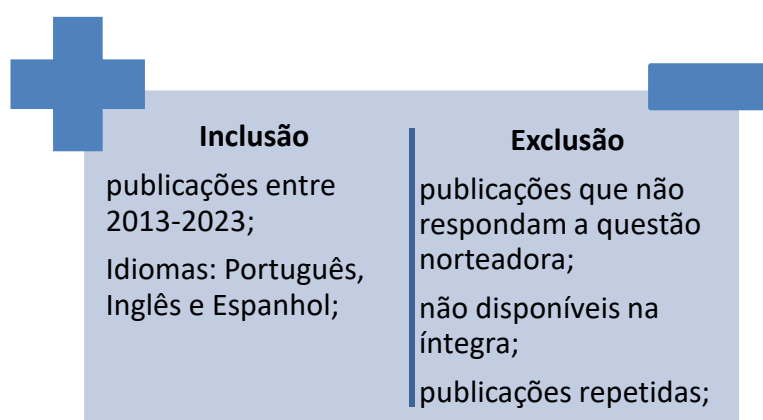
Minha atual inserção profissional em duas unidades de pronto atendimento no estado do Rio de Janeiro, onde atendimentos por condições crônicas agudizadas são recorrentes, também contribuiu para aprofundar meu interesse nessa temática. Assim, essa combinação de experiências tanto na residência quanto na prática profissional despertou meu desejo de ingressar no mestrado em busca de estudar sobre as práticas de enfermeiras da ESF na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas

Para fundamentar a temática desta pesquisa e obter uma melhor compreensão do estado da arte, foi conduzida uma revisão de literatura com o objetivo de responder à seguinte questão norteadora: Quais práticas são desenvolvidas por enfermeiras da ESF no cuidado aos usuários com condições crônicas?

As buscas nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Scopus ocorreram no mês de agosto de 2023, utilizando os seguintes descritores em Ciências da Saúde (Decs): estratégia de saúde da família, enfermeiros e enfermeiras, condições crônicas, cuidados de enfermagem.

Foram realizadas as seguintes combinações de descritores: “estratégia de saúde da família” AND “enfermeiros e enfermeiras” AND “condições crônicas” AND “cuidados de enfermagem”, “condições crônicas” AND “cuidados de enfermagem”, resultando em um total de 23 publicações. Em seguida, foram excluídas as publicações de acordo com os critérios descritos abaixo:

Figura 1 – Resultado de publicações



Fonte: Autora, 2024.

Após a leitura dos artigos, constatou-se que apenas quatro estavam alinhados com a temática.

Após a análise dos artigos, foi possível observar que, embora os profissionais identifiquem a ESF como um modelo que prioriza a longitudinalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, ainda é notória uma prática profissional que tende a se manter presa a protocolos, centrada no modelo biomédico, com foco nas doenças e nas demandas espontâneas (Favaro *et al.*, 2020; Garnelo *et al.*, 2014).

Destacou-se ainda a importância da articulação entre os níveis de atenção à saúde no contexto das doenças crônicas. No entanto, também foi observado que, em muitos casos, o cuidado se concentrava principalmente no encaminhamento para especialidades, em detrimento das práticas de cuidado na atenção primária (Schimith *et al.*, 2021; Garnelo *et al.*, 2014).

Considerando as características das condições crônicas, é essencial reconhecer que a identificação do território, a criação de vínculos, a organização do atendimento, a oferta de serviços e recursos, bem como o envolvimento da família, impactam diretamente na continuidade do cuidado. Essas ações proporcionam ao usuário um maior entendimento e controle de sua condição, contribuindo para a redução do risco de descompensações clínicas e hospitalizações (Garnelo *et al.*, 2014).

Schimith *et al.* (2021) destaca-se em seu estudo realizando em unidades de saúde da família em dois municípios do Estado do Rio Grande do Sul, a prática multiprofissional através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como um fator facilitador para a continuidade do cuidado de pacientes com condições crônicas. Em sua pesquisa, também foi identificado que a comunicação colaborativa, eficaz e propositiva, juntamente com o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e as famílias dos usuários, desempenha um papel crucial. No entanto, Schimith ressalta que essas práticas requerem um engajamento ativo por parte dos profissionais na busca pela coordenação eficaz do plano terapêutico individualizado.

Corroborando com Schimith *et al.* (2021), o estudo realizado por Favaro *et al.* (2020) em unidades de ESF no município de Maringá, também enfatiza a importância do vínculo entre o profissional de saúde, o usuário e sua família como um fator fundamental para a qualidade do cuidado e a oferta de suporte social à família. Além disso, destacam a relevância do NASF na busca por soluções abrangentes para atender às necessidades individuais de cada pessoa.

Dentre os desafios mencionados, destacam-se a alta taxa de rotatividade de profissionais de saúde, a carência de insumos, a instabilidade nos contratos de trabalho e as dificuldades na referência e contrarreferência dos pacientes. Esses obstáculos representam questões complexas

e multifacetadas que têm um impacto direto na continuidade do cuidado, na qualidade e na eficácia da assistência prestada aos usuários com doenças crônicas (GARNELO *et al.*, 2014).

A organização do trabalho também desempenha um papel crucial na implementação de práticas de cuidado que promovem a longitudinalidade. Conforme apontado por Duarte *et al.* (2015), em estudo realizado em unidades básicas de saúde no município de Belo Horizonte, destaca-se que a elevada demanda, aliada à sobrecarga de trabalho enfrentada pelos profissionais, representam desafios significativos na garantia da continuidade e qualidade do atendimento.

Foi observada nesta revisão a identificação do papel da enfermeira, dos desafios enfrentados e dos pontos fortes para a continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

Contudo, pouco se observou sobre as práticas de cuidados realizadas por enfermeiras da ESF, demonstrando a necessidade de pesquisas sobre a temática. Observa-se ainda, um baixo número de pesquisas que explorem detalhadamente a atuação das enfermeiras da ESF na promoção da continuidade do cuidado para essa população, revelando uma lacuna importante que precisa ser preenchida para aprimorar a assistência prestada a esses usuários.

O estudo torna-se relevante e justificável na medida em que esse conhecimento permite que enfermeiras, e os acadêmicos interessados no tema, implementem ações direcionadas à continuidade do cuidado. Além disso, fornece embasamento científico e promove uma formação em saúde que possibilita compreender a importância das práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiras na continuidade do cuidado no contexto da RAS como uma estrutura organizada para oferecer cuidado seguro e de qualidade.

A inquietação gerada pela problemática suscitada despertou a necessidade de realizar um estudo que tenha como objeto as práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiras na ESF voltadas à continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas na ESF. A partir do exposto, levantou-se a seguinte questão norteadora:

Quais as potências e os desafios encontrados nas práticas desenvolvidas pelas enfermeiras da ESF no cuidado aos usuários com condições crônicas?

Para respondê-las, traçou-se os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral**

Analisar as práticas de Enfermeiras na ESF voltadas a continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas

**Objetivos específicos**

- Identificar as práticas de Enfermeiras na ESF voltadas a continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas
- Discutir as potencialidades e desafios encontrados pelas Enfermeiras na ESF na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

### 1.1 A construção histórica da saúde e seus modelos de atenção

Antes do surgimento da filosofia, era por meio da mitologia e suas divindades que os gregos retratavam a saúde. Contudo, o conceito de saúde ganha um novo significado a partir de Hipócrates, conhecido como pai da medicina, que descreve saúde como equilíbrio entre elementos e onde o homem era visto como uma unidade organizada. Neste momento da história, o corpo era visto separado da mente. Foi na idade média que surgiram as primeiras universidades com o objetivo de expandir o entendimento sobre os corpos e as doenças. Surgiram também os primeiros hospitais, que eram coordenados pela igreja e tinham como o conforto e os ensinamentos religiosos (Lourenço *et al.*, 2012).

Com a chegada da modernidade, surge o modelo biomédico, a partir dos avanços da medicina e do surgimento do microscópio. Arelados a avanços tecnológicos modernos e de alto custo e ao crescimento da indústria farmacêutica, as doenças passam a ser o foco principal do cuidado médico centrado na patologia. Já na contemporaneidade, o avanço tecnológico proporcionou à população um maior conhecimento sobre os determinantes de saúde, comportamentos e condições de risco. O corpo era considerado como uma máquina e a saúde era o pleno funcionamento desta máquina (Lourenço *et al.*, 2012).

Com o avanço do capitalismo, o modelo médico hegemônico, também conhecido como hospitalocêntrico, se fundamenta com a reforma médica ocorrida nos Estados Unidos, em 1911, a partir do relatório Flexner. Elaborado por Abraham Flexner, o relatório possui como características o foco na cura da doença, o individualismo, a medicalização, a visão de saúde e doença como mercadoria e a valorização médica (Paim, 2012).

Contudo, em 1920, surgiu o modelo proposto por Bertrand Dawson, que tinha como ideia um modelo totalmente voltado para prevenção e cura, olhando o indivíduo como um todo, desde sua história de vida até seu caso clínico. Além disso, o modelo de Dawson considera ainda os serviços e níveis de complexidade (Primária, Secundária e Terciária) de modo integrado, com vistas à eficiência e eficácia do atendimento para o indivíduo (Rodrigues, Santos, 2009).

A partir de 1948, a OMS, baseada no modelo de Dawson, preconiza a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e

enfermidades”. Apesar desta nova compreensão de saúde, ainda é possível observar na prática profissional uma interação entre o modelo de Dawson e o modelo de Flexner (Rodrigues, Santos, 2009).

Outro modelo em destaque é o sanitarista, surgido no século XX e baseado em campanhas que tinham por objetivo combater as epidemias da época, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, além de ações voltadas para a vacinação e para programas especiais destinados às necessidades da população. Integrado a este modelo destacam-se a vigilância sanitária, que tinha sua atuação voltada para os riscos e proteção à saúde, e a vigilância epidemiológica, com atividade de reunir informações sobre as doenças, bem como promover recomendações de prevenção e controle. As vigilâncias sanitária e epidemiológica destacam-se como um importante avanço no âmbito da promoção da saúde, objetivando a mudança do modelo médico hegemônico (Paim, 2012).

Na década de 1970, iniciaram-se no Brasil discussões acerca da introdução do conceito de atenção básica no país, diretamente relacionada à saúde pública e ao modelo de atenção sanitarista. A atenção básica tinha por objetivo a prevenção de doenças por meio de campanhas sanitárias e da criação de serviços e programas destinados a doenças específicas, como malária e tuberculose. Neste primeiro momento, os serviços de caráter curativo eram restritos à população trabalhadora que contribuía por meio de caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) através da assistência médica especializada (Giovanella; Mendonça, 2012).

No Brasil, observou-se a presença do modelo médico hegemônico a partir da assistência à saúde por filantropia e pela medicina liberal. Contudo, foi a partir da previdência social e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps que este modelo se solidificou (Paim, 2012). O Inamps, extinto com a criação do SUS, foi um serviço de assistência médica criado em 1977, direcionado apenas para a parcela da população que trabalhava e contribuía com a previdência social, de caráter apenas curativo e não universal.

Contudo, durante a década de 1970, o agravamento da crise econômica expôs o alto custo da assistência médica previdenciária, e as elevadas taxas de mortalidade e morbidade evidenciaram a pobreza e a precariedade das condições de saúde da população urbana e rural. Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que culminou na Declaração de Alma-Ata, documento este que enfatizava a atenção primária à saúde, as tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo, a reformulação de políticas públicas e a reorganização do sistema de serviços de saúde como uma contraproposta ao modelo hospitalocêntrico (Givanella; Mendonça, 2012).

A partir de então, deu-se início à organização da atenção primária à saúde, voltada para a criação de unidades básicas locais, com atuação direcionada para a prevenção e a assistência médica de forma a promover à população atenção integral à saúde. O acesso a estas unidades era ampliado, abrangendo a saúde previdenciária e a saúde pública, independente da contribuição da previdência social (Giovanella; Mendonça,2012).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido durante a década de 1970, foi um processo de democratização e reestruturação da política social no país. Paralelamente, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, emergiu o conceito ampliado de saúde conhecido atualmente. De acordo com essa concepção, a "saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde" (Lourenço *et al.*, 2012. p.26 - 27).

Em 1988, estes acontecimentos culminaram na criação do Sistema Público de Saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), que tinha como fundamento "A saúde é direito do cidadão e dever do Estado". Este sistema foi consolidado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, tendo como princípios universalidade, integralidade e equidade e como diretrizes a descentralização, a regionalização e a participação da comunidade (Carvalho, 2013)

A partir da década de 1990, surgiram dois programas de grande destaque, o Programa de Agentes Comunitários (PACs), que inicialmente tinha por objetivo transmitir conhecimento e informação sobre saúde para a população, contribuindo para a consolidação dos sistemas de saúde locais. Neste mesmo caminho, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com objetivo de reorganizar o modelo assistencial a partir da atenção básica conforme princípios do SUS e ainda redefinir as responsabilidades entre a população e os serviços de saúde. Entretanto, embora o PSF destaque aspectos de integralidade e hierarquização do cuidado, ainda era um programa direcionado para a população menos favorecida e indivíduos excluídos da sociedade (Paim, 2012)

Já em 2006, considerando as necessidades da atenção básica e o êxito do PSF, o Ministério da Saúde, por meio da edição da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, incorporou os conceitos de atenção primária à saúde ao escopo da atenção básica. A partir de então, a ESF foi reconhecida como modelo de reorganização da atenção básica, de forma proporcionar à população promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, atuando em territórios delimitados por uma equipe multiprofissional (Giovanella; Mendonça,2012).

Tendo em vista o perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença, envolvendo a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, doenças crônicas e seus fatores de risco, aumento da violência e dos acidentes de trânsito, faz-se necessária uma atenção à saúde voltada para promoção, prevenção, condições crônicas e às condições agudas (Brasil, 2010).

Com isso em 2010, a Rede de Atenção em Saúde (RAS) surge como um novo processo de organização do sistema de saúde, com vistas a consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Destaca-se que a compreensão da RAS deve transcender a lógica da hierarquia, uma vez que todos os pontos devem ser considerados igualmente importantes, diferenciando-se apenas na distribuição de equipamentos de densidade tecnológica variada. Neste contexto, a RAS é definida por Mendes (2012, p.82) como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

A RAS tem como centro de comunicação a APS, que é caracterizada pela construção de relações horizontalizadas entre os pontos de atenção e o centro de comunicação. Na APS centralizam-se as necessidades em saúde de uma população, tendo por responsabilidade a atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional, o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2010).

Sendo a atenção primária o centro coordenador do cuidado da RAS, após o término do atendimento realizado pela atenção terciária, o paciente deve ser contrarreferenciado para a APS para continuidade do tratamento, em busca da integralidade do cuidado, promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos e, ainda colaborando para a diminuição de internações recidivas. Sendo assim, a APS é considerada o início (porta de entrada preferencial), meio (referência) e o fim (longitudinalidade) da atenção à saúde da população (Brasil, 2012).

### 1.1.1 Políticas Voltadas à Atenção Básica



No ano de 2006, como forma de avançar o Programa de Saúde da Família, este foi transformado em ESF com o objetivo a reestruturação da atenção primária em todo o território nacional, visando fortalecer e consolidar as doutrinas que regem a atenção básica de saúde, em consonância com os princípios e organizações do SUS e parte da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2006).

A ESF adota uma perspectiva da vigilância à saúde que leva em consideração as peculiaridades de cada território, permitindo o conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho de seus habitantes. Sua atuação possibilita uma visão estratégica sobre as necessidades, promovendo a comunicação entre os órgãos e os grupos sociais, com foco na situação de saúde e epidemiológica da população, atentando aos impactos sobre os danos e riscos e aos determinantes sociais de saúde (Brasil, 2006).

Neste sentido, a ESF, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, surge como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, Ela é estruturada por equipes multiprofissionais compostas, no mínimo, por médico e enfermeira generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A área de abrangência de cada equipe era delimitada por meio de territorialização, sendo em média 3.000 pessoas por equipe, com uma média de 2.400, e o máximo de 4.000 (Brasil, 2006).

O financiamento da atenção básica é realizado através do Piso da Atenção Básica (PAB), que consiste em recursos financeiros da esfera federal. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em recursos financeiros atrelados à implantação de estratégias nacionais para a reorganização da atenção básica como: ESF, ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário (Brasil, 2006)

Em 2008, com o intuito de ampliar o escopo e o atendimento às demandas da população, o Ministério da Saúde incentivou e financiou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm por objetivo agregar profissionais de diversas áreas para apoiar as equipes de ESF. Sua atuação fundamenta-se no apoio matricial, visando à atuação multiprofissional em busca da longitudinalidade do cuidado. O NASF foi incorporado posteriormente na PNAB de 2012 (Giovanella, *et al.*, 2012).

Possuindo 2 modalidades, o NASF 1 deve estar vinculado no mínimo a 8 equipes e no máximo 20 equipes de ESF ser constituído por no mínimo 5 profissionais das seguintes áreas de nível superior: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista,

médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra. Já o NASF 2 deve ser constituído por no mínimo 3 profissionais das seguintes áreas de nível superior: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional (Giovanella; *et al.*, 2012).

Na PNAB de 2012, foi incorporado ao financiamento da atenção básica o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de atenção básica. O PMAQ-AB tornou-se um componente de qualidade relacionado ao desempenho das equipes de ESF, avaliado por meio de indicadores sobre acesso e continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, resolutividade e abrangência da oferta de serviços. Com isso, esse programa passou a compor o PAB – variável, proporcionando incentivos financeiros às equipes com resultados positivos (Brasil, 2012; Giovanella; *et al.*, 2012).

A profissional enfermeira atua diretamente no cuidado à saúde da população durante as consultas de enfermagem, visitas domiciliares, ações no território, atividades educativas e grupos de convívio. Nesse contexto, ela estabelece vínculos, promove uma atenção individual e coletiva humanizada em todos os ciclos de vida, diretamente relacionados com a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (Lopes *et al.*, 2020).

Além das atribuições relacionadas ao cuidado direto com o usuário, como parte integrante da equipe multiprofissional, esta profissional também realiza funções de supervisão de técnicos de enfermagem e ACS, liderança, vigilância em saúde, gerenciamento de recursos materiais, humanos e medicamentos, reuniões de equipe, educação permanente, comunicação, trabalho em equipe e tomada de decisão (Lopes *et al.*, 2020).

Vale ressaltar o papel fundamental desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde desde o início no programa de agente comunitário, atuando como disseminador de informações e conhecimentos de saúde para a população. Posteriormente, ao serem incorporados ao PSF, passaram a desenvolver ações básicas de saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças e auxiliar na identificação de fatores determinantes do processo saúde e doença, como parte da equipe de ESF, atuando como elo de comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde (Paim, 2012).

Contudo, a PNAB de 2017, embora ainda reconheça a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica,<sup>3</sup> passa a permitir também outros formatos de equipes. Esta mudança abre espaço para a diversificação das abordagens na atenção básica, mas também gera preocupações sobre a manutenção dos princípios fundamentais, como a integralidade e a continuidade do cuidado (Dalmolin; Heidemann; Freitas, 2019).

As mudanças da PNAB 2017 ocorreram em um cenário de crise política e econômica no país, e, embora permitissem maior autonomia para a gestão municipal, abriram espaço também para um desmonte da ESF. Dentre as alterações, destacam-se a flexibilidade entre Atenção Básica - AB tradicional em detrimento da ESF, tendo como consequências a ausência de ACS e o retorno de uma atenção à saúde simplificada e seletiva, não condizente com os princípios e diretrizes centrais da atenção básica (Melo *et al.*, 2018).

Tendo em vista a atuação do ACS, que agora tem como recomendação a cobertura de somente 100% da população de maior risco e vulnerabilidade e não mais 100% da população adscrita, e o reconhecimento de outras formas de atenção básica, a PNAB de 2017 abre espaço para a quebra de alguns princípios e diretrizes como a universalidade e a longitudinalidade do cuidado de acordo com Melo *et al.*, (2018), podendo impactar diretamente na coordenação do cuidado realizada pela ESF dentro da RAS.

A partir de 2019, a atenção básica sofreu impactos com novas alterações propostas pelo Ministério da Saúde, em especial no financiamento da AB. Até 2019, o financiamento da AB era baseado em uma transferência regular e automática de recursos per capita/ano, da esfera federal para os entes municipais através do repasse fundo a fundo, o Piso de Atenção Básica fixo –PAB fixo (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

O PAB fixo era acrescido de incentivos denominado de Piso de Atenção Básica variável –PAB variável, em que o município recebia pela implantação de programas recomendados, como o PSF e PACs. Este tipo de financiamento proporcionou a expansão da ESF, promovendo a ampliação da cobertura e a organização do sistema a nível local (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Contudo, com a nova política de financiamento, o Previn Brasil, extingue o PAB fixo e variável e define como critérios para a transferência de recursos a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas. Como forma de analisar a

---

<sup>3</sup> A partir da implementação do SUS, no Brasil, atenção primária passou a ser denominada de atenção básica e refere-se a “um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas”. Sendo ainda a porta de entrada preferencial do SUS e primeiro nível de atenção à saúde da RAS (Giovannella *et al.*, 2012, p.493).

captação ponderada, considera-se o quantitativo, a vulnerabilidade e o perfil demográfico da população cadastrada por equipe de atenção básica ou de saúde da família (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Já o pagamento por desempenho é realizado considerando os resultados alcançados em 7 indicadores de desempenho, que abrangem apenas alguns aspectos clínicos de crianças, mulheres, diabéticos e hipertensos. O terceiro item, o pagamento por incentivo para ações estratégicas, embora recupere alguns componentes do PAB variável e mantenha a lógica e indução por incentivos específicos, componentes que reforçam a orientação do modelo e a implantação da ESF na lógica de organização territorial e comunitária foram extintos (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Esta nova política de financiamento tende a acarretar em grandes perdas para os municípios, ocasionando efeitos preocupantes no modelo assistencial da ESF, comprometendo ações coletivas de prevenção, promoção e impactando diretamente na segurança sanitária, proporcionando um elevado risco de descontinuidade dos sistemas locais (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Ao atrelar os recursos à pessoa cadastrada, à vulnerabilidade e a indicadores específicos, observa-se o foco direcionado ao indivíduo em detrimento do coletivo, promovendo a quebra do princípio da integralidade e o surgimento de uma APS focalizada, desmobilizando a atenção voltada ao território, que vai além da clínica biomédica, desestruturando a lógica da APS e impactando diretamente a vigilância à saúde (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

### 1.1.2 Modelo de Atenção voltado às Condições Crônicas

Historicamente, os sistemas de saúde pelo mundo têm sua atenção focada no manejo de problemas agudos, como doenças infectocontagiosas e traumas. Embora estas sejam necessidades permanentes, tem sido observada uma redução do impacto das doenças infecciosas e um aumento progressivo das doenças crônicas, como resposta aos avanços da ciência e da saúde pública (Mendes, 2007).

Para além das doenças crônicas, corroborando com o rápido processo de envelhecimento que ocorre atualmente na população brasileira, a epidemiologia destaca que os problemas de

saúde da atualidade, geradores de impactos econômicos e sanitários, estão diretamente atrelados às condições de saúde crônicas (Mendes, 2012).

Estas condições englobam não só as doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM), mas também doenças infecciosas persistentes como hanseníase, HIV/Aids, condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, à manutenção do ciclo de vida, distúrbios mentais, deficiências físicas, entre outras. Ressalta-se ainda que as condições inicialmente agudas podem evoluir para uma condição crônica, como, por exemplo, o surgimento de sequelas após um trauma (Mendes, 2012).

As condições crônicas possuem um período de duração superior a 3 meses, podendo se apresentar de forma definitiva ou permanente, carecendo de regularidades ou previsibilidade, de evolução lenta, multicausalidade com variações no tempo, fatores hereditários, estilo de vida, entre outros. Em determinados momentos, podem manifestar-se como um evento agudo, como no caso de uma emergência hipertensiva ou hiperglicêmica em um paciente portador de HAS ou DM, respectivamente. Esses eventos, em sua maioria, estão diretamente relacionados a um manejo ineficiente da APS (Mendes, 2012).

Embora estudos de perfil epidemiológico e de envelhecimento populacional demonstrem uma mudança no perfil de adoecimento populacional relacionado ao declínio de problemas agudos e um aumento progressivo de condições crônicas, os sistemas de saúde do mundo e o sistema de saúde do Brasil, o SUS, não têm acompanhado esta tendência (Mendes, 2007).

Observa-se a predominância do tratamento de condições agudas, atrelado a hegemonia do modelo biomédico, que impactam diretamente nas tomadas de decisões de gestores, profissionais e pacientes. Contudo, para a atenção adequada com enfoque nas condições crônicas, faz-se necessária uma evolução dos sistemas de saúde, incluindo a mudança do modelo biomédico enraizado (Mendes, 2007).

Como estratégia para este cenário, o estudo de revisão de Atun (2004) já identificava que sistemas de saúde que têm por base uma APS fortalecida e bem estruturada demonstram-se mais efetivos no manejo de condições crônicas, mais eficientes, com menor custo, maior resolutividade e equidade, impactando diretamente na saúde dos usuários (Mendes, 2012).

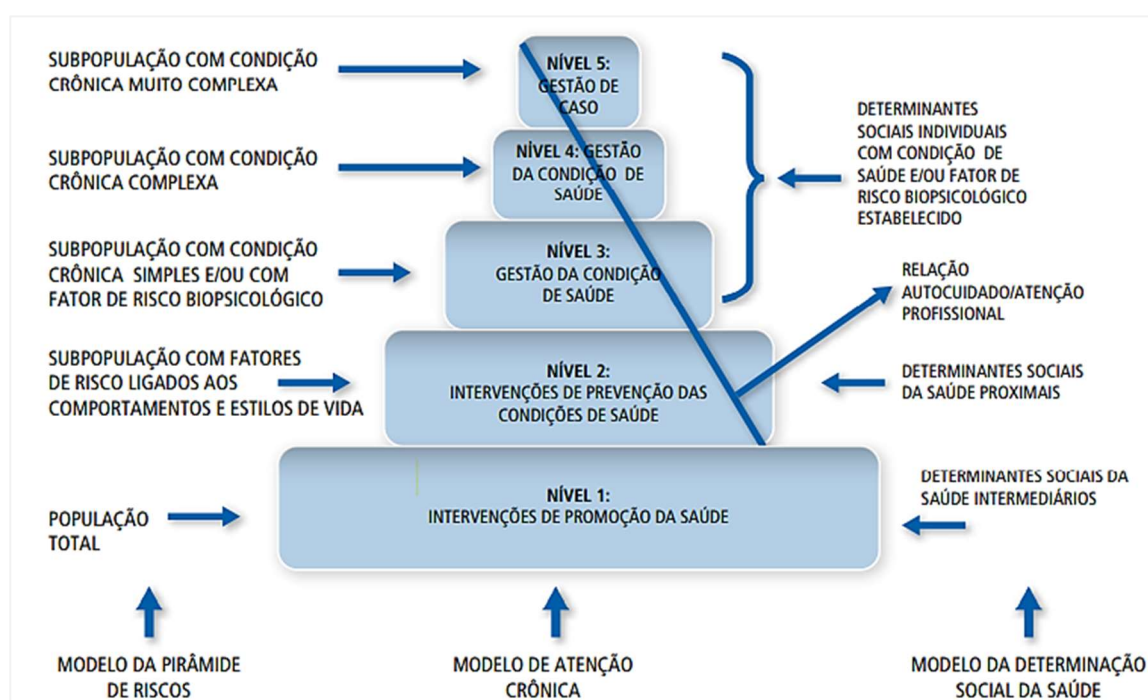
Com vistas a uma atenção voltada aos usuários com condições crônicas, Mendes em 2007, a partir de revisões em literatura internacional e nacional, encontrou os seguintes modelos: Chronic Care Model (CCM), proposto por Wagner e desenvolvido em resposta à crise dos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos, o Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR) da Kaiser Permanente, desenvolvido por uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o implantou em sua rotina assistencial, e o Modelo de Determinação Social da Saúde de

Dahlgren e Whitehead. Estes modelos serviram de base para o desenvolvimento do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) adaptado às singularidades do SUS (Mendes, 2007; Mendes, 2011).

Sendo o SUS um sistema público e universal, com responsabilidades claras sobre territórios e populações, observa-se a necessidade de incorporação da estratificação populacional segundo riscos, como ocorre no MPR, articulado ao trabalho sob a perspectiva da determinação social da saúde, conforme o modelo da determinação social da saúde (Mendes, 2011).

Para melhor entendimento o MACC foi demonstrado graficamente por Mendes 2007 representado na Figura 2.

Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes, 2012.

Para uma atenção voltada às condições crônicas, os cinco níveis do MACC devem ser interpretados por meio de uma leitura dinâmica entre as três colunas da figura, representada pelos três modelos que serviram de subsídios para sua construção. Na coluna da esquerda, estão os usuários estratificados por riscos. Na coluna do meio, encontram-se as principais intervenções de saúde em relação aos usuários e na coluna da direita, estão o foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde (Mendes, 2012).

No âmbito da ESF, o primeiro nível do MACC destina-se a toda população do território, com intervenções voltadas para promoção da saúde e aos determinantes sociais, como condições de vida, de trabalho e acesso a serviços essenciais. Já a prevenção de doenças e os fatores de risco são incorporados pelo segundo nível, tendo sua atenção direcionada para os fatores de risco modificáveis ou comportamentais, como estilo de vida, dieta inadequada, atividade física, peso corporal, tabagismo, alcoolismo, dentre outros (Mendes, 2012).

O terceiro, o quarto e o quinto níveis são destinados aos fatores de risco não modificáveis, biopsicológicos e condições crônicas como a hipertensão, a hiperlipidemia, a hiperglicemia, HIV/Aids, transtornos mentais, a gravidez e outros, com estratégias predominantes em cada nível, como o autocuidado apoiado, a articulação com especialistas e a gestão de caso (Mendes, 2012).

O terceiro nível tem sua atuação focada em intervenções preventivas e de vigilância sobre os fatores de risco biopsicológicos e condições crônicas simples, como o rastreamento de doenças, hereditariedade, exames periódicos, o controle da HAS, das dislipidemias, do pré-diabetes, de lesões pré-clínicas e de seguimento dos ciclos de vida, com ênfase no autocuidado apoiado prestado pela ESF. As condições crônicas já estabelecidas e com média complexidade são o foco do nível quatro, com o trabalho articulado entre a ESF com as especialidades, sem descontinuar o autocuidado apoiado realizado pela ESF (Mendes, 2012).

No nível cinco, observa-se a gestão de casos que se destinam às intervenções direcionadas às condições de saúde muito complexas e que representem alto risco sanitário, econômico e social, como hemodiálise, lesões medulares, transplantados, prematuros, HIV/Aids etc. Esta gestão é realizada predominantemente pela enfermeira da equipe de ESF, que deve estar capacitado para a condução deste usuário durante todo o período de condição crônica de saúde, atento às necessidades, à elaboração do plano de cuidado efetivo e à oferta adequada dos serviços disponíveis na RAS, sendo responsável pela coordenação do cuidado (Mendes, 2012).

Vale ressaltar o papel da ESF quanto ao conhecimento de sua população adscrita, ao processo de territorialização, à identificação e à classificação por riscos e à criação de vínculo entre a equipe e os usuários, atuando como âncora do processo de gestão da saúde (Mendes, 2012).

Como forma de garantir o acesso e ordenar as complexas demandas dos indivíduos aos diferentes níveis da RAS, a gestão do cuidado atua contribuindo para a qualidade e organização do SUS, garantindo a porta de entrada em todos os serviços e níveis de atenção disponíveis do sistema. Para uma gestão do cuidado eficiente e efetiva, é indispensável que a organização dos

serviços disponíveis esteja articulada e integrada com os todos os níveis de atenção, facilitando o acesso e aumentando a resolutividade, desafogando as demandas aos serviços especializados (Soder *et al.*, 2018).

Sendo o primeiro nível de atenção o centro comunicador da RAS, destaca-se a atuação multiprofissional na ESF em busca gestão do cuidado eficaz, com foco nas necessidades de cada indivíduo. Isso permite a construção de planos terapêuticos singulares que direcionam ações efetivas e eficientes, com um olhar que vá além da patologia. É importante destacar que a gestão do cuidado realizada com foco no conhecimento médico de forma individualizada e curativa gera demandas desordenadas e excessivas que congestionam o sistema, dificultando e tencionando o processo de referência e contrarreferência (Soder *et al.*, 2018).

A transição do cuidado é o caminho que o paciente percorre entre os diversos pontos da RAS, podendo ser compreendida como referência ou contrarreferência. Sendo a APS o centro comunicador, esta é responsável por referenciar o usuário para os pontos de atenção disponíveis na rede, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Já a contrarreferência é entendida como o retorno desse paciente, após devido a atendimento hospitalar ou ambulatorial, devendo ser realizada pela atenção secundária ou terciária para a atenção primária, visando a continuidade do cuidado (Figueiredo, *et al.*, 2016; Lima, *et al.*, 2018).

A contrarreferência, quando realizada de forma adequada, proporciona diminuição de efeitos adversos, reduz reinternações, melhora o engajamento ao tratamento proposto, auxilia na redução de custos dos serviços de saúde, aumenta a qualidade de vida e melhora o controle de comorbidades. Contudo, estudos identificaram dificuldades quanto à comunicação entre os profissionais da RAS e a protocolos definidos para a adequada transição do cuidado, impactando na coordenação da atenção efetiva (Figueiredo, *et al.*, 2016; Lima, *et al.*, 2018).

A transição do cuidado é uma entre as inúmeras transições que ocorrem ao longo da vida de um indivíduo. Toda transição acarreta em mudanças, que podem estar relacionadas ao tempo, à gravidade ou às expectativas de âmbito pessoal, familiar ou social. Cada ser humano reage de forma diferente, sendo essas transições potenciais geradoras de eventos críticos ou desequilíbrios. A necessidade de lidar com situações como o nascer, o morrer ou o diagnóstico de uma doença ou condição crônica, podem desencadear alterações de identidade, rotinas ou percepções (Guimarães; Silva, 2016).

Dentro do contexto de condições crônicas, é imprescindível a atuação da enfermeira da ESF na promoção do cuidado transicional positivo. Tendo em vista o recente diagnóstico de condição crônica de muitos usuários contrarreferenciados para a APS, esta atenção busca



valorizar o indivíduo, promover o amadurecimento, o autocuidado e restabelecer o equilíbrio e a estabilidade (Figueiredo, *et al.*, 2016; Guimarães; Silva, 2016).

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Abordagem metodológica

Diante da natureza deste estudo, optou-se pelos moldes da pesquisa analítica, exploratória de abordagem qualitativa, por acreditarmos serem estas a mais adequadas para o alcance dos objetivos traçados.

A pesquisa analítica se concentra em realizar uma avaliação detalhada dos dados coletados, buscando compreender o contexto um fato específico dentro de uma determinada população (Fontelles, *et. al.* 2009)

A abordagem qualitativa é conhecida por responder questões mais específicas, como aquelas determinado nível de realidade que impossibilite quantificar, evidenciando as ciências sociais, utilizando os mais variados significados, como motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, traduzindo um amplo universo de relações, de processos e fenômenos, sendo assim, inviabilizando a sua redução em operações de variáveis (Minayo, 2012).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa foi utilizado o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative (COREQ), que se trata de um *checklist* de apoio para a adequada elaboração do relatório de uma pesquisa qualitativa.

### 2.2 Cenário de estudo

O cenário escolhido para esta pesquisa foi uma unidade de ESF, localizada na Área Programática (AP) 2.2 no município do Rio de Janeiro. Entre as 9 unidades de APS, distribuídas entre Clínica da Família (CF) / Centro Municipal de Saúde (CMS), a unidade escolhida se destaca por possuir o maior número de equipes e enfermeiras vinculadas, conforme registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A AP 2.2 é uma subdivisão da AP 2, que abrange 25 bairros distribuídos em 6 Regiões Administrativas e representa 17% da população do Rio de Janeiro. Essa área se desenvolveu como resultado da expansão da cidade impulsionada pela implantação do sistema de bondes no

século XIX. Com uma localização geográfica entre o mar e o Maciço da Tijuca, a AP 2.2 simboliza a própria imagem da Cidade do Rio de Janeiro (SMS, 2016).

Ao longo da história, a AP 2.2 tem sido marcada pela coexistência de edificações de luxo e ocupações irregulares por população de baixa renda, principalmente nas encostas, o que resultou na degradação do ambiente e na desvalorização dos imóveis na região. A grande maioria das favelas na AP 2.2 passou por programas de urbanização e regularização (SMS, 2016).

A área de saúde é subdividida em AP 2.1 e AP 2.2. A AP 2.1 engloba quatro Regiões Administrativas - Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha - onde reside a população de maior poder aquisitivo e a maior proporção de idosos. Por outro lado, a AP 2.2 é composta pelas Regiões Administrativas de Tijuca e Vila Isabel, com um poder aquisitivo ligeiramente mais baixo, mas ainda apresentando uma significativa proporção de idosos, sendo a segunda maior da cidade do Rio de Janeiro (SMS, 2016).

A AP 2.2 é composta por sete bairros: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú. Segundo o censo de 2010, a população nessa área era de 371.120 habitantes, dos quais 22,1% eram idosos, 47,7% eram mulheres entre 15 e 49 anos e 19,1% eram crianças de 0 a 14 anos.

A assistência de APS para essa população é fornecida por nove unidades de CF/CMS localizadas na AP 2.2. Essas unidades são: CMS Carlos Figueiredo Filho, CMS Casa Branca, CMS Heitor Beltrão, CMS Maria Augusta Estrella, CMS Nicola Albano, CF Recanto do Trovador, CMS Professor Julio Barbosa, CMS Hélio Pellegrino e CF Odalea Firmo Dutra.

O local do estudo destaca-se devido ao seu número significativo de equipes e enfermeiras vinculadas, conforme registrado no CNES. Essa unidade conta com 14 equipes de ESF e 24 enfermeiras, dos quais 14 são enfermeiras de equipe de ESF, seis são residentes vinculados a equipes de ESF, duas estão destinadas à sala de vacinação, uma atua na sala de curativos e uma é a responsável técnica, o que o torna uma referência na AP 2.2. Essa relevância justifica a escolha como cenário para o estudo, pois permite uma análise mais abrangente e representativa do objetivo do estudo.

### **2.3 Participantes do estudo**

Para a realização da pesquisa, foram atribuídos os seguintes critérios de inclusão: profissionais enfermeiras que estiverem trabalhando na unidade do estudo e devidamente cadastrados no CNES da unidade.

Foram excluídos da pesquisa, responsáveis técnicos de enfermagem ou gerentes enfermeiras que estiverem trabalhando na unidade do estudo e profissionais enfermeiras que estivessem de férias ou em licença no momento da produção de dados.

Dos 24 profissionais atuantes na unidade, todos que atendiam os critérios de inclusão e exclusão foram contatados por mensagem de texto via celular e também convidados pessoalmente pela pesquisadora. Entretanto, apenas 12 aceitaram participar da pesquisa e atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Destes, nove são enfermeiras responsáveis de equipe de ESF e três são residentes de enfermagem do primeiro ano também vinculados a uma equipe de ESF. Vale ressaltar que todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### **2.4 Tratamento ético**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da secretaria Municipal de saúde (CEP/SMS-Rio), com parecer aprovado Nº 6.170.109 e 6.281.797 (ANEXOS A e B).

Os sujeitos do estudo que aceitaram participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (apêndice B). O termo encontra-se de acordo com o teor das Resoluções nº466/12 e nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e no ofício nº 02/2021 do Conselho Nacional de Pesquisa.

Segundo essa Resolução, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados devem-se manter cuidados, objetivando minimizá-los. Deverão também ser analisadas as possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento, que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico (Brasil, 2012).

Para preservar as identidades dos sujeitos da pesquisa, foram adotados números arábicos para cada voluntário participante do estudo. Dessa forma, foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Os riscos relacionados a esta investigação referem-se a algum desconforto ou estranhamento devido a alguma pergunta. Para minimizar estes riscos, é importante ressaltar que o entrevistado pôde optar por não responder qualquer pergunta ou interromper sua participação.

Como benefício da participação nesta pesquisa, destaca-se a ampliação do conhecimento sobre as práticas de enfermeiras na ESF na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

## **2.5 Produção de dados**

Em busca de uma condução adequada das entrevistas e um roteiro que respondesse os objetivos deste estudo, foi realizado um teste piloto com uma enfermeira da ESF, de uma área programática diferente daquela focada neste estudo.

A partir da análise do teste piloto, foram realizadas adequações no questionário semi-estruturado, resultando no Instrumento de Coleta de Informações presentes (Apêndice A).

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada (apêndice A), elaborada com perguntas objetivas para caracterização sociodemográfica dos participantes e questões abertas relacionadas à temática que permitiram ampliar a perspectiva sobre o assunto.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora do estudo e ocorreram no período de 01 de setembro de 2023 a 30 de setembro de 2023, com uma duração média de uma hora. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para possibilitar uma análise mais aprofundada.

É importante ressaltar que a pesquisadora não possui nenhum vínculo com a unidade em questão e tampouco exerce qualquer função hierárquica sobre os participantes. Durante o processo de coleta de dados, um desafio significativo foi a recusa por parte de potenciais participantes. Como resultado, a coleta foi finalizada com a participação de 12 dos 23 profissionais abordados para o estudo.

## **2.6 Análise de dados**

A partir das informações obtidas nas entrevistas, foram aplicadas técnicas de análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (2011). Essa abordagem permitiu identificar padrões, temas e categorias emergentes relacionados às práticas de enfermagem no cuidado de usuários com condições crônicas na ESF. A análise minuciosa dos dados coletados contribuiu para uma compreensão mais aprofundada e significativa do tema em estudo.

Os procedimentos analíticos envolveram a transcrição e a avaliação das entrevistas na íntegra; leitura minuciosa do texto, identificação e separação de blocos textuais em unidades analíticas, relacionadas ao fenômeno estudado; nomeação e interpretação dos blocos textuais, com identificação de temáticas centrais do estudo.

A análise de conteúdo proposta por Bardin possibilita a sistematização e descrição dos dados coletados para além do nível do senso comum e do subjetivismo, sob uma vigilância crítica do comunicado, seja em documentos, textos literários, entrevistas, entre outros. Especificamente, a modalidade temática volta-se à descrição do conteúdo das mensagens por indicador temático, com atenção às percepções manifestas acerca de objetos e seus fenômenos, buscando a unidade de significação, o tema (Bardin, 2011; Minayo, 2012).

A análise de conteúdo temática “[...] comporta um feixe de relação e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo” (Minayo, 2012, p. 315).

Com o objetivo de promover credibilidade, segurança e possibilitar futuras replicações deste estudo, a análise de dados foi conduzida seguindo a sistematização de análise de conteúdo temático-categorial proposta por Oliveira (2008).

Para a realização desta sistematização, são necessários os seguintes processos: leitura flutuante, definição de hipóteses provisórias, determinação das unidades de registro (UR), definição das unidades de significação (US), análise temática das UR e análise categorial do texto (Oliveira, 2008). Esses processos estão estruturados em três etapas:

### 2.6.1 Pré-análise

Nesta etapa foi desenvolvida leitura flutuante do conjunto de material, derivado das entrevistas, com o intuito de exploração o material e os elementos categoriais que estão em evidência (Oliveira, 2008).

### 2.6.2 Exploração do material ou codificação

Neste momento, procurou-se definir as Unidades de Registro (UR), que são consideradas expressões ou palavras com significado representativo do conteúdo resultante da classificação e agregação dos dados (Oliveira, 2008). Após a identificação das UR, elas foram quantificadas, e apresentadas no Quadro 1 (Apêndice E).

### 2.6.3 Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Esta última etapa teve como objetivo estabelecer conexões entre os resultados das fases anteriores com os objetivos estudo, buscando a criação de unidades de significação para a construção de categorias e subcategorias (Oliveira, 2008). Conforme apresentadas no Quadro 2 (Apêndice F).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível realizar uma descrição do perfil dos profissionais que participaram, revelando que a grande maioria (91,67%) é do gênero feminino, enquanto 9 (75%) possuem pós-graduação lato sensu. Quanto à experiência de trabalho, 5 (41,67%) têm entre 1 e 5 anos de atuação como enfermeiras, 4 (33,33%) possuem mais de 5 anos de experiência, e apenas 3 (25%) têm menos de 1 ano de atuação. No que diz respeito à equipe atual, 7 (58,33%) têm menos de 1 ano de vínculo, 4 (33,33%) estão na equipe há 1 a 5 anos, e 1 (8,33%) já faz parte da equipe há mais de 5 anos.

Com base no perfil apresentado, é notório que a maioria das enfermeiras possui uma sólida experiência na enfermagem e demonstra um compromisso contínuo com o aprimoramento profissional. É importante ressaltar a presença de um número significativo de profissionais com menos de 1 ano de experiência na equipe atual, esse dado se explica devido à presença de residentes de enfermagem no primeiro ano de formação.

Após a análise das entrevistas, foram identificadas 391 UR que foram agrupadas pelos seus sentidos em 30 Unidades de Significação (US). Essas unidades de significação foram então agrupadas em três Categorias que se relacionam com os objetivos do estudo, conforme descrito a seguir:

- a) Categoria I: Desafios na jornada pela integralidade do cuidado na ESF
- b) Categoria II: Promovendo a continuidade do cuidado: práticas das enfermeiras
- c) Categoria III: Potencializando a longitudinalidade: ações e serviços essenciais

#### 3.1 Categoria I: Desafios na jornada pela integralidade do cuidado na ESF

Constituída por 110 UR, esta categoria representa 28,13% do total de UR. Embora seja a menor categoria em termos de quantidade de UR sua relevância justifica-se pelas temáticas que emergiram a partir dos discursos dos participantes em relação os obstáculos enfrentados pelos profissionais na busca pela continuidade do cuidado.

Esta categoria é composta por 09 unidades de significação, onde 04 retratam os desafios diretamente relacionado ao âmbito profissional, tais como rotatividade na equipe e sobrecarga



de trabalho da enfermeira, número reduzido de profissionais, dificuldades no ambiente profissional e multidisciplinar, e a necessidade de capacitação dos ACS.

Os profissionais entrevistados relacionaram essa sobrecarga de trabalho à diminuição do vínculo e à dificuldade em proporcionar um atendimento de qualidade para o usuário.

A demanda é muito alta, tem muita gente, então não dá, não tem como você dar um atendimento de qualidade. (E9)

Você não pode estar saindo direto, porque tem uma agenda cheia. Atendimento o tempo todo, é um conjunto de muitas coisas (E1).

Dentro da equipe de ESF, a enfermeira desempenha múltiplas funções relacionadas ao cuidado, gestão de materiais e recursos humanos. De acordo com o estudo de LOPES *et al.* (2020), destaca-se a crescente carga de trabalho atribuída a esse profissional. Como membro da equipe de ESF, a enfermeira deve conhecer o seu território, estabelecer vínculo com os usuários e conduzir consultas de enfermagem, visando à prestação de um cuidado integral.

Vale ressaltar sua participação na gestão em aspectos administrativos e de pessoal, o que inclui a organização da escala de serviços, a resolução de conflitos e a supervisão de recursos materiais. Essas múltiplas atribuições refletem a complexidade e a dimensão das responsabilidades desse profissional no contexto da ESF.

Às vezes as questões de tarefas. Muitas vezes a gente acaba preso por muito processo de trabalho, esse processo de trabalho interfere muito sobre essa questão do vínculo, porque não temos um tempo efetivo para conseguir conversar com o paciente (E11).

A elevada demanda de atendimento aos usuários, somada às funções administrativas, influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras, dificultando a proximidade com o território, a criação e a manutenção de vínculos, bem como a identificação das necessidades da população adscrita (Favaro *et al.*, 2020).

Os resultados deste estudo estão em consonância com Duarte *et al.* (2015), que destacam a importância do vínculo entre a enfermeira e o usuário como a base para a prestação de um atendimento de qualidade. No entanto, é evidente que esse vínculo tem sido prejudicado pela sobrecarga de trabalho, comprometendo os pilares da atenção básica, como a promoção da saúde, a longitudinalidade do cuidado, a prevenção de doenças e a reabilitação, impactando no cuidado de forma integral e individualizado.

A alta demanda dificulta, a gente não consegue ter aquele olhar totalmente voltado para o usuário (E12).

É importante destacar o impacto da sobrecarga de trabalho na saúde dos profissionais, uma vez que pode levar ao desgaste do trabalhador, desencadear patologias e resultar em afastamentos do ambiente de trabalho. Isso pode afetar diretamente a qualidade da assistência oferecida por esses profissionais (Ribeiro; Martins, 2011).

Os resultados obtidos corroboram com os achados descritos na literatura, que destacam a sobrecarga de trabalho como um desafio constante na rotina das enfermeiras da ESF. Isso ressalta a necessidade de um olhar mais atento em busca de melhorias, visando aprimorar tanto a qualidade do atendimento aos usuários quanto a saúde dos profissionais.

O déficit de profissionais e a elevada rotatividade na equipe também foram citados como desafios em busca da continuidade do cuidado

Equipes que às vezes fica sem médico, sem enfermeiro, é mais difícil isso (E5).

Toda vez que tem falta de médico, percebo que os pacientes dão uma desanimada, então eles não vêm na consulta (...)geralmente eles acabam faltando ou desanimando de participar, de dar continuidade, isso é uma das coisas, porque na cabeça deles tem que ter o médico, não dá (E7).

A rotatividade e o déficit de profissionais estão diretamente relacionados a vínculos precários e instáveis. Estes dados corroboram com os resultados do estudo de Galavote *et al.*, 2016, onde demonstra que a maioria dos contratos de trabalho da ESF no Rio de Janeiro é composta por profissionais contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e temporários, demonstrando a fragilidade do vínculo empregatício.

Como forma de minimizar o impacto gerador por esses vínculos trabalhistas frágeis, o profissional vai em busca de outros vínculos que forneçam maior segurança e estabilidade, com isso a rotatividade entre as equipes de ESF aumentam, afetando diretamente a continuidade do cuidado (Garnelo *et. al*, 2014).

A médica que era médica do salgueiro como um todo. Ela é médica da equipe há 11 anos, ela conhece todo mundo. Quando ela sai da equipe e vai ser a RT médica, a equipe sofre(..) porque ela foi muito tempo, ela teve um vínculo forte com a população (...)então isso é um problema para a gente agora. Porque é meio que como se O morro perdesse a referência. E a gente tem que cativar A população para poder fazer o vínculo para poder ter adesão ao tratamento, para ter acompanhamento (E6).

Conforme os resultados deste estudo, o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário é construído na confiança, na proximidade com o usuário, no conhecimento do território e na presença do profissional. No entanto, a baixa permanência desses profissionais na equipe se torna uma barreira significativa para a criação de um vínculo efetivo em busca da longitudinalidade.

Ainda sobre os desafios inerentes aos profissionais, destacam-se os conflitos entre os membros da equipe multiprofissional como a falta de comprometimento dos profissionais, trabalho multidisciplinar enfraquecido, conflitos interpessoais e falta de capacitação do ACS.

Tem que partir de todo mundo, não só da enfermagem, esse olhar mais ampliado, da medicina, da nutrição, da psicologia, da física (E9).

Para oferecer um cuidado centrado no usuário e suas necessidades, é necessário que a equipe de saúde da ESF desempenhe uma prática de cuidado de forma colaborativa.

Com foco no usuário e em suas necessidades, a prática colaborativa se destaca pela oferta de serviços prestados por profissionais das mais diversas áreas, que compartilham o interesse do trabalho em conjunto, essa abordagem ressalta a participação ativa do indivíduo, da família e da comunidade no cuidado. Por meio de relações de parceria e responsabilidade coletiva, possibilita a diminuição de competições e contribui para a redução dos desequilíbrios nas relações de poder (Peduzzi; Agreli, 2018).

Se todos entenderem que trabalhar em equipe proporciona o melhor para o paciente, flui bem melhor o processo (E12).

O olhar holístico precisa ser mais multidisciplinar (E9).

Contudo, os resultados encontrados demonstram a fragilidade da prática colaborativa entre o perfil estudado, somado a uma comunicação multiprofissional enfraquecida e ao baixo comprometimento profissional. Estes dados estão de acordo com os achados de Schimith (2021), que identificou ruídos na comunicação entre os profissionais, gerando lacunas na prática multiprofissional, ocasionando a quebra da continuidade do cuidado.

É difícil a gente ter profissionais com compromisso, ainda mais a atenção básica (E6).

Quando não tem esforço do profissional em tentar resolver, agendar, orientar, não tem uma dedicação ali, em parte básica (E7).

A falta de coesão na equipe abre espaço para o surgimento de conflitos interpessoais. Para os participantes, esses transtornos são desafiadores e afetam a qualidade da assistência prestada e o trabalho em equipe, aspectos fundamentais para o cuidado integral.

Dificuldades nos relacionamentos interpessoais, que dificultam também o trabalho, então assim, eu acho que as pessoas não sabem separar muito o trabalho de vida social (E7).

Tipo como a gente já teve problema com o médico, com agente comunitário, com tudo isso, então como que a gente vai lidar com isso? Como que a gente vai fazer com que aquele profissional consiga trabalhar? (E5).

O profissional da equipe que é parente do usuário, o usuário não quer que o parente saiba de sua condição, é difícil, a gente tem que mediar Questões que a gente não está acostumada (E6).

Uma equipe de saúde comprometida e focada na assistência multiprofissional possibilita a troca de informações e experiências entre os profissionais de saúde, proporcionando o compartilhamento de conhecimentos e experiências e melhorias na comunicação da equipe. Isso se reflete no direcionamento a integralidade do cuidado de forma mais assertiva e na oferta de um serviço prestado com maior qualidade (Favaro *et. al.*, 2020).

Outro ponto destacado pelos participantes foi a limitada capacitação dos ACS, a falta de padronização na seleção e a inexistência de educação permanente voltada para o aprimoramento desses profissionais.

ACS sem o mínimo de conhecimento, sem treinamento, sem seleção adequada (E7).

Dificuldade de fazer o ACS entender que o lugar dele é o mais próximo do território (E9).

Na maioria das vezes, este profissional é o responsável pelo primeiro contato com o usuário ainda no território. Além disso, é ele quem realiza o primeiro acolhimento ainda na porta de entrada na unidade. Entretanto, para que seu trabalho seja efetivo e alcance os objetivos na criação e solidificação do vínculo, é primordial que este profissional detenha os conhecimentos necessários em educação em saúde, prevenção de doenças e compreenda o seu papel na equipe e no território (Santos; Franco; Souza, 2020).

Tendo em vista que o desempenho inadequado das atividades do ACS impactando diretamente na assistência prestada por toda a equipe multiprofissional, faz-se necessário a criação de um programa de educação permanente voltada a esses profissionais (Santos; Franco; Souza, 2020).

Outro ponto destacado pelos participantes foram os desafios relacionados a gestão do cuidado, como falhas na referência e contrarreferência dos usuários, dificuldades de gestão e insumos e desafios políticos.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como modelo de atenção à saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), é considerada o centro comunicador da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e responsável pela coordenação do cuidado, cabendo à enfermeira da ESF a gestão do cuidado conforme as necessidades do usuário. Contudo, para uma assistência em saúde de forma integral que atenda às necessidades dos usuários, faz-se necessário uma comunicação entre os níveis de atenção de forma eficaz (Brasil, 2012).

Acessar o serviço, você está na atenção básica, você precisa ir para outro nível de atenção E alguma coisa embarrera(*sic*) esse acesso para outro nível de atenção (E4).

Fragilidade no serviço de psicoterapia na CAP, BAIXA COBERTURA PROFISSIONAL (E7).

As enfermeiras relataram dificuldades no serviço de referência e contrarreferência entre os pontos da RAS, associando a esses obstáculos a baixa adesão ao tratamento, a quebra da continuidade do cuidado e enfraquecimento do vínculo.

Melhorar também esse caminho de serviço, agendamentos para muito longe (E3).

Se o acesso for difícil, ele vai ficar batendo na atenção básica, porque o acesso está complicado dele ir para outro nível de atenção, para a gente complementar a integralidade da assistência (E3).

SISREG demorar para alguma especialidade isso também acho que compromete muito. (E4)

Os resultados corroboram com Brondani (2016), que evidenciou em seu estudo a desarticulação da RAS como fator comprometedor para a integralidade e continuidade do cuidado. Destaca-se falta de comunicação entre os integrantes da RAS, as dificuldades no encaminhamento do usuário entre os níveis de atenção e as falhas no retorno desse usuário para a APS.

As consultas não conseguem ser próximas da residência. Então a maioria não vai. Às vezes por dificuldade de locomoção. Às vezes por questão financeira questão de trabalho (E12).

Os participantes também destacaram a falta de insumos e dificuldades com a gestão, sendo citados como comprometedores da continuidade do cuidado.

Acho que quando faltam medicamentos isso aí causa muita preocupação (E5).

A burocracia dificulta um pouquinho. (E12).

Se você tiver uma gestão que só quer que você foque no paciente, naquela patologia, você não consegue muito longe. (E5).

A antiga gestão política mudou a forma de trabalho da clínica da família e ficou muito solto e agora estamos retomando o trabalho da clínica da família (E7).

A escassez de recursos, atrelada à morosidade da gestão, dificulta o funcionamento do SUS de forma eficaz, comprometendo o planejamento de ações em saúde e a articulação entre os serviços. Esses fatores impactam diretamente na assistência e na continuidade do cuidado (Soder *et. al.*, 2018).

Os profissionais entrevistados também destacaram desafios que se relacionam com os usuários. Através dos dados obtidos, foram identificados: a falta de vínculo do usuário com a equipe; dificuldades no acesso ao usuário; rede de apoio fragilizada do usuário; resistência/dificuldades do usuário para um cuidado contínuo; e o contexto social que ele está inserido. Esses desafios foram associados a barreiras e diferenças geográficas, limitações pessoais e a condições de vida.

O nosso território é um território um pouco mais longe da unidade. Nosso território fica cinco quilômetros daqui da unidade, 40, 50 minutos andando, e nós não temos ônibus dentro do território, não tem meio de transporte (E11).

Não ter o vínculo acho que é um fator que dificulta muito a continuidade do cuidado, sem o vínculo, você não consegue (E4).

Eu atendi uma paciente que ela estava totalmente descompensada porque fazer tempo que ela não vinha, não tinha um vínculo com a equipe (E10).

Os dados encontrados corroboram com o estudo de Figueiredo, Shimizu e Ramalho (2020), no qual salientam que a distância entre a moradia do usuário e a unidade de saúde representa uma significativa barreira de acesso aos serviços de saúde e à longitudinalidade do cuidado em diversas regiões do país.

Além da distância, a geografia predominante em grande parte das comunidades do Rio de Janeiro, caracterizada por vielas, ladeiras e locais de difícil acesso, somada à escassez de transporte público nestas localidades, configura um importante obstáculo para os profissionais que realizam visitas domiciliares e para a locomoção dos usuários. Esse desafio é particularmente relevante para aqueles que enfrentam dificuldades de mobilidade, tornando a chegada à unidade de saúde ainda mais complexa e comprometendo diretamente a construção do vínculo (Schenker; Costa, 2019).

Outro ponto referente às barreiras de acesso, mencionadas pelos entrevistados, é a resistência dos usuários que não moram na comunidade. Embora as condições geográficas sejam facilitadas, os profissionais enfrentam dificuldades para estabelecer contato em busca da construção do vínculo.

Os entrevistados destacam que, na comunidade, recebem apoio da associação de moradores para a realização de ações visando à construção do vínculo e ao reconhecimento das necessidades da população.

Na comunidade você consegue uma associação de moradores. Você se reúne, você tem mais chances. Na rua, você não tem isso, ou você vem para a unidade, ou você vai para uma praça. Para poder ter isso (E1).

As dificuldades de acesso e a construção do vínculo, por vezes se relacionam com o contexto social que o usuário está inserido. Os entrevistados relatam dificuldades em estabelecer vínculos com usuários que não residem na comunidade e que possuem um padrão de vida um pouco mais elevado.

Pacientes que tinham uma condição financeira boa, porém sua situação mudou com a pandemia chegam inicialmente mais resistentes em ser atendidos por enfermeiros, querem somente médicos (E10).

A população na comunidade é muito mais fácil de você estar lidando do que a população no asfalto, porque no asfalto eles são mais independentes, tem uma condição melhor, às vezes não tá morando nem naquele lugar, (...), aí não tem uma constância muito no cuidado, os que moram no território, às vezes tem planos de saúde (E7).

Estes dados corroboram com Schenker e Costa (2019), que identificaram, em seu estudo, obstáculos para garantir o cuidado integral aos usuários com maior poder aquisitivo. Isso evidencia resistência no entendimento e aceitação do perfil da ESF e na construção de vínculos.

Diante do exposto, torna-se necessário fortalecer estratégias que visem à transmissão de informações a este perfil de usuário. Isso inclui esclarecimentos sobre a amplitude do cuidado oferecido pela ESF, destacando o papel de cada profissional e os serviços oferecidos, a fim de promover a superação do modelo biomédico ainda enraizado nesta população.

A não adesão ao tratamento e a resistência em participar do plano de cuidado em conjunto com a equipe de saúde foram assuntos citados pelos entrevistados.

Tem pacientes que não aderem, mesmo que você faça alguns caminhos, tem pacientes que é muito resistente (E5).

Acho que é o estilo de vida do paciente que dificulta muito. (E4).

Dificuldade no entendimento de sua condição (E6).

Paciente que não segue as orientações, que não se responsabilizam pelo seu cuidado (E8).

A baixa adesão ao tratamento está relacionada a diversos fatores, incluindo o nível de instrução, autopercepção, hábitos de vida, polifarmácia, efeitos adversos, entre outros. No entanto, destaca-se também a relação de parceria e vínculo com o profissional de saúde. Com o objetivo de evitar a quebra da continuidade do cuidado, a enfermeira deve estar atenta às particularidades de cada usuário, buscando promover um plano terapêutico direcionado às necessidades clínicas e pessoais de cada indivíduo (Tavares *et. al*, 2016).

Embora a elaboração de um plano terapêutico que atenda às necessidades e se adeque às realidades do usuário seja fundamental para o controle de condições crônicas, a aceitação de sua condição de saúde e a participação ativa do usuário no processo são fatores determinantes para o sucesso do tratamento proposto (Schenker; Costa, 2019).

Identificar e entender as limitações, físicas, financeiras ou cognitivas de cada paciente e trabalha em cima dessas limitações (E12).

Usuários em situações precárias com falta de condições básicas (E6).

Embora o usuário tenha o livre arbítrio de não aderir ao plano terapêutico, Schenker e Costa (2019) destacam que cabe à equipe de saúde identificar as fragilidades e estabelecer ações para promover conhecimento e esclarecimentos sobre o quadro clínico, assim como os riscos associados à não adesão ao tratamento.

Os entrevistados destacaram que falhas e/ou a falta de adesão ao plano terapêutico também estão relacionadas a uma rede de apoio fragilizada e a dificuldades no grupo familiar.

Os que moram sozinhos, que não têm muita rede de apoio, eles ficam desestimulados (E2).

Dos casos que eu tenho na equipe. Eles não são um perfil que tenha dificuldade financeira, mas eles têm muita gente sozinha, muita gente sem rede de apoio, mesmo idosos, bem idosos. Aí são os casos que são mais difíceis de controlar, porque não tem ninguém incentivando no dia a dia. (E2).

Tem paciente que não tem uma família muito presente e não consegue ir aos agendamentos do SISREG (E12).

As falas dos entrevistados corroboram com Schenker e Costa (2019), que identificaram, em seu estudo, a ausência de familiares no tratamento de condições crônicas de idosos com



limitações, resultando em abandono ou falhas no cuidado. No entanto, a equipe de saúde deve se empenhar a construção de afinidade e vínculo não apenas com o usuário, mas também com a família, visando à longitudinalidade do cuidado para esses usuários.

Diante dos desafios exigidos a rede familiar no cuidado aos usuários com condições crônicas, a ESF deve assumir o papel de analisar o funcionamento de cada núcleo familiar. Isso envolve a identificação das fragilidades e potencialidades que permeiam o cuidado ao usuário com condições crônicas. Essa abordagem vai além das necessidades individuais do usuário, estendendo-se à família que desempenha o cuidado (Bellato *et. al.*, (2016).

Ao promover suporte e cuidado abrangente a toda a família, se fortalece o cuidado, incorporando não apenas as necessidades do indivíduo, mas também o contexto familiar, que desempenha um papel crucial no processo de cuidado. Esse enfoque busca tornar a experiência do cuidado familiar mais positiva e consolidada, favorecendo a longitudinalidade do cuidado (Bellato *et. al.*, (2016).

Vale ressaltar a importância das ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado a esta população. No entanto, conforme mencionado anteriormente, os entrevistados relatam dificuldades com relacionadas à intersetorialidade e à desarticulação da RAS.

Desta forma, os desafios abordados pelos entrevistados, que variam desde problemas gerenciais e profissionais até questões relacionadas aos usuários, revelam obstáculos complexos que propiciam a quebra a continuidade do cuidado. Estas dificuldades tendem a gerar desorganização na estrutura de trabalho, favorecer o abandono do tratamento, enfraquecer os vínculos entre profissionais e usuários, e contribuir para o agravamento das condições de saúde. Estas questões enfatizam a necessidade de ações voltadas para a superação desses desafios, visando fortalecer a eficácia e a integralidade dos serviços de saúde prestados à população.

### **3.2 Categoria II: Promovendo a continuidade do Cuidado: Práticas das Enfermeiras**

A categoria representada por 136 UR, correspondendo a 34,78% do total de UR, é composta por 09 unidades de significação que retratam as atitudes e estratégias singulares desenvolvidas durante a prática do cuidado, destacando sua importância e relevância no contexto de assistência à saúde.

Dentre as temáticas que emergiram nesta categoria, as que tiveram maior destaque foram atividades de promoção e educação em saúde inseridas nas orientações realizadas pelas profissionais enfermeiras.

Orientação, conversa, muita orientação para poder garantir o cuidado (E1).

A prática de orientar mesmo o paciente A buscar outras atividades físicas, dependendo da situação crônica dele, Tipo a natação mesmo, Tipo a caminhada, o Shiatsu terapia, alongamentos (E3).

Orientar que o cuidado vai além de tomar a medicação (E6).

O paciente precisa dessas orientações em primeiro lugar porque em terceiro lugar a gente vê, tem a medicação, tem as outras coisas que são as principais, que é a alimentação, a atividade física, e por terceiro lugar é a medicação (E8).

Sendo a ESF o primeiro nível de atenção à saúde, com olhar voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a educação em saúde é uma prática de cuidado indispensável para o cuidado integral (Marinho, *et al.*, 2022).

Sua relevância na assistência à saúde é amplamente discutida e consolidada. Para o Ministério da Saúde, a educação em saúde é essencial e uma competência atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, devendo ser realizada de forma contínua e em todos os espaços (Brasil, 2007).

Ressalta-se, ainda, que suas práticas estão em consonância com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Promover conhecimento que permitam os pacientes dialogar com o nosso plano de cuidados. (E11).

Então entra o enfermeiro que acaba tendo mais espaço para isso, o enfermeiro vai em lugar de orientação, e educação em saúde (E7).

Orientações para mudanças de hábitos alimentares, atividade física (E8).  
A gente faz educação em saúde (E12).

A educação em saúde proporciona a oferta de conhecimento e a troca de experiências, mudanças de hábitos, favorece a adesão ao tratamento, permite ao usuário reconhecer o seu papel na sociedade, promovendo autonomia sobre sua saúde e sobre aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais (Brasil, 2007).

Contudo, Salci *et al.*, (2013) salientam que a Educação em saúde não pode estar pautada apenas na transmissão de informações. Uma educação em saúde efetiva precisa promover a quebra da hierarquia, propiciar o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, legitimar

o conhecimento do usuário e fortalecer o poder de decisão sobre questões pessoais, políticas e sociais.

Neste sentido, Stotz, (1993) destaca que as práticas devem estar orientadas pelos princípios da educação popular em saúde. A educação popular em saúde pressupõe integrar os saberes da população adquiridos ao longo de sua vida aos conhecimentos científicos dos profissionais de saúde, em busca da quebra do autoritarismo e buscando promover um cuidado bidirecional.

É possível observar que as enfermeiras reconhecem a importância da escuta ativa e do diálogo na continuidade do cuidado e seu poder de mudança na qualidade de vida e prevenção de agravos na saúde da população.

Observou-se a realização de práticas que construam junto aos usuários maior conhecimento sobre suas condições e os apoiem no sentido de se tornarem protagonistas do cuidado com a própria saúde.

Auxiliar o paciente a apreender a conviver com uma doença crônica, e tornar isso o mais leve possível. Tentar entender, explicar fazer que isso seja mais leve esse diagnóstico, E para estar perto (E5).

Mas quando eles entendem sobre o problema, sobre a doença, eles passam a ter mais domínio sobre aquilo. Quanto maior o conhecimento maior o empoderamento sobre o problema deles. Eles passam a ser o centro do cuidado. Mostrando para eles que a opinião deles é importante. O que eles na verdade é que fazem, o cuidado deles, A nossa parte é menor (E2).

Fazer o paciente entender que o cuidado é responsabilidade nossa e dele também. E ele tem que entender isso. A gente compartilhando com ele e trazendo essa responsabilidade (E12).

Ele veio trazendo uma queixa para mim dentro da consulta, eu vou explorar aquela queixa dele. Então eu deixo ele dois, três minutos conversando sobre aquela percepção que ele tem e em cima da percepção eu tento fazer o plano de cuidados (E11)

Procuro explicar para ele se empoderar, empoderar o que que ele tem, para ele entender (E9).

O empoderamento citado em uma das falas relaciona-se com a autonomia do usuário, proporcionando um agir de maneira ativa e crítica sobre sua saúde. Isso permite que ele faça escolhas conscientes, tanto em nível pessoal quanto coletivo. A enfermeira pode desempenhar um papel fundamental nesse processo, colaborando com o usuário na construção de conhecimentos que ultrapassem o modelo biologicista, visando uma vida saudável, e que permita o caminhar por etapas distintas de sua vida em âmbito individual e coletivo (Salci *et al.*, 2013).

As práticas profissionais que visam valorizar o conhecimento popular permitem a diminuição da diferença cultural entre os saberes populares sobre o processo de adoecimento e o conhecimento técnico-científico presente nas unidades de saúde. A abordagem da educação popular em saúde contribui para a quebra barreiras e a superação o cuidado verticalizado, permitindo que os usuários se sintam capacitados para definir condutas e encontrar soluções para seus problemas de saúde e na vida (Stotz, 1993).

A construção compartilhada do conhecimento favorece a troca contínua de experiências, criando oportunidades para a realização de diversas formas de cuidado. Isso torna a prática educativa estimuladora do processo de transformação individual e coletivo (Acioli, 2008).

Foram destacadas também a realização de grupos de convívio, atividades e ações no território, sendo utilizadas como estratégias para captação de usuários, fortalecimento do vínculo e reconhecimento das necessidades dos indivíduos.

A gente procura fazer muitos grupos e atendimentos fora da unidade.  
(E12).

Consultório avançado na comunidade para melhor continuidade do cuidado e adesão da população...A gente faz uma consulta mesmo lá no território, conversa, leva a balança, leva aparelho de pressão, faz uma consulta com que a gente tenha disponível  
(E9).

No território a gente faz atividades, esportes, enfim, faz conversas, rodas de conversas, agora a gente inventou o clube da leitura e está bem legal. Leva as meninas da Academia Carioca, leva o professor (E9),

A gente costuma também lá fazer ações, orientações. Que é no território também.  
(E8).

Eu gosto muito da Academia Carioca. Para todo mundo hipertenso e diabético. Eles são muito assíduos. É o que mais dá certo. (E10).

Atividades de promoção em saúde, porque a gente consegue trabalhar com qualidade de vida, bem-estar, e isso tudo acaba favorecendo uma maior qualidade (E11).

Observa-se um empenho e comprometimento das enfermeiras na realização de atividades no território que despertem o interesse da população e promova o bem-estar. Estas práticas tornam o espaço favorável à troca de conhecimento e experiências, conforme a necessidade dos usuários.

Vale destacar a realização de práticas educativas que surgem a partir do interesse e necessidades apontados pela população, favorecendo a participação do usuário como sujeito ativo do processo educativo (Acioli, 2008).

As atividades extramuros citadas estão em conformidade com o preconizado na PNAB, 2017 que destaca a realização de ações no território ou em residências em busca da promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme a necessidade da população adscrita.

A realização de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) também foram destacadas. Diante dos relatos, foi possível observar a valorização e a articulação dessas práticas com o quadro clínico e o contexto social do usuário na busca pela integralidade do cuidado.

Não adianta só tomar o remédio, tem que ter outras práticas. Tem as práticas, eu sou muito fã das práticas alternativas do Sistema público de Saúde. E eu uso muito a auriculoterapia também (E2).

Quando a gente visualiza alguma situação que precisa dessa prática alternativa, ou eu ou ela, vamos no domicílio a gente pratica a auriculoterapia (E3).

Eu faço práticas integrativas. Eu faço fitoterapia, faço acupuntura, pinda chinesa (E11).

Entre os objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), destacam-se o foco na atenção primária de saúde e a participação ativa dos usuários na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, em busca da longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2015).

As ações dos profissionais demonstram estar alinhadas com os objetivos da PNPIC e com a proposta da APS. Estas práticas refletem uma atenção em saúde que vai além do modelo biomédico, adotando uma abordagem holística e centrada no indivíduo e em suas necessidades, com foco na integralidade do cuidado (Barbosa *et al.*, 2020).

É possível observar o uso das PICS como uma alternativa no processo de desmedicalização. Dalmolin, Heidemann e Freitas (2019), destacam em seu estudo o papel das PICS na promoção do conhecimento, da autonomia e do empoderamento do usuário, no fortalecimento do vínculo e na articulação multiprofissional na APS.

Os entrevistados também relataram a vigilância de planilhas por linhas de cuidado, agendamento de consultas e exames, realização de contato telefônico e busca ativa como estratégias para garantir a continuidade do cuidado.

Já solicita os exames e pede para o ACS entregar ao paciente como forma de facilitar a ida a unidade (E8).

Não deixar eles virem, por demanda, sabe, vem com o exame que a gente avalia, não, prefiro, venho hoje, vou te agendar daqui um mês, faz o exame, explicou tudo direitinho, aí procuro agendar, porque aí eles veem (E9).

A gente faz planilha, planilha de todas as linhas de cuidado (E10).

Foi observado que os profissionais entrevistados utilizam essas práticas como meio de organizar o processo de trabalho, o que lhes permite obter maior controle sobre a presença, frequência e acompanhamento dos usuários.

A utilização da tecnologia como aliada também foi identificada como uma estratégia para fortalecer o vínculo, facilitar a comunicação, favorecer a organização do processo de trabalho e promover a continuidade do cuidado. Isso possibilita uma identificação mais rápida de problemas possibilitando uma resolução mais eficaz.

Telefone da equipe como estratégia, para melhor contato com o paciente para agendamentos e informações e dúvidas (E7).

Fazer acompanhamento por WhatsApp também (E6).

A gente entra também em contato pelo celular, com o familiar. Contato via telefone, WhatsApp ajuda bastante (E12).

Os resultados encontrados corroboram com Fernandes *et al.* (2021), que destacam em seu estudo o papel crucial da tecnologia no processo de trabalho da APS. Uma assistência em saúde associada ao uso de tecnologias facilita o levantamento de informações, a vigilância epidemiológica e a construção e compartilhamento de novos conhecimentos, promovendo uma maior qualidade no cuidado prestado

### 3.3 Categoria III: Potencializando a longitudinalidade: ações e serviços essenciais

Construída com o agrupamento de 145 UR, que equivalem a 37,08% do total de UR. Esta categoria enfatiza as ações e serviços que se destacaram como elementos essenciais na promoção da continuidade do cuidado, atuando como catalisadores no cumprimento das diretrizes da ESF.

Dentre os assuntos abordados pelos profissionais, o olhar holístico, a escuta ativa e a participação dos ACS nas visitas domiciliares foram os que receberam maior destaque para a continuidade do cuidado.

Conhecimento do ACS sobre a população facilita no acompanhamento (E6)

Uma boa estratégia é estar sempre fazendo a vigilância e busca ativa com os agentes comunitários (E7).

O ACS desempenha um papel fundamental dentro da ESF, sendo considerado o elo entre o território e a comunidade. Conforme preconizado este profissional, na maioria das vezes, faz parte da comunidade, o que facilita o transitar no território e contribui para a criação e fortalecimento do vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde (Paim, 2012).

Dentro da equipe de ESF, o ACS é o profissional com maior proximidade com os usuários, facilitando a identificação de fatores de risco, agravos à saúde, vulnerabilidades e condições de vida de cada usuário. Essas informações são levadas para dentro da unidade de saúde e discutidas com a equipe multiprofissional, favorecendo a vigilância em saúde e a continuidade do cuidado (Pedebos; Rocha; Tomasi, 2018).

O agente de saúde ter bastante contato com a população facilita (E2)  
A visita domiciliar auxilia no cuidado (E1).

Uma boa estratégia é estar sempre fazendo a vigilância e busca ativa com os agentes comunitários (E7).

Outro ponto relevante é a oportunidade de levar a educação em saúde no cotidiano dos usuários. Devido à maior frequência no território e em visitas domiciliares, este profissional possui maior facilidade de realização de orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças in loco (Pedebos; Rocha; Tomasi, 2018).

Contudo, embora os dados deste estudo corroborem com os autores sobre o papel fundamental dos ACS na equipe de ESF, vale destacar a mudança na cobertura de ACS conforme a PNAB, 2017. Na PNAB de 2011, era preconizado a cobertura de 100% da população adscrita pelos ACS, com até 750 pessoas por ACS. Porém, a partir de 2017, a PNAB modifica esta recomendação para uma cobertura de 100% da população vulnerável (Dias, 2021).

Esta mudança vai de encontro aos princípios do SUS, dificultando a garantia da universalidade e impactando diretamente na organização dos serviços da ESF, na vigilância em saúde, e favorecendo assim, a quebra da continuidade do cuidado (Dias, 2021).

Foram ressaltadas nas entrevistas a importância do olhar holístico e escuta qualificada.

Porque não é só ver a doença é ver a pessoa. Isso aí é muito importante (E4).

E ter um olhar holístico da família. Porque muitas vezes a doença piora não por causa da pessoa não estar tomando medicação ou fazendo dieta, ou fazendo atividade física, mas pela rotina da vida dela com a família (E4).

Ver o paciente além daquela patologia. (E5).

Escutar mesmo o paciente e ele sentir que você está ali com ele, que ele não é só mais um, que você só vai queixar a demanda, chegou, deu a queixa, faz o que tem que fazer e libera (E9).

Lima *et al*, 2020 destacam em seu estudo a importância da identificação do contexto familiar que o usuário está inserido, enfatizando a necessidade de oferecer assistência não apenas ao usuário, mas também aos familiares, visando alcançar a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Isso permite a elaboração de um plano terapêutico que esteja em sintonia com as necessidades individuais e familiares de cada usuário.

Os resultados obtidos demonstram que os profissionais entrevistados reconhecem e valorizam práticas que colocam o cuidado centrado no indivíduo como prioridade. Essas ações não apenas fortalecem a busca pela integralidade do cuidado aos usuários com condições crônicas, mas também promovem a autonomia do indivíduo, alinhadas com as diretrizes estabelecidas pela PNAB (Brasil, 2017).

Outro assunto abordado foi a importância da rede de apoio da própria comunidade no fortalecimento da continuidade do cuidado, na construção de vínculos e no cuidado de forma integral.

Apoio das associações do próprio território para situações além das doenças exemplo o teto de escola (E6).

Apoio de Igreja ou então algum vizinho, algo que possa estar ajudando a nossa articulação junto com o tratamento desse paciente (E12).

Estas falas destacam a importância das ações intersetoriais como estratégia para garantir a equidade e promoção da saúde visando um cuidado holístico. A intersetorialidade possibilita a integração de diversos setores para além da saúde, buscando a integralidade do cuidado através da articulação entre diferentes atores sociais e políticos, envolvendo também variados recursos e níveis de complexidade (Prado, *et al.*, 2021).

No estudo de Mendonça e Lanza (2021), destaca-se a prática intersetorial como uma aliada à ESF para romper com o modelo biomédico. A intersetorialidade fortalece o cuidado em rede, promovendo o compartilhamento de saberes, a integração e parceria entre os setores, visando a solução dos diversos problemas enfrentados pela população envolvida.

Os entrevistados relataram o papel do trabalho em equipe e a colaboração da gestão como fatores indispensáveis para a longitudinalidade do cuidado

Reuniões de equipe para definição do paciente que demandam mais atenção (E5).

Eu ainda acho que é a equipe, A equipe quando é boa, quando acolhe, eles voltam. (E10).



A equipe multidisciplinar é muito importante para o processo. Porque uma única categoria não vai conseguir dar o tratamento pleno para o paciente(E12).

Quando a equipe e unida e integrada você consegue um cuidado melhor (E1).

Anteriormente, foram discutidas as dificuldades encontradas pelos profissionais diante do trabalho em equipe fragilizado e seus reflexos na qualidade da assistência prestada ao usuário.

O trabalho em equipe tem se destacado como uma estratégia eficaz no cuidado em saúde, não apenas diante das mudanças no perfil epidemiológico da população, mas também diante da crescente complexidade das necessidades. Essa abordagem potencializa o cuidado de qualidade e integral, ao mesmo tempo em que tende a proporcionar maior satisfação aos profissionais (Peduzzi, *et al.*, 2020).

Peduzzi; Agreli (2018) destacam não apenas a relevância do trabalho em equipe, mas também a importância da prática colaborativa entre os profissionais da ESF. Essa abordagem centraliza a atenção em saúde no usuário e em suas necessidades, com ênfase na participação ativa do usuário, da família e da comunidade no cuidado, sendo considerada uma estratégia de mudança modelo assistencial.

Os profissionais entrevistados destacaram a importância da colaboração da gestão para a longitudinalidade do cuidado, oferta adequada dos serviços disponíveis e o bom funcionamento da unidade.

Clinica com boa organização por parte da gestão, organização de trabalho, de setores, de profissionais, isso permite melhor execução do trabalho sem sobrecarregar o profissional (E7).

A gestão, a gente nunca fica sem material para trabalhar.... se a gente quiser fazer uma ação grande, a gente tem esse recurso (E5).

Ajuda da gestão, o apoio também da unidade ajuda muito (E1).

Albuquerque *et al.* (2023) enfatiza, em seu estudo, que além das habilidades de liderança, gestão de recursos, pessoal e materiais, a atuação desse profissional deve estar fundamentada na prática colaborativa, buscando a integração entre os serviços, entre os profissionais, e fortalecendo habilidades e atitudes.

Ao gestor de uma unidade de ESF, cabe a articulação entre as políticas e diretrizes do SUS, a coordenação das equipes de saúde e as necessidades e desafios da comunidade, garantindo a oferta de um cuidado integral centrado no usuário e suas necessidades (Albuquerque *et al.*, 2023).

Neste contexto, observou-se que as ações e serviços identificados pelos entrevistados como essenciais para a continuidade do cuidado envolvem as práticas profissionais de enfermeiras diretamente relacionadas ao usuário, as atividades no território e o trabalho em equipe de forma multiprofissional. Destacou-se também a importância dos serviços de gestão e das ações intersetoriais, visando um cuidado centrado no indivíduo que atenda às diversas necessidades, levando em consideração a complexidade e a singularidade na busca pela continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi possível observar que o perfil de profissionais participantes do estudo é composto por enfermeiras com uma experiência relevante, sendo a maioria com pós-graduação. Além disso, a presença de residentes atuando nas unidades possibilita uma troca contínua de conhecimentos entre os envolvidos, o que favorece a qualidade do cuidado oferecido.

A partir da análise de dados, foi possível identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, as práticas de cuidado realizadas pelos participantes e as ações e serviços consideradas essenciais na busca pela longitudinalidade do cuidado aos usuários com condições crônicas. Essa análise permitiu a categorização e discussão dos dados, de modo a responder aos objetivos da pesquisa.

Sobre as dificuldades levantadas pelos participantes, observou-se, que no âmbito profissional ocorre a rotatividade de profissionais, sobrecarga de trabalho, conflitos entre a equipe multiprofissional e a baixa capacitação dos ACS, aspectos que prejudicam a continuidade do cuidado e impactam negativamente na qualidade da assistência oferecida.

Foram destacadas também algumas dificuldades no contexto dos usuários, como a dificuldade de acesso, rede de apoio fragilizada e o contexto social em que estão inseridos. Esses aspectos indicaram impactar na criação e fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, na formulação e continuidade do plano terapêutico, na identificação das necessidades individuais, entre outros, contribuindo para a quadra da longitudinalidade do cuidado.

No que tange às práticas de cuidado realizadas pelos participantes, foram identificadas a realização de ações voltadas à educação em saúde, ações e serviços nos territórios, e organização e estruturação dos serviços de saúde, como a implementação de grupos de convívio, consultórios avançados no território, atividades esportivas, entre outros. As realizações destas práticas demonstraram esforços na busca pelo fortalecimento do vínculo, identificação das necessidades ampliadas em saúde, promoção da autonomia empoderamento do indivíduo, além de estimular a participação ativa do usuário no seu plano terapêutico.

Já as ações e serviços essenciais para a continuidade do cuidado, foram destacadas pelas enfermeiras o olhar holístico, a escuta ativa e a atuação do ACS no território e o trabalho em equipe. A proximidade do ACS com o território facilita a identificação das necessidades dos usuários, permitindo que essas informações sejam discutidas em reuniões multiprofissionais em busca da integralidade do cuidado. No entanto, para que estas ações sejam efetivas, faz-se

necessário a implementação de educação permanente com o objetivo de reduzir as dificuldades já relatadas pelos participantes, como a baixa capacitação dos ACS e os conflitos e dificuldades do trabalho multiprofissional.

Outros pontos destacados foram o papel das práticas intersetoriais e da rede de apoio. A articulação entre os diversos setores proporciona uma abordagem mais abrangente para resolver os problemas da comunidade, promovendo saúde em seu conceito ampliado, em conformidade com os princípios do SUS. Embora a interseriedade tenha sido destacada como ação essencial, os participantes relataram dificuldades em garantir essa prática, apontando problemas que vão além do setor saúde e a dificuldade de articulação com outros setores, o que impacta na integralidade do cuidado.

Como proposta para aprimorar esse cenário, sugere-se a adoção de estratégias destinadas ao fortalecimento do vínculo, à conscientização da importância do trabalho em equipe e à melhoria das ações intersetoriais. Isso envolve a articulação da gestão com os demais setores para fortalecer a intersetorialidade, a criação de espaços para encontros e debates, a promoção de capacitação contínua e o estímulo ao aprimoramento técnico-científico e a prática colaborativa, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

O estudo alcançou seus objetivos à medida que, durante a pesquisa, foi possível identificar e discutir as práticas realizadas por enfermeiras na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas, assim como as potencialidades e os desafios inerentes a esse processo.

A realização do estudo em apenas uma unidade de ESF no município do Rio de Janeiro, juntamente com o número reduzido de participantes, destacam-se como fatores limitadores deste estudo. Isso ressalta a necessidade de mais pesquisas sobre a temática levantada.

A contribuição deste estudo se dá ao apoiar que enfermeiras e acadêmicos interessados na temática promovam ações de atenção à saúde destinadas a aprimorar a continuidade do cuidado dos usuários com condições crônicas, fortalecendo a autonomia e participação ativa do usuário. Além disso, esta pesquisa proporciona embasamento científico relevante para a temática abordada, contribuindo para o avanço científico na enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 117–121, jan. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wDd6sSbpn7mYpGnbq49FTkJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2023.

ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; CUNHA, Marcos Aguiar; SILVEIRA, Nayana Cíntia; NASCIMENTO, Ana Beatriz Oliveira do Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: processo de validação para avaliação de competências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE00532, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Cyx8gQcJYzBy7dHrwZZR96F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2023.

ATUN Rifat Ali. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?. Copenhagen, **WHO Regional Office for Europe** (Health Evidence Network report, jan, 2004. Disponível em: [www.euro.who.int/document/e82997.pdf](http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf). Acesso em: 18 set. 2023..

AUED, Gisele Knop; BERNARDINO, Elizabeth; LAPIERRE, Judith; DALLAIRE, Clémence. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100349](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100349). Acesso em: 19 nov. 2023.

BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena; OLIVEIRA, Maria Beatriz Lisboa; SANTOS, Carlos Renato dos; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin *et al.*, Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. e00208818, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SvzNQ9FJXX64TxypvjXKJNn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2023.

BARBOSA, Gabriella Bené; CORREIA, Anna Karlla Sampaio; OLIVEIRA, Luciana de Matos Mota; SANTOS, Viviane do Carmo *et al.* Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/fKHdySWQhtCN5MdQfq9mpv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2023.

BARDIN, Laurent. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; DOLINA, Janderléia Valéria; MUSQUIM, Cleciene dos Anjos. *et al.* *The family experience of care in chronic situation*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. spe, p. 81–88, jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_educacao\\_popular\\_saude\\_p1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf). Acesso em: 18 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4175045/mod\\_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS\\_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4175045/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf). Acesso em: 11 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.559, de 1° de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 24 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em: 08 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 30 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013. Disponível em: [http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao\\_2013/Legislacao\\_Textos/Portaria%203390\\_301213\\_Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20hospitais%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS.pdf](http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao_2013/Legislacao_Textos/Portaria%203390_301213_Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20hospitais%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS.pdf). Acesso em: 11 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2015.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; MATTOS, Amália Ivine Santana; SANTOS, Adje Silva, CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro. Processo de regionalização na saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 15, n. 4, 2016. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/502>. Acesso em: 12 dez. 2023.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; FREITAG, V. L. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03506, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4KL44rcCykZzxdPPDZmfQZg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez 2023.

DIAS, Juliana Roza. **A Política Nacional de Atenção Básica 2017**: repercussões nas práticas de saúde de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. 2021. 294 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.btdt.uerj.br:8443/handle/1/18637>. Acesso em: 12 dez. 2023.

DUARTE, Elisete; EBLE, Leticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e00100018.pdf>. Acesso em: 19 out. 2023.

DUARTE, Elysângela Dittz; SILVA, Kênia Lara; TAVARES, Tatiana Silva; NISHIMOTO Corina Lemos Jamal Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 648–655, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/cdDvb3CHtpZKW4kZJhDVRyh/abstract/?lang=pt&format=html#> Acesso em: 06 nov. 2023

FAVARO, Leda Cristina; MARCON, Sonia Silva; NASS, Evelin Matilde Aracaim; REIS, Pamela *et al.* Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 24, e1277, 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141527622020000100206&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141527622020000100206&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 13 nov. 2023. Epub30-Mar-2020.

FERNANDES, Bruno. Cesar Gomes; SILVA JUNIOR, José Nildo de Barros; GUEDES, Haline Costa dos Santos *et al.* Use of technologies by nurses in the management of primary health care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, n. spe, p. e20200197, 2021.

FIGUEIREDO, Tacita Pires; JUNIOR, Nelson Machado do Carmo; GROIA, Ronara Camila de Souza; PEREIRA, Rachel Cristina Cardoso; SILVEIRA, Rafaela Ranielle; MALTA, Jessica Soares; COSTA, Josiane Moreira. Análise das intervenções realizadas na alta

hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. **Rev. APS**, Minas Gerais, v. 19, n. 3, p. 376 – 383, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15794>. Acesso em: 12 set. 2023.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de; SHIMIZU, Helena Eri; RAMALHO, Walter Massa. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 288–301, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PbCQmjwY5YBRHKDdytKtDCx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2023.

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia; FARIAS, Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. para. med; Belém**, v. 23, n. 3, jul.-set, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-588477>. Acesso em: 18 set. 2023.

GARNELO, Luiza. *et al.*. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 158–172, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j4V6hZVDZBs77VCGF3TqrrR/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em 13 nov. 2023.

GALAVOTE, H. S. LUCAS, Ana Cyra dos Santos; PARENTE, Rosana Cristina Pereira *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90–98, jan. 2016. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/O-trabalho-do-enfermeiro-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-%C3%A0-Galavote-Zandonade/25876356c0b81cdf8c52c1183b02bf75e616c8db>. Acesso em: 22 jul. 2023.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. (org.) **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. *In: Giovanella, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Brasil: FIOCRUZ, 2012.p.547-574.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, P. 1475-1482 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2023.

GONZAGA, Carla Bornhausen; Ferreira, Gisele Nepomuceno. Redes de atenção à saúde: um caminho na garantia da integralidade da atenção no SUS. **RIDAP**, Osasco, v.2, n.1, p.12-26, jan–dez, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>. Acesso em: 22 abr. 2023.

LIMA, L. A. R. de; SANTOS, B. B. dos; BARROS, C. L.; SANTOS, A. de L. Conceito e implementação do cuidado centrado na pessoa na perspectiva do médico da estratégia saúde da família / Concept and implementation of the person centered care in medical perspective of family health strategy. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 6, n. 9, p. 73786–73799,



2020. DOI: 10.34117/bjdv6n9-728. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17568>. Acesso em: 31 jan. 2024.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; MAGALHÃES, Ana Maria Müller; OELKE, Nelly Donszelmann; MARQUES, Giselda Quintana; LORENZINI, Elisiane; WEBER, Luciana Andressa Feil; FAN, Iris. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 39, e20180119, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sKhXDFVJpRQKZmpQDCMXtvc/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2024.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite; DANCZUK, Rutes de Fátima Terres; PAINAZZER, Daiany; JUNIOR, Newton Ferreira de Paula; MAIA, *et al.*. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. Hist. enferm., **Rev. Eletrônica**, Santa Catarina, 3(1), p.18-35, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028952>. Acesso em: 22 nov. 2023.

LOPES, Olívia Cristina Alves *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, , v. 24, n. 2, 2020, e20190145. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>. Acesso em: 16 jan. 2023.

GUIMARÃES, Marcelle Sampaio de Freitas; SILVA, Leila Rangel. **Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2023.

MARINHO, Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto; ALENCAR, O.M; CASTRO JUNIOR, André Ribeiro; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: Saberes e práticas de enfermeiros – Revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 8, n. 1, 2022. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1378209>. Acesso em: 22 nov. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **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. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 11 set. 2023.

MENDONÇA, Edna Mara; LANZA, Fernanda Moura. Conceito de saúde e intersetorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 2, p. 155-164, jun. 2021. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2021000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 jan. 2024.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 38-51, 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 19 set. 2022

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu. **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. 31. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2024.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde - SUS. *In: Giovannella, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Brasil: FIOCRUZ, 2012. p.365-393. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-670020>. Acesso em: 26 jan. 2024.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 31, n. 01, 2021. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Acesso em: 22 mai. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In: Giovannella, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Brasil: FIOCRUZ, 2012.p.547-574. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/eps-2015>. Acesso em: 09 ago. 2023.

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 940–951, out. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nkLgfdKPTJz5TMbmfR5M5gc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2024.

PEDUZZI, Marina.; AGRELI, Heloise Lima Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/>. Acesso em: 14 jan, 2024.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino d Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024678, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

PINAFO, E. *et al.*. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 201–221, jul. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QzGCDMBYKsnfY8qtGBRmn5F/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

PINTO, Neusa de Resende. **O SISREG na atenção primária de Saúde: um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de Janeiro. 2021.** 263 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/18158>. Acesso em: 22 jun. 2023.

PRADO, Nília Maria de Brito Lima; AQUINO, Rosa; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SANTOS, Herbert Luan Pereira Campos dos *et al.* Revisitando definições e naturezas da intersectorialidade: um ensaio teórico. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 02, p. 593-602, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BcgPsrHzCP7SnTgqxcTBSWw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

RIBAS, Ester do Nascimento *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [online], v. 71, supl. 1, p. 546-553, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. ISSN 1984-0446. Acesso em: 23 ago. 2023.

RIBEIRO, Sabinny Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/7rMyCk7qFnqmvpcchbLfqgc/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.** São Paulo: Atheneu, 2009. 165 p.

SALCI, M. A. *et al.*. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 224–230, jan. 2013. Disponível em: 22 ago. 2023.

SANTOS, Sdnei Gomes; FRANCO, Damiana Solange da Cunha Silva; SOUZA, Ladyane Fernandes Deolino. A importância da enfermeira na educação permanente do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). 2020. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 98517-98533, dez. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/21650>. Acesso em: 09 set. 2023.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; ACIOLI, Sonia; RODRIGUES, Vanda Palmarella; MACHADO, Juliana Costa; SOUZA, Moema Santos; COUTO, Tatiana Almeida. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. 2016. **Rev Bras Enferm** [online], v. 69, n. 6, p. 1060-1067, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>. Acesso em: 11 maio 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Informações Sobre Todas As Áreas De Planejamento. Coordenação Operacional De Atendimento Em Emergências**. Rio de Janeiro: [online], 2016. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>. Acesso em: 29 maio 2023.

SCHIMITH, M. D.; CEZAR-VAZ, M. R. .; XAVIER, D. M.; CARDOSO, L. S. Comunicação em saúde e colaboração interprofissional na atenção a crianças com condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 29, p. e3390, 2021. DOI: 10.1590/1518-8345.4044.3390. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/188099>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SODER, Rafael; OLIVEIRA, Isabel Cristine; SILVA, Luiz Anildo Anacleto; SANTOS, José Luís Guedes; 2, PEITER, Caroline Cechinel; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. DESAFIOS DA GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. **Enferm. Foco**, Brasília, v.9, n. 3, p. 76-80, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. DA .. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369–1380, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

TAVARES, Noemia Urruth Leão; BERTÔLDI, Andreia Dâmaso; ARRAIS, Paulo Sercio Dourado; LUIZA, Vera Lucia *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saude Publica.**, v. 50, supl. 2, p. 2s-10s, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/R8pG5F3d3Qwx5Xz7dt6K6nx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2024.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. Sus, Modelos Assistenciais E Vigilância Da Saúde. **Iesus**. v. 7, n. 2, abr/jun, 1998. Disponível em: [https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso](https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 22 abr. 2023.

TEMER, Milena Cirqueira; SOUZA, Barbara Amaranto; ALVIM, Thaysa Kassisde Faria; GRAPIUNA, Juliana Dias. Seguridade social no Brasil e o direito à saúde como garantia de um direito fundamental. **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, Vitória, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22658>. Acesso em: 22 jan. 2023.

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Informações



### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AS POTÊNCIAS E OS DESAFIOS ENCONTRADOS NAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELAS ENFERMEIRAS DA ESF NO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

#### CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dados pessoais:

- 1- Código do entrevistado\*: \_\_\_\_\_
- 2- Gênero:
  - Mulher cisgênero  Homem cisgênero  Mulher transgênero  Homem Transgênero  Gênero Não Binário  Agênero  não quero declarar
- 3- Qual raça/cor que se declara:
  - preto  branco  indígena  pardo  outros  não quero declarar

Dados profissionais:

- 4- Formação acadêmica:
  - Graduação  Pós graduação *latu senso*  Mestrado
  - Doutorado  Pós Doutorado
- 5- Tempo de atuação como enfermeiro na Atenção Básica:
  - <06 meses  06 meses - 1 ano  1 ano – 3 anos
  - 3 anos – 5 anos  > de 5 anos
- 6- Tempo de atuação com a equipe atual?
  - < 6 meses  06 meses - 1 ano  1 ano – 3 anos
  - 3 anos – 5 anos  > 5 anos

\*O código do entrevistado será dado aleatório para manter o anonimato e confidencialidade do participante, na transcrição dos dados é apenas o código que constará na pesquisa. Os códigos serão dados em números arábicos: 1 a 26.



---

## PERGUNTAS SOBRE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

### - Práticas de enfermeiras/os

- **Você cuida de usuários com condições crônicas?** O que você faz?
- Quais são os cuidados que você realiza com os usuários com condições crônicas? Como é a sua rotina? Existe alguma estratégia?
- Você faz consultas de enfermagem com usuários com condições crônicas? Como é a consulta?
- Tem alguma prática que realiza fora da Unidade de Saúde? Se sim, como ela ocorre?

### - Continuidade do cuidado

- Que ações você considera importante para que haja continuidade do cuidado? Porque?
- Na sua vivência o que contribui para a sua prática na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas? E o que dificulta?

## APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Práticas de Enfermeiras na ESF na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas, conduzida por Franciele Nascimento de Araujo Silva, sob orientação da Professora Sonia Acioli. Este estudo tem por objetivo identificar as práticas de Enfermeiras na ESF voltadas para usuários com condições crônicas e discutir as potencialidades e desafios encontrados pelos Enfermeiras da ESF na continuidade do cuidado de usuários com Condições crônicas.

Você foi selecionado (a) por ser enfermeira (o) em atuação no CMS Heitor Beltrão da área programática 2.2. do município do Rio de Janeiro. 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.

Os riscos relacionados à esta investigação se referem a algum desconforto ou estranhamento devido a alguma pergunta. Para minimizar estes riscos, é importante ressaltar que você poderá optar por não responder esta ou qualquer outra pergunta, ou interromper sua participação. Os benefícios de sua participação na pesquisa estão associados à ampliação do conhecimento acerca das Práticas de Enfermeiras na ESF na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Sua participação consistirá em participar de uma entrevista semiestruturada de forma individual com enfermeiros lotados no CMS Heitor Beltrão da A.P. 2.2, a entrevista terá duração de cerca de 30 minutos e ocorrerá no local de trabalho em sala reservada onde estarão presentes o pesquisador e o participante. O pesquisador lhe fará perguntas acerca do tema da pesquisa. A entrevista será gravada para posterior transcrição e análise mais fidedigna dos dados.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se compromete 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, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. 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 dos pesquisadores responsáveis: Mestranda: Franciele Nascimento de Araujo Silva, Enfermeira, e-mail: franciele.araujo@hotmail.com, telefones: (21) 99549-1790. Orientadora: Sonia Acioli, Enfermeira, e-mail: soacioli@gmail.com, telefone: (21) 997641180. 1790.

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, ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro – RJ, CEP: 20031-040, Telefone: 2215-1485, e-mail:cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br. O CEP/COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do(a) pesquisador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Termo de Autorização Institucional



### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

#### O CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE HEITOR BELTRÃO

da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: "Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na continuidade do cuidado aos usuários em condições crônicas", sob responsabilidade da pesquisadora FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA, DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ), SOB A ORIENTAÇÃO DA PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> SÔNIA ACIOLI.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

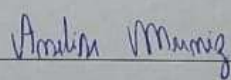
Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 07 / 06 / 23.

  
Sylvia Karia P. C. Tristão  
Presidente  
CENTRO ESTUDOS CAP 2,2  
Mat: 12/228946-2

  
Anelise da Silva Muniz  
Gerente Técnica  
Matricula: N3719957  
CMS Heitor Beltrão  
CNES: 2269376

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade





## APÊNDICE E – Unidades de Significação

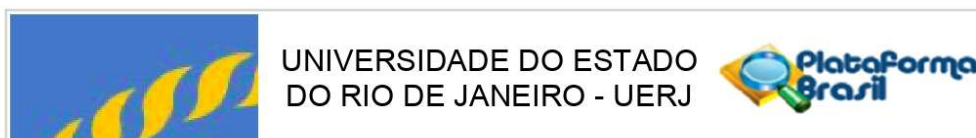
CÓD DA UR	TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	ENT 01	ENT 02	ENT 03	ENT 04	ENT 05	ENT 06	ENT 07	ENT 08	ENT 09	ENT 10	ENT 11	ENT 12	TOTAL	TOTAL
														UR	DE ENT
1	CAPACITAÇÃO DOS ACS							3		2				5	2
2	DIFICULDADES NA GESTÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA			17	2	2	1	2					3	27	6
3	DIFICULDADES NO AMBIENTE PROFISSIONAL E MULTIDISCIPLINAR						5	3		2			3	13	4
4	FALTA DE VINCULO DO USUÁRIO COM A EQUIPE E DIFICULDADES NO ACESSO AO USUPARIO	3			1			2		1	2	2		11	6
5	NÚMERO REDUZIDO DE PROFISSIONAIS	1		1		1		1						4	4
6	REDE DE APOIO FRAGILIZADA DO USUÁRIO		4				1						1	6	3
7	RESISTENCIA/ DIFICULDADES DO USUÁRIO PARA UM CUIDADO CONTÍNUO		1		1	5	5		1					13	5
8	ROTATIVIDADE NA EQUIPE E SOBRECARGA DE TRABALHO DA ENFERMEIRA	2		1			3			2	1	3	1	13	7
9	AÇÕES E SERVIÇOS NO TERRITORIO					5	1	2	2	3		1	3	17	7
10	ACOLHIMENTO NO ATENDIMENTO	2				1					1		2	6	4
11	AGENDAMENTO DE CONSULTAS/ EXAMES			1		1	2	1	2	3				10	6
12	CONTA TO TELEFONICO E BUSCA ATIVA		1		1		1	1	1				2	7	6
13	ESCU TA ATIVA E QUALIFICADA	2								2	1			5	3
14	GESTAO POLITICA E ADMISTRATIVA DE FORMA ORGANIZADA E PARTICIPATIVA	1		3		4		4		1	1	1		15	7
15	GRUPOS DE CONVIVIO	1	1	2				4	2	1	2		2	15	8
16	OLHAR HOLISTICO/ MULTIPROFISSIONAL				4	3	3			2		1		13	5
17	PRATICAS INTEGRATIVAS		2	6		1	1					2		12	5
18	PROFISSIONAL PROATIVO E RESOLUTIVO			1				4				1		7	4
19	REUNIAO DE EQUIPE	1				1	4		1					7	4
20	EQUIPE COMPLETA E TRABALHANDO DE FORMA MULTIDISCIPLINAR	3		5	1	1	2	3			3		2	20	8
21	VIGILANCIA DE PLANILHAS/LINHAS DE CUIDADO					1	3	1	2		5			12	5
22	VISITA DOMICILIAR	2	1			2	1		1				1	8	6
23	VINCULO COMO FORTALECEDOR DO CUIDADO	1	3		2			3			1	3		13	6
24	REDES DE APOIO E APOIO NA COMUNIDADE		5				1			1			1	8	4
25	CONTEXTO SOCIAL DO USUÁRIO	2	3		1		3		2		1	4	2	18	8
26	PAPEL DO ACS E SUA PROXIMIDADE COM O TERRITORIO		3	2	1		4	6	1	6	1	2	3	29	10
27	ATIVIDADES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	2	7	8		1	3	2	4	1		4	1	33	10
28	ESCLARECIMENTO SOBRE QUADRO CLINICO		4	5		2	2			2	1			16	6
29	USUÁRIO COMO PROTAGONISTA DO CUIDADO		6	1					1	1		2	3	14	6
30	CONSULTAS DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	2	2		2		1	2	2	1	1		1	14	9
	<b>TOTAL</b>													<b>391</b>	

## APÊNDICE F – Categorias

CÓD DA UR	TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	TOTAL UR	TOTAL DE ENT	CATEGORIAS	Nº DE UR CATEGORIAS	% DE UR CATEGORIAS
1	CAPACITAÇÃO DO ACS	5	2	<b>Desafios na Jornada pela Integralidade do Cuidado na ES F</b>	110	28,13%
2	DIFICULDADES NA GESTÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA	27	6			
4	FALTA DE VINCULO DO USUÁRIO COM A EQUIPE E DIFICULDADES NO ACESSO AO USUPARIO	11	6			
3	DIFICULDADES NO AMBIENTE PROFISSIONAL E MULTIDISCIPLINAR	13	4			
5	NÚMERO REDUZIDO DE PROFISSIONAIS	4	4			
6	REDE DE APOIO FRAGILIZADA DO USUÁRIO	6	3			
7	RESISTENCIA/ DIFICULDADES DO USUÁRIO PARA UM CUIDADO CONTÍNUO	13	5			
8	ROTATIVIDADE NA EQUIPE E SOBRECARGA DE TRABALHO DA ENFERMEIRA	13	7			
25	CONTEXTO SOCIAL DO USUÁRIO	18	8			
9	AÇÕES E SERVIÇOS NO TERRITORIO	17	7			
11	AGENDAMENTO DE CONSULTAS/ EXAMES	10	6			
12	CONTATO TELEFONICO E BUSCA ATIVA	7	6			
15	GRUPOS DE CONVIVIO	15	8			
17	PRATICAS INTEGRATIVAS	12	5			
21	VIGILANCIA DE PLANILHAS/ LINHAS DE CUIDADO	12	5			
27	ATIVIDADES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	33	10			
28	ESCLARECIMENTO SOBRE QUADRO CLINICO	16	6			
29	USUARIO COMO PROTAGONISTA DO CUIDADO	14	6			

<b>CÓD</b> <b>DA UR</b>	<b>TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO</b>	<b>TOTAL UR</b>	<b>TOTAL DE ENT</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>Nº DE UR CATEGORIAS</b>	<b>% DE UR CATEGORIAS</b>
26	PAPEL DO ACS E SUA PROXIMIDADE COM O TERRITORIO	29	10	<b>Potencializando a longitudinalidade: ações e serviços essenciais</b>	145	37,08%
10	ACOLHIMENTO NO ATENDIMENTO	6	4			
30	CONSULTAS DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	14	9			
13	ESCUTA ATIVA E QUALIFICADA	5	3			
14	GESTAO DE FORMA ORGANIZADA E PARTICIPATIVA	15	7			
16	OLHAR HOLISTICO /MULTIPROFISSIONAL	13	5			
18	PROFISSIONAL PROATIVO E RESOLUTIVO	7	4			
19	REUNIAO DE EQUIPE	7	4			
20	EQUIPE COMPLETA E TRABALHANDO DE FORMA MULTIDISCIPLINAR	20	8			
22	VISITA DOMICILIAR	8	6			
23	VINCULO COMO FORTALECEDOR DO CUIDADO	13	6			
24	REDES DE APOIO E APOIO NA COMUNIDADE	8	4			

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP UERJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na continuidade do cuidado aos usuários em condições crônicas

**Pesquisador:** FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 70458023.5.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.170.109

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado intitulado Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na continuidade do cuidado aos usuários em condições crônicas, que emergiu, entre outros aspectos, da identificação das falhas no processo de referência e contrarreferência. Diante do exposto, surgiram as seguintes questões: Quais as potências e os desafios encontrados nas práticas desenvolvidas pelas enfermeiras da ESF no cuidado aos usuários com condições crônicas? Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, realizado com Enfermeiras lotadas no CMS Heitor Beltrão da área programática 2.2, no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, construída a partir de perguntas objetivas para caracterização sociodemográfica dos participantes e questões abertas relacionadas a temática que permitirão ampliar a perspectiva sobre a temática, esta entrevista será gravada e posteriormente transcrita para melhor análise. A análise dos dados será realizada a partir das informações obtidas nas entrevistas, utilizando técnicas de análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (2011).

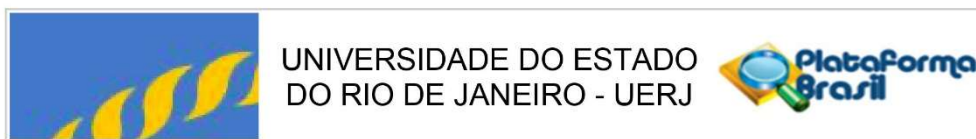
#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primario:**

Analisar as práticas de Enfermeiras da ESF voltadas aos usuários com condições crônicas

**Objetivo Secundario:**

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 6.170.109

Identificar as praticas de Enfermeiras na ESF voltadas para usuários com condições crônicas Discutir as potencialidades e desafios encontrados pelas Enfermeiras da ESF no cuidado aos usuários com condições crônicas

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Aponta como Riscos:

desconforto e risco mínimo, pois por alguma questão a pesquisa poderá abordar algum assunto intimo e delicado. Apontado as formas de minimização do desconforto.

Benefícios: possíveis melhoria nas praticas de enfermagem relacionadas ao cuidado de usuários com condições crônicas, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias e intervenções direcionadas a promoção de uma assistência mais efetiva e abrangente. Adicionalmente, espera-se que o estudo contribua para a formação de profissionais de enfermagem mais qualificados e conscientes das necessidades especificas dos usuários com condições crônicas, resultando em uma melhoria geral no cuidado prestado nessa área. Esses resultados obtidos podem ter implicações importantes no aprimoramento das politicas de saude, diretrizes e protocolos de atendimento, bem como na promoção de praticas baseadas em evidencias para um cuidado integral e de qualidade aos usuários com condições crônicas. Além disso, o estudo busca influenciar diretamente a atuação dos profissionais de saude, proporcionando um maior conhecimento sobre o tema estudado e promovendo um atendimento de qualidade e cuidado continuo de forma holística e integral aos pacientes. Também visa identificar as potencialidades e fragilidades na continuidade do cuidado na Estratégia de Saude da Família, visando a melhoria da assistência aos usuários

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Financiamento próprio

Secretaria Municipal de Saúde como co-participante

Cronograma com início da coleta de dados para setembro de 2023

Folha de rosto assinada pela diretora da Faculdade de Enfermagem

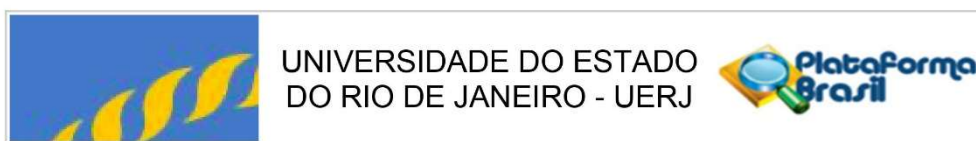
Carta de anuência do centro Municipal Heitor Beltrão

TCLE garantindo autonomia na decisão do participante

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ deliberou pela APROVAÇÃO deste

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 6.170.109

projeto, visto que não há implicações éticas. Dessa forma, a pesquisa já pode ser iniciada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

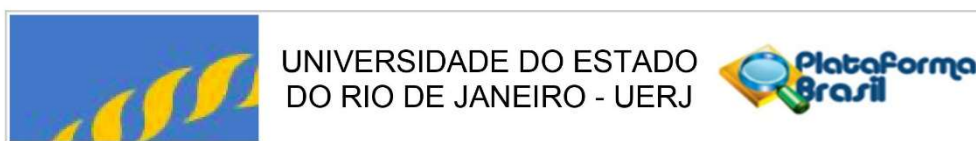
Faz-se necessário apresentar o Relatório Anual - previsto para julho de 2024. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.<sup>a</sup> que encaminhe a este comitê relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2157390.pdf	27/06/2023 12:39:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_TCLE_ATT.pdf	27/06/2023 12:39:08	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Outros	pedencias_resolvidas.pdf	27/06/2023 12:25:13	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATT.pdf	27/06/2023 12:24:20	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	13/06/2023 18:43:00	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Declaração de concordância	20230607_163746.PDF	07/06/2023 16:49:14	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 6.170.109

Declaração de Pesquisadores	pesquisadora_sonia.pdf	06/06/2023 20:27:45	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadora.pdf	06/06/2023 20:27:37	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	06/06/2023 20:20:35	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	06/06/2023 20:20:15	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Julho de 2023

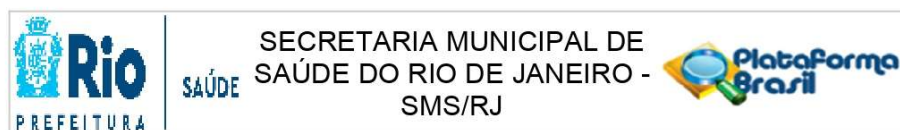
---

**Assinado por:**  
**Rosa Maria Esteves Moreira da Costa**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP SMS/RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Práticas de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na continuidade do cuidado aos usuários em condições crônicas

**Pesquisador:** FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 70458023.5.3001.5279

**Instituição Proponente:** RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.281.797

**Apresentação do Projeto:**

Esse parecer foi baseado nas informações básicas cData de Submissão do Projeto: 11/08/2023 Nome do Arquivo: PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2177015.pdf

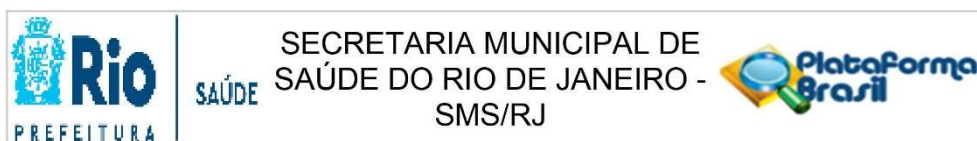
SILVA, Franciele Nascimento de Araújo. Práticas de Enfermeiras/os da ESF na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

Projeto de pesquisa apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade. As problemáticas identificadas na literatura no que tange a contrarreferência de usuários para a atenção primária, despertou o interesse em realizar um estudo que tenha como objeto as práticas de Enfermeiras da ESF na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas. O presente estudo tem como objetivo: analisar as práticas de Enfermeiras/os da ESF na continuidade do cuidado de usuários com condições crônicas.

**Desenho:**

Através desta pesquisa, tem-se o objetivo de compreender e descrever as práticas adotadas pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no cuidado de usuários com condições crônicas, visando contribuir para o aprimoramento das políticas de saúde nessa área. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, que serão construídas com

<b>Endereço:</b> Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar	<b>CEP:</b> 20.031-040
<b>Bairro:</b> Centro	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>UF:</b> RJ	<b>E-mail:</b> cepsmsrj@yahoo.com.br
<b>Telefone:</b> (21)2215-1485	



Continuação do Parecer: 6.281.797

perguntas objetivas para a caracterização sociodemográfica dos participantes, bem como questões abertas relacionadas à temática, permitindo uma ampliação da perspectiva sobre o assunto. Essas entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para uma melhor análise. Para preservar as identidades dos sujeitos da pesquisa, serão adotados números arábicos para cada voluntário participante do estudo. Dessa forma, será assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes. A análise dos dados será realizada a partir das informações obtidas nas entrevistas, utilizando técnicas de análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (2011). Essa abordagem permitirá identificar padrões, temas e categorias emergentes relacionados às práticas de enfermagem no cuidado de usuários com condições crônicas na ESF. A análise cuidadosa dos dados coletados contribuirá para uma compreensão mais aprofundada e significativa do tema em estudo.

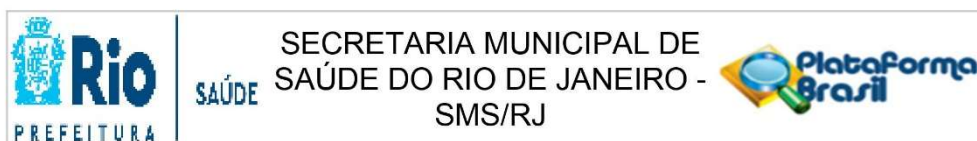
#### Hipótese:

Este estudo trabalha com a hipótese de que ainda existam lacunas a serem preenchidas acerca da continuidade do cuidado de forma a satisfazer as necessidades do usuário com vistas a integralidade. Proporcionar conhecimento adequado, de modo que promova melhoria nas ações voltadas para a alta do paciente afetando diretamente a qualidade do cuidado prestado.

#### Metodologia Proposta:

Diante da natureza deste estudo, optou-se pelos moldes da pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa, por acreditarmos serem estas a mais adequadas para o alcance dos objetivos traçados. A pesquisa descritiva tem como foco principal descrever algo de forma a caracterizá-lo, dispensando assim hipóteses, sendo necessária que a intenção do estudo seja descritiva. A descrição é conhecida como um dos primeiros passos para o avanço de novos conhecimentos e compreensão de novos fatos, sendo assim, essencial para a ciência (VOLPATO, 2015). Já a abordagem qualitativa é conhecida por responder questões mais específicas, como as qual determinado nível de realidade que impossibilite quantificar, evidenciando as ciências sociais, utilizando os mais variados significados, como motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, traduzindo um amplo universo de relações, de processos e dos fenômenos, sendo assim, inviabilizando a sua redução em operações de variáveis. (MINAYO, 2012). Por se tratar de uma pesquisa qualitativa será utilizado o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative (COREQ), que se trata de um checklist de apoio para a adequada elaboração do relatório de uma pesquisa qualitativa.

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.281.797

**Critério de Inclusão:**

profissionais enfermeiros que estiverem trabalhando no CMS Heitor Beltrão da AP 2.2 e devidamente cadastrados no CNES da unidade.

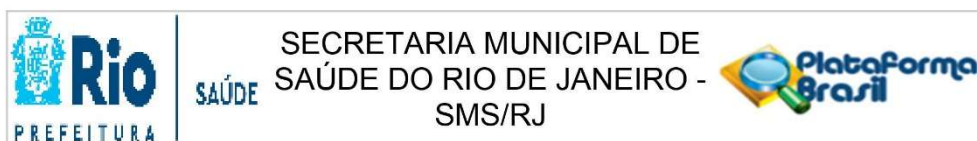
**Critério de Exclusão:**

responsáveis técnicos de enfermagem ou gerentes enfermeiros que estiverem trabalhando no CMS Heitor Beltrão da AP 2.2. e profissionais enfermeiros que estiverem de férias ou licença no momento da produção de dados.

**Metodologia de Análise de Dados:**

A análise dos dados será realizada a partir das informações obtidas nas entrevistas, utilizando técnicas de análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (2011). Essa abordagem permitirá identificar padrões, temas e categorias emergentes relacionados às práticas de enfermagem no cuidado de usuários com condições crônicas na ESF. A análise cuidadosa dos dados coletados contribuirá para uma compreensão mais aprofundada e significativa do tema em estudo. Os procedimentos analíticos envolverão a transcrição e apreciação das entrevistas na íntegra; leitura textual minuciosa, identificação e separação de blocos textuais em unidades analíticas, articuladas ao fenômeno estudado, nomeação e interpretação dos blocos textuais, com identificação de temáticas centrais do estudo. A análise de conteúdo proposta por Bardin, possibilita a sistematização e descrição dos dados coletados para além do nível do senso comum e do subjetivismo, sob uma vigilância crítica do comunicado, seja em documentos, seja em textos literários, entrevistas, dentre outros. Especificamente a modalidade temática volta-se à descrição do conteúdo das mensagens por indicador temático, com atenção às percepções manifestas acerca de objetos e seus fenômenos, busca a unidade de significação, o tema (BARDIN, 2011; MINAYO, 2012). A análise de conteúdo temática “[...] comporta um feixe de relação e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo.” (MINAYO, 2012, p. 315). O processo analítico será estruturado em 03 etapas. Pré-análise: etapa na qual se desenvolve leitura flutuante do conjunto de material, derivado das entrevistas, com o intuito de exploração o material e os elementos categoriais que estão em evidência; exploração do material ou codificação: momento no qual se busca o estabelecimento das categorias, entendidas como expressões ou palavras significativas tradutoras do conteúdo presente, que se processa a partir da classificação e a agregação dos dados; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação: na última etapa

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.281.797

ocorrem inferências e interpretações no intuito de inter-relacionar os achados das fases anteriores com o quadro teórico do estudo (BARDIN, 2011).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar as práticas de Enfermeiras da ESF voltadas aos usuários com condições crônicas

Objetivo Secundário:

Identificar as práticas de Enfermeiras na ESF voltadas para usuários com condições crônicas Discutir as potencialidades e desafios encontrados pelas Enfermeiras da ESF no cuidado aos usuários com condições crônicas

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

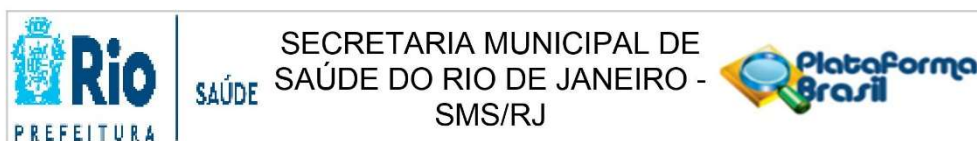
Riscos:

Os riscos relacionados à esta investigação se referem a algum desconforto ou estranhamento devido a alguma pergunta. Para minimizar estes riscos, é importante ressaltar que você poderá optar por não responder esta ou qualquer outra pergunta, ou interromper sua participação. Os benefícios de sua participação na pesquisa estão associados à ampliação do conhecimento acerca das Práticas de Enfermeiras na ESF na continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas.

Benefícios:

possíveis melhoria nas práticas de enfermagem relacionadas ao cuidado de usuários com condições crônicas, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias e intervenções direcionadas à promoção de uma assistência mais efetiva e abrangente. Adicionalmente, espera-se que o estudo contribua para a formação de profissionais de enfermagem mais qualificados e conscientes das necessidades específicas dos usuários com condições crônicas, resultando em uma melhoria geral no cuidado prestado nessa área. Esses resultados obtidos podem ter implicações importantes no aprimoramento das políticas de saúde, diretrizes e protocolos de atendimento, bem como na promoção de práticas baseadas em evidências para um cuidado integral e de qualidade aos usuários com condições crônicas. Além disso, o estudo busca influenciar diretamente a atuação dos profissionais de saúde, proporcionando um maior conhecimento sobre o tema estudado e promovendo um atendimento de qualidade e cuidado contínuo de forma holística e integral aos pacientes. Também visa identificar as potencialidades e

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.281.797

fragilidades na continuidade do cuidado na Estratégia de Saúde da Família, visando a melhoria da assistência aos usuários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa de: Franciele Nascimento de Araújo Silva

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

Orientadora: Prof.a Dra. Sonia Acioli

Pesquisa relevante.

Será realizada no Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

folha de rosto devidamente assinada pela instituição proponente; TCLE, bem elaborado; orçamento detalhado; TAI assinado pela diretora do Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão Dra Anelise da SILVA Muniz; cronograma detalhado; questionário a ser aplicado, currículos de todos envolvidos na pesquisa; declaração negativa de custos.

**Recomendações:**

Sem recomendações, todas as pendências foram atendidas.

Pesquisa aprovada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram respondidas todas as pendências solicitadas.

Currículos lattes de todos envolvidos na pesquisa, Declaração negativa de custos.

Estudo relevante que irá influenciar diretamente a atuação dos profissionais de saúde visando um maior conhecimento do tema estudado e buscando um atendimento de qualidade

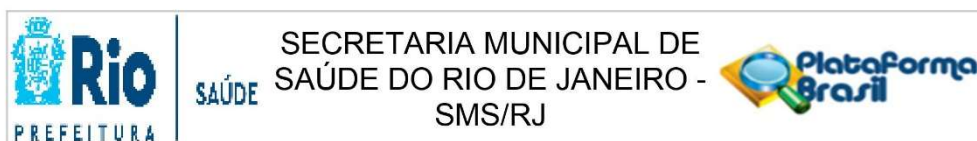
A pesquisa será realizada no Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.281.797

aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

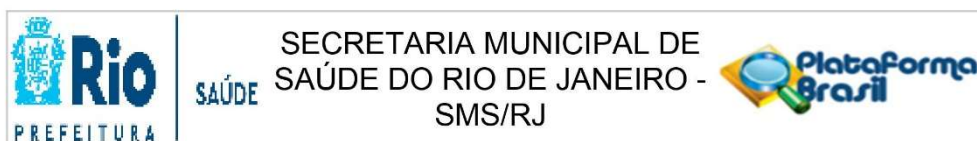
Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.281.797

de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2177015.pdf	11/08/2023 22:17:42		Aceito
Outros	prefeitura_pendencias_resolvidas.pdf	11/08/2023 22:08:40	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Outros	curriculo_franciele.pdf	11/08/2023 22:03:48	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Outros	CURRICULO_SONIA_ACIOLI_PARTE2.pdf	11/08/2023 21:56:52	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Outros	CURRICULO_SONIA_ACIOLI_PARTE1.pdf	11/08/2023 21:56:30	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAO_NEGATIVA_DE_CUSTO.pdf	11/08/2023 21:09:01	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_TCLE_ATT.pdf	27/06/2023 12:39:08	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
Outros	pendencias_resolvidas.pdf	27/06/2023 12:25:13	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATT.pdf	27/06/2023 12:24:20	FRANCIELE NASCIMENTO DE ARAUJO SILVA	Aceito

**Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante**

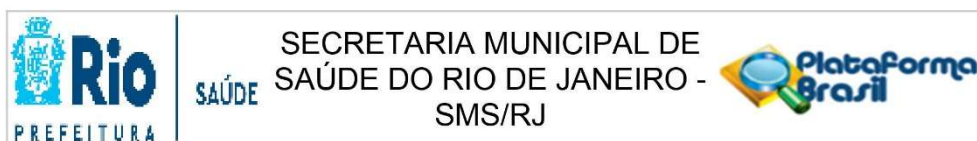
CNPJ	Nome da Instituição
29.468.055/0025-80	RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE
29.468.055/0025-80	RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.281.797

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Setembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br