



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALINE CRISTINA MARTINS SIMÕES

**DESEMPENHO DO ENFERMEIRO EM SUAS ATIVIDADES
LABORAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CUITÉ- PB
2015**

ALINE CRISTINA MARTINS SIMÕES

**DESEMPENHO DO ENFERMEIRO EM SUAS ATIVIDADES
LABORAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade.

**CUITÉ-PB
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S593d Simões, Aline Cristina Martins.

Desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na atenção primária à saúde. / Aline Cristina Martins Simões. – Cuité: CES, 2015.

101 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Luciana Dantas Farias de Andrade.

1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem. 3. Avaliação de desempenho profissional. I. Título.

CDU 616-083

ALINE CRISTINA MARTINS SIMÕES

**DESEMPENHO DO ENFERMEIRO EM SUAS ATIVIDADES
LABORAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade
Presidente – Universidade Federal de Campina Grande

Profa. Msc. Amanda Haissa Barros Henriques
Membro – Universidade Federal de Campina Grande

Profa. Msc. Alana Tamar Oliveira de Sousa
Membro – Universidade Federal de Campina Grande

04 de Março de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pelas oportunidades que me concedeu e por sempre estar comigo, me guiando e iluminando os meus caminhos, pois, sem o Senhor, não seria ninguém. Dou glórias ao meu Deus por ter chegado até aqui!

Aos meus pais, Manoel e Lucia, pelas orações, apoio constante, pelos momentos eternos de alegria e por sempre torcerem pela minha vitória, sempre tão presentes e dispostos a realizar os meus sonhos. Agradeço-os desde o momento que me ofereceram o primeiro lápis para escrever, pois aquele pequeno gesto foi primeiro passo para a realização de um sonho: ser Enfermeira.

Ao meu esposo, Leinaldo Júnior, pela partilha constante de um amor verdadeiro, sempre me motivando a nunca desistir e torcendo por novas conquistas.

Ao meu irmão Leonardo e sua esposa Alcinete, pelas vibrações positivas a cada conquista e pelos conselhos sobre nunca desistir de um sonho.

À minha sobrinha Emilly, pois o seu sorriso me deu forças para prosseguir durante essa jornada.

Às minhas amigas de coração, Mayra Calixto, por sempre estar comigo desde o ensino médio, dando-me forças para não desistir e por se fazer sempre presente em todos os momentos felizes e ruins da minha vida; e Rebeca Paiva, por ter paciência de dividir o quarto comigo, me apoiando e motivando durante os momentos difíceis desta jornada, e ao mesmo tempo, partilhando momentos de felicidade. E a Naelma Souto por sempre me acompanhar nesta jornada e por ser companheira de lanches durante estes cinco anos. Agradeço às três pelas vibrações positivas!

Aos participantes da minha pesquisa, vocês foram importantes na construção deste sonho.

À turma, por compartilhar experiências e gargalhadas durante estes cinco anos.

Aos meus professores de enfermagem do CES/Cuité, pela dedicação e compromisso, especialmente Magaly Almeida.

À minha orientadora, Prof. Dra. Luciana de Andrade, pela dedicação e compromisso durante esta jornada, compreendendo minhas limitações, mas, ao mesmo tempo, apontando trilhas alternativas.

À Banca Examinadora, pela contribuição efetiva em minha pesquisa.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que torceram pela minha vitória de forma direta ou indireta.

Obrigada!

*Ser homem é ser responsável. É sentir que
colabora na construção do mundo.*

Antoine de Saint-Exupéry- O Pequeno Príncipe

RESUMO

SIMÕES, A. C.M. **Desempenho do Enfermeiro em suas atividades laborais na Atenção Primária à Saúde**. 2015. 99f. Monografia. (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité- PB.

O enfermeiro é considerado peça fundamental da assistência ao usuário da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família e, por esta razão, desenvolve atividades laborais indispensáveis para o serviço. Este estudo tem o objetivo de conhecer o desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais prestadas na atenção primária. Trata-se de um estudo de natureza predominantemente qualitativa baseado metodologicamente no materialismo histórico e dialético. O trabalho foi realizado com enfermeiras de cinco Estratégias Saúde da Família do município de Cuité-PB e, também, com dois usuários de cada uma dessas Unidades. Os dados coletados foram analisados através da técnica de análise de discurso proposto por Fiorin. Com esta técnica de análise foi possível identificar quais são as principais dificuldades que o enfermeiro encontra na Atenção Primária à Saúde, além do mais, foi possível averiguar o que os pacientes pensam e acham da assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Os resultados da pesquisa convergem para as limitações cotidianas enfrentadas pelos profissionais de enfermagem que interferem diretamente no desempenho laboral desta categoria profissional. Dentre as limitações cotidianas destacam-se períodos alternados de falta de materiais de insumo básico. Entretanto, do ponto de vista dos usuários entrevistados o desempenho das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde está acontecendo a contento, apontando como limitações o horário de chegada das profissionais e necessidade de flexibilidade no cronograma desenvolvido semanalmente visando atendimentos para demanda espontânea envolvendo a assistência de enfermagem no planejamento familiar, pré-natal, citológico, hiperdia, puericultura, etc. Conclui-se que é de extrema magnitude que o enfermeiro da ESF tenha um bom desempenho na Atenção Primária à Saúde, uma vez que proporciona acolhimento e resolubilidade ao usuário durante o atendimento na Unidade. No entanto, além da competência técnica, a gestão dos serviços de saúde deve proporcionar os recursos materiais e logísticos necessários ao bom desempenho da enfermagem e da equipe de saúde como um todo.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Enfermagem. Avaliação de desempenho profissional.

ABSTRACT

SIMÕES, A. C. M. **Nurse's performance in their work activities in Primary Health Care.** 2015. 99f. Monograph. (Undergraduate degree in Nursing) – Federal University of Campina Grande, *campus* of Cuité.

The nurse is considered a fundamental piece of the primary user assistance in the ESF and, therefore, develops essential work activities for the service. This study aims to know the nurses' performance in their work activities provided in primary care. It is, predominantly, a qualitative study, methodologically based on dialectical and historical materialism. The study was done with nurses of five Strategies Health of the city of Cuité, and also, with two users of each of these units. The collected data were analysed through the speech analysis technique proposed by Fiorin. With this analysis technique was possible to identify what are the main difficulties that the nurse finds in Primary Health Care, moreover, it was possible to ascertain what patients think of nursing care in the Family Health Strategy. The research results converge to the daily limitations faced by nurses that directly interfere in the work performance of this professional category. Among the daily limitations, could be emphasized alternating periods of lack of basic input materials. However, from the point of view of the interviewed users the performance of nurses in primary health care is going on satisfactorily, pointing as limitations the arrival time of professional and the necessity of flexibility in the schedule developed weekly aiming consultations in order to spontaneous demand involving nursing care in family planning , prenatal , cytological , hiperdia , childcare, etc. In conclusion, it is of extreme magnitude that nurses who work in a FHS has a good performance in primary health care, since it offers to user host and resolution during treatment in the unit. Nevertheless, beyond technical competence, the management of health services should provide material and logistical resources necessary for the proper performance of nursing and the health team as a whole.

Key - Words: Primary health care. Nursing. Evaluation of work performance.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Fruto da Coitezeira	43
---------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Seleção de categorias conforme Fiorin: Entrevistas com as Enfermeiras das Estratégias	47
Quadro 2 – Seleção de categorias conforme Fiorin: Entrevistas com os Usuários das Estratégias	47

LISTA DE SIGLAS

GEPISE – Grupo de Estudos Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem
ESF – Estratégia Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
DENERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
FAZ – Fundo de Apoio do desenvolvimento Social
PPA – Plano de Pronto Ação
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
AIS – Ações Integradas a Saúde
SUDS – Sistema Unificado e descentralizado
APS – Atenção Primária à Saúde
AB – Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
UBS – Unidade Básica de Saúde
RAS – Redes de Atenção à Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
COSAC – Coordenação de Saúde da Comunidade
ONU – Organização das Nações Unidas
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
MHD – Materialismo Histórico e Dialético
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos específicos	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS)	19
3.1.1 De 1500 a 1889: Período Colonial e Imperial.....	19
3.1.2 De 1889 a 1930: República Velha	21
3.1.3 De 1930 a 1945: Era Vargas	21
3.1.4 De 1945 a 1963: Redemocratização.....	22
3.1.5 De 1964 a 1984: Regime Militar ou Autoritarismo	23
3.1.6 De 1985 a 1988: Nova República	25
3.2 Atenção Primária à Saúde.....	28
3.3 História e criação: Programa de Saúde da Família (PSF) à Estratégia Saúde da Família (ESF).....	31
3.4 A Enfermagem.....	36
3.5 Desempenhos do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde	38
4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	42
4.1 Tipo de pesquisa	43
4.2 Local da pesquisa.....	44
4.3 População e amostra	44
4.4 Instrumento para coleta de dados.....	45
4.5 Procedimento para coleta de dados.....	45
4.6 Análise dos dados	46
4.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	46
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1 Identificações do objeto de estudo.....	49
5.2 Entrevistas com as Enfermeiras das Estratégias Saúde da Família	51
5.2.1 Categoria empírica I: Competência do profissional de enfermagem na Atenção Primária à Saúde.....	51
5.2.2 Categoria empírica II: Gerenciamento das ESF.....	57
5.2.3 Categoria empírica III: Dificuldades enfrentadas na Atenção Primária à Saúde.....	58

5.3 Entrevistas com os Usuários das Estratégias de Saúde da Família.....	63
5.3.1 Categoria empírica I: Obtenção do atendimento dos usuários da assistência multiprofissional na ESF.....	63
5.3.2 Categoria empírica II: Atendimento de enfermagem ao paciente da ESF	65
5.3.3 Categoria empírica III: Realização dos exames laboratoriais do paciente da Atenção Primária à Saúde.....	66
5.3.4 Categoria empírica IV: Comunicação do enfermeiro com o usuário na Atenção Primária à Saúde.....	67
5.3.5 Categoria empírica V: Mudanças da assistência de enfermagem no ponto de vista dos usuários da ESF	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Enfermeiros.....	92
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários.....	94
APÊNDICE C- Roteiro Semiestruturado.....	96
ANEXOS.....	97
ANEXO A- Carta de Anuência.....	98
ANEXO B- Plataforma Brasil.....	99
ANEXO C- Folha de Rosto.....	101



Fonte: Google imagens, 2015.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho faz parte do GEPISE (Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem), que está sendo orientado pela Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade.

O desenvolvimento deste trabalho concebe em averiguar se a assistência de enfermagem está ou não ocorrendo de maneira adequada nas Estratégias Saúde da Família (ESF) e o que os usuários acham ou pensam dessa assistência do enfermeiro. Desta forma, poderemos verificar quais os pontos da assistência que deveriam mudar para melhorar o atendimento do enfermeiro em relação ao usuário da unidade.

Para que o enfermeiro possa conceder cuidados ao usuário, é importante que o profissional compreenda o indivíduo, na sua forma cultural, social e econômica, e assim, vai ampliando e valorizando o conhecimento da ação. Durante a assistência, o enfermeiro oferece serviço de saúde ao usuário de maneira humanizada. Além disso, é essencial que o profissional tenha um ótimo diálogo com o paciente, pois desta forma começa a desencadear uma excelente assistência.

O enfermeiro foi introduzido na Estratégia Saúde da Família depois do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de abranger as necessidades da população através da Atenção Primária à Saúde. Esta criação teve como tema principal a descentralização, pois o SUS não é considerado uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos do cidadão (BRASIL, 2000; BRASIL, 2007). Destarte, o SUS atua na organização pública da saúde nas esferas: municipal, estadual e federal, como também nos serviços particulares (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A Atenção Primária à Saúde é considerada como a porta de entrada do indivíduo na procura da assistência à saúde. O termo Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica referem-se ao mesmo significado para as diretrizes do SUS, pois se trata de ações voltadas para uma melhor assistência ao indivíduo (FRANCO, 2012; CASTRO; MACHADO, 2012).

A importância desse tipo de estudo atribui benefício para a comunidade científica com a exposição das limitações da assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde atendo-se às possibilidades de mudanças e estratégias que superem quais vulnerabilidades. Além do mais, verificar se a assistência de enfermagem está ocorrendo conforme as legislações vigentes pelo COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e SUS.

Dentre as atividades privativas do Enfermeiro estão: a consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem. A consulta de enfermagem está regulamentada pela lei nº 7.498/86 e pelo decreto 94.406/87 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, pela Resolução COFEN 159/93 que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem e também pela Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, além da lei 8080/90 e lei 8142/90 que estabelecem os princípios doutrinários e organizativos do SUS (COREN/RJ, 2012).

Como acadêmica do curso de bacharelado em enfermagem, pude vivenciar, durante as atividades teórico-práticas e estágio supervisionado, a oportunidade de conhecer aspectos laborais do enfermeiro em várias Estratégias Saúde da Família e, como também já fui usuária do serviço, observei que existe uma carência na assistência prestada ao usuário.

Dentre as equipes multiprofissionais que atuam na ESF, a enfermagem é considerada o elemento principal do cuidado na atenção primária. O enfermeiro assume a responsabilidade de oferecer cuidado coletivo ou individual aos usuários, planejamento de ações voltadas para a comunidade e também tem o papel de educador, tudo isso fornece ao profissional a autonomia no trabalho na atenção primária (XIMENES NETO; et al., 2007).

Na ESF o enfermeiro tem toda a autonomia para realizar as atividades educativas, preventivas e de promoção à saúde que são oferecidas aos usuários. Desde uma consulta até pequenos procedimentos, o profissional de enfermagem pode realizar essas ações conforme o protocolo que concebe estas práticas (CHIESA; BATISTA, 2004).

Esse estudo justifica-se face à constatação de pontos insatisfatórios da assistência prestada por enfermeiros nas Estratégias Saúde da Família. Conhecendo estes, podemos construir ações voltadas para melhorar as atividades laborais do enfermeiro na atenção primária e, assim, diminuir a insatisfação do usuário na unidade.

De acordo com esta realidade, o objeto desse estudo é observar o desempenho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, e diante disso emerge-se a seguinte questão: O desempenho do profissional de enfermagem que trabalha em ESF está de acordo com a legislação vigente?



Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Conhecer o desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais prestadas na Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos específicos :

- Observar as atividades laborais do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde durante a realização da pesquisa;
- Conhecer a opinião do enfermeiro acerca do seu desempenho laboral na Atenção Primária à Saúde;
- Conhecer a opinião do usuário acerca da assistência prestada pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

Referencial Teórico

Fonte: Google imagens, 2015.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS)

No ano de 1988, a Constituição Federal declarou o Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema de saúde oficial do Brasil. O SUS é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantida pelo poder público (BRASIL, 2000).

Para que o SUS fosse considerado o sistema de saúde brasileiro oficial, foi necessária a evolução de políticas de saúde no Brasil, sabendo que em épocas passadas, o que predominava era a economia e a política do país. Segundo Paim (2003) a política de saúde é considerada como uma ação ou emissão do Estado, enquanto resposta social diante os problemas de saúde e seus determinantes, assim como o da produção, contribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Então, o conceito de saúde foi aparecendo devido a colapsos econômicas que acontecia nos países, assim, veio surgindo a revolta sanitária. Para Campos (2007) trata-se de uma crise das políticas públicas em países capitalistas e à derrocada do comunismo.

A evolução da política de saúde tem uma relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo à visão do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo estrangeiro; a saúde pública não se constituía em prioridade dentro da política do Brasil, recebendo maior atenção apenas nos momentos de epidemias ou endemias que refletiam na área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista adotado (AGUIAR, 2011).

De acordo com Polignano (2009) a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

Em seguida será apresentada uma breve história da Política de Saúde no Brasil em subtítulos.

3.1.1 De 1500 a 1889: Período Colonial e Imperial

O Brasil neste período colonial tinha como produção econômica voltada para os ciclos de açúcar e da mineração, à base do trabalho escravo, com destino ao comércio exterior (AGUIAR, 2011). É importante destacar que o ciclo da cana de açúcar, se distinguiu pela presença de grandes propriedades escravistas, que exigiam grandes aplicações iniciais de capital, com enorme concentração de renda nas mãos dos senhores (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em relação ao ciclo da mineração, Rossi (1980) descreve como uma época que proporcionou um maior desenvolvimento comercial e urbano com grande crescimento demográfico e uma menor concentração de renda nas mãos dos senhores, a partir da emergência de estratos sociais que configuraram os primeiros contornos da sociedade de classes.

Já Bertolozzi e Greco (1996) afirmam que os senhores do café tinham acesso aos profissionais legais da medicina, que eram trazidos de Portugal. Em relação aos demais, tais como negros, brancos e indígenas, esses ficavam só com os poucos recursos da medicina popular e as sangrias, ou seja, extração de sangue, que tinha como finalidade a cura de algumas doenças (AGUIAR, 2011).

Polignano (2009) afirma que neste período a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, aqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.

A Saúde Pública no Brasil, neste momento, passou a ser calçada em intervenções engendradas na corrente de pensamento do Sanitarista, que se operacionalizava no âmbito urbano das cidades, com a comercialização e transporte de alimentos e cobertura dos portos marítimos (ROSEN, 1994).

Aguiar (2011) retrata que o quadro sanitário do Brasil colonial e imperial caracterizava-se pela existência de diversas doenças transmissíveis, trazidas inicialmente pelos colonos portugueses e, posteriormente, pelos escravos africanos e diversos outros estrangeiros que aqui chegaram para fins de comércio ou por imigração.

A autora ainda afirma que as principais doenças que atingiam a população eram: doença sexualmente transmissível, a lepra (hanseníase), a tuberculose, a febre amarela, a cólera, a malária, a varíola, a leishmaniose, além de doenças provocadas por desnutrição, acidentes por animais peçonhentos e as decorrentes de aglomerações urbanas nas cidades e das condições precária de trabalho nas lavouras.

3.1.2 De 1889 a 1930: República Velha

É uma época marcada pela política do café-com-leite, devido a grande predominância da exportação do café e da pecuária (AGUIAR, 2011).

No começo deste século, o Rio de Janeiro mostrou um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou suscitando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (POLIGNANO, 2009).

Um marco importante neste período foi a figura de Oswaldo Cruz, pesquisador e médico do Instituto Pasteur que tinha a função de diretor da Saúde Pública, o qual elegeu as campanhas sanitárias como modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas, de conotação militar (AGUIAR, 2011).

Oswaldo Cruz proporcionou que a questão sanitária passasse a ser adotada como um assunto político, como declara Iyda (1994), por exemplo, pode-se constatar a lei sobre a vacinação e revacinação contra a varíola, no ano de 1904, processo que gerou uma série de revoltas no âmago da população civil contra o sentido militar imputado à campanha.

Nesta época ainda teve o nascimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que surgiu na Previdência Social e tinha o objetivo de oferecer uma assistência médica aos trabalhadores como afirma Polignano (2009). A criação das CAPs deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado à crescente importância da questão social. A Lei Elói Chaves que regulamentou as CAPs como um modelo adstrito ao âmbito de grandes empresas e que possuíam administrações próprias para seus fundos (BERTOLLI FILHO, 2008).

As primeiras CAPs instituídas nas empresas ferroviárias e, mais tarde, estendidas aos portuários, marítimos e outras áreas, dando início ao sistema previdenciário no Brasil, como resposta das empresas e do governo às reivindicações operárias (MOURA; MOURA, 1997).

3.1.3 De 1930 a 1945: Era Vargas

A década de 1930 foi caracterizada pelo governo de Getúlio Vargas, que era conhecido nesta época como o “pai dos pobres”, como retrata Bertolli Filho (2004). Trata-se

de uma fase de forte centralização política e participação estatal nas políticas públicas, o que, aliado às políticas populistas, atribuiu ao presidente o apelido de “pai dos pobres”.

Noronha (2013, p. 1946) cita uma passagem de Donnangelo (1975) retratando o desenvolvimento da previdência social no Brasil na Era Vargas:

“Adquiriram de um lado o sentido de conquista de direitos sociais pelos assalariados [...] Da perspectiva do assalariado, a política trabalhista de Vargas, tanto a de previdência social como a trabalhista, equivaleram a uma resposta a reivindicações imediatamente referentes ao consumo de um mínimo de bens e serviços, mas, pela própria dinâmica das relações de classe, potencialmente relativas à negação do sistema”.

Nesta década, uma nova forma de organização previdenciária surge através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), desta vez organizada por categoria profissional e com uma maior participação do componente estatal (RONCALLI, 2003).

Aguiar (2011) ressalta que as medidas adotadas para melhorar a saúde da população trabalhadora, caminhavam no sentido de manter a força de trabalho em condições de produção, valendo-se da assistência médica vinculada à Previdência Social, que a partir de 1933 transformou as CAPs em IAPs. Assistência médica era prerrogativa fundamental das CAPs, por meio de uma rede própria desenvolvida para esse fim, passando a ser um aspecto secundário no período dos IAPS (MENDES, 1993).

No decorrer de 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde, que cuidava da medicina previdenciária e saúde ocupacional, coexistindo com medicina privada, hospitais beneficente e filantrópico (BRASIL, 2007). Com o surgimento desses dois ministérios, coordenou as ações de saúde pública no mesmo modelo do sanitarismo campanhista do período anterior (AGUIAR, 2011).

No que se refere ao sanitarismo campanhista, Roncolli (2003) afirma que foi uma característica marcante da ação pública governamental do início do século, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, do Serviço da Malária no Nordeste e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

3.1.4 De 1945 a 1963: Redemocratização

Bertolozzi e Greco (1996) afirmam que após o governo de Vargas, veio o governo de General Eurico Dutra (1946 a 1951) que prosperou nova intervenção nos sindicatos e partidos, além da declaração da ilegalidade do Partido Comunista Brasileiro e concomitante união dos partidos de centro.

Escorel e Teixeira (2008) alegam que Dutra lançou o Plano Salte, que refere a Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, que foi criado em 1948 e aceito em 1950, destacando a saúde como uma de suas prioridades, o que não se consolidou em prática, uma vez que a maior parte dos recursos do plano foi destinada à área de Transporte.

Depois de Dutra, segue o mandato de Getúlio Vargas, que caracterizou por um período de barganha e pressões, a assistência médica expandiu-se em todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), generalizando pouco a pouco os direitos, que se diferenciavam entre os Institutos, conforme a capacidade reivindicativa e de organização de cada categoria (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Aguiar (2011) ressalta que no ano de 1953, ocorreu a independência do Ministério da Saúde da área de educação, sendo-lhe destinado apenas um terço dos recursos reservados no antigo Ministério da Educação e Saúde.

Com o suicídio de Vargas em 1954, Juscelino Kubitschek foi eleito governador do país em 1956 a 1960. No seu governo, a saúde pública foi desenvolvendo-se perante a sociedade e IAPs estava ficando cada vez mais forte no modelo da atenção médica curativa dos seus seguradores na perspectiva de manutenção do trabalhador saudável para a produção, e para aqueles trabalhadores que tinham mais recursos e maior poder de pressão na categoria profissional, construía hospitais próprios para o atendimento de seus segurados (AGUIAR, 2011).

3.1.5 De 1964 a 1984: Regime Militar ou Autoritarismo

Roncalli (2003) explica que o regime autoritário, instaurado após o golpe militar de 1964, acarretou como consequência imediata para as políticas de saúde no Brasil, um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência.

Em relação ao campo da saúde na autocracia, Aguiar (2011) afirma que houve a implantação de modo gradual e intenso, um sistema de saúde caracterizado pelos predomínios financeiros das instituições previdenciárias e por uma burocrática técnica que priorizava a mercantilização da saúde.

O sistema de saúde durante a ditadura tinha como objetivo oferecer a saúde como direito de todos os cidadãos e uma obrigação consequente do Estado, que tinha como organização a defesa de um sistema público de saúde com integralidade e universalidade que advém no momento do regime autoritário (CARVALHO, 2013).

Em 1964, o Ministério do trabalho tomou como medida a intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, a pendura da participação dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde, por causa deste fato, em 1967, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o qual agregou todos os Institutos, reunindo recursos financeiros e expandindo a compra de serviços da rede particular (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O INPS concentrava todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (BRASIL, 2007).

No ano 1970 criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle das endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária (POLIGNANO, 2009).

Em 1974 constituiu o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que está subordinada à previdência social, adotando os principais pontos: o privilégio do modelo clínico de caráter individual, curativo e especializado em detrimento das ações coletivas e de saúde pública; a expansão do complexo médico-assistencial privado composto pelo hospital, pela indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares e pela medicina de grupo; a lógica lucrativa do setor saúde; a desigualdade de acesso e diferenciação no atendimento de acordo com o paciente, além da exclusão de parcela importante da população no atendimento à saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986; ESCOREL, 2008).

Em seguida foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ), que segundo Polignano (2009) a criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados. Não se esquecendo de que também teve a criação do Plano de Pronto Ação (PPA) que aumentava o contrato de hospitais e clínicas privadas para atendimentos de urgência de qualquer indivíduo, que seja segurado ou não (PAIM, 2003).

No ano de 1976, ocasionou-se a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que segundo Paim (2003), este programa promove uma grande expansão no âmbito ambulatorial pública e favorece a entrada de técnicos provenientes do movimento sanitário nos órgãos de Saúde do Estado e o surgimento de novas experiências na área de saúde pública.

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional realizada em Alma Ata (Cazaquistão), sobre o conceito de Atenção Primária à Saúde, este marco é considerado o ponto culminante da discussão contra a elitização da prática médica, e também contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais (BRASIL, 2007).

Para conter os custos e combater fraudes do governo, foi criado em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) (POLIGNANO, 2009). Aguiar (2011) afirma que CONASP trás como proposta a melhoria da qualidade da atenção, a ampliação de serviços para as populações urbanas e rurais, a descentralização e a hierarquização dos serviços de saúde por nível de complexidade.

De acordo com a autora citada anteriormente, em 1981 surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), na qual, os governos estaduais, que tinham ajuda financeira do Ministério da Saúde e da Previdência Social, ganhavam recursos que eram repassados para as cidades, o que permitiu a expansão da cobertura por meio da construção de Unidades Básicas de Saúde e a contratação e capacitação de recursos humanos para os serviços de Atenção Básica.

Outro ponto primordial desta época é a Reforma Sanitária que permaneceu durante a década de 1970 a 1980. Porto e Garrafa (2011) afirmam que a Reforma Sanitária enfatizou aspectos da saúde pública determinante para a qualidade de vida de indivíduos, grupos, segmentos e populações, como ambiente, condições geográficas, acesso à água e alimentação.

Para Souza (2007), o Movimento da Reforma Sanitária foi um movimento político, articulado com o movimento pela redemocratização do país e que teve como objetivo garantir a todos o acesso aos serviços de saúde não só do ponto de vista assistencial, mas também do ponto de vista da promoção e da prevenção.

Segundo Vasconcelos (2005), neste momento o Brasil logrou-se a construção de uma política de saúde ampliada, fortemente marcada pela perspectiva do surgimento do SUS.

3.1.6 De 1985 a 1988: Nova República

No ano 1986, foi realizado a VIII Conferência Nacional de Saúde que debatiam os problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública (AGUIAR, 2011). De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005), este episódio é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma

plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da saúde em toda sua história”.

Na Conferência, os participantes debatiam uma questão fundamental em relação ao novo sistema de saúde: se seria estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva (BRASIL, 2007).

Com a formulação de um decreto feito em julho de 1987, fez com que as AIS fossem transformadas em Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), que ia ser implantado por meio de convênio entre os governos federal, estadual e municipal (AGUIAR, 2011).

Depois de várias propostas em relação à saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, a Constituição Federal aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), adotando a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

O SUS é uma conquista mais consagrada que aconteceu na VIII Constituição, apresentando como princípio a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 2000). O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania (BRASIL, 2007).

Na década de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 (BRASIL, 1990). No artigo 7º determina que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O artigo 9º da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) ressalta que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos, como mostra abaixo:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

No mesmo ano, foi criada também a Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Esta instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990)

Nas palavras de Ventura et al. (2012) o SUS é considerado uma grande conquista perante a sociedade, pois concretiza, em sua organização física e estruturação, a possibilidade do exercício do direito humano à saúde. O SUS é composto por um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados como integrantes (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

3.2 Atenção Primária à Saúde

Franco (2012) explica que a APS (Atenção Primária a Saúde) é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o locus da responsabilidade continuada pelos usuários e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas no contexto histórico e o meio social do paciente.

Castro e Machado (2012) asseguram que o termo Atenção Primária à Saúde refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato. As autoras ainda afirmam que na década de 1990, o Brasil optou em utilizar o termo atenção primária como Atenção Básica (AB) em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. Esta opção ocorreu devido à associação do termo “Atenção Primária à Saúde” ao enfoque restrito então predominante nas reformas latino-americanas, que era incompatível com as diretrizes abrangentes do SUS (FAUSTO, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) alega que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, apresentando desempenho de um papel central para garantir à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade. No entanto, esta missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no País.

De acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Primária à Saúde é caracterizada por um conjunto de ações voltadas para a saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (2012) criou fundamentos e diretrizes para à Atenção Primária à Saúde, como mostra abaixo:

- Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações

setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde [...];
- Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado [...];
- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção [...];
- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social [...]

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) a Atenção Primária à Saúde é aprimorada por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, na forma de trabalho em conjunto, dirigida a populações de territórios bem delimitados, os quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente na região em que vivem a comunidade.

A Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a Atenção Primária à Saúde estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 43) as atividades que todos os profissionais das equipes da Atenção Básica vão atribuir, são:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;
- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Em relação às atribuições específicas para os profissionais de Enfermagem, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 46) destaca as principais atividades, tais como:

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

3.3 História e criação: Programa de Saúde da Família (PSF) à Estratégia Saúde da Família (ESF)

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), incentivado pelo Movimento da Reforma Sanitária, trouxe como um dos pontos centrais de suas proposições a necessidade da mudança no modelo de atenção (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). Para Rodrigues (2011), a formação do SUS tem como lema “Saúde direito de todos e dever do Estado”, formado pela Constituição brasileira de 1988.

O SUS é um processo que tem como finalidade a reorganização do sistema de saúde que iniciou com as Ações Integradas de Saúde e com o movimento denominado Reforma Sanitária, que aconteceu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual, o elenco de princípios e diretrizes para tal finalidade foi decretado na Constituição do Brasil de 1988 (CASTRO, 2001; BRASIL, 1998).

Na primeira década de implantação do SUS, Teixeira (2006) afirma que a Atenção Primária à Saúde (APS) foi indicada nacionalmente de Atenção Básica, considerada como uma abertura para alcançar a universalidade das ações no território nacional. São serviços

direcionados para responder às necessidades da população, seja de forma coletiva ou individual (FREITAS; PINTO, 2005).

Rodrigues (2011) complementa dizendo que APS representa um dos eixos recomendados e que influenciou a elaboração das Normas Operacionais, isto é, o conjunto de normas elaboradas pelo Ministério da Saúde para nortear a transferência de recursos financeiros, definir os papéis dos gestores em nível federal, estadual e municipal, assim como disciplinar a organização da gestão.

A autora supracitada ainda expõe que, em 1994 foi idealizado o Programa de Saúde da Família (PSF), que está vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), pertencente ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde. Neste mesmo período, a Organização das Nações Unidas (ONU) definia este ano como o Ano Internacional da Família, no Brasil, oficializava-se a família como vetor de cuidado profissional no setor da saúde através da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

Os princípios básicos que regem o sistema de saúde brasileiro que foram aceitos pelo PSF, são: a universalidade, a equidade e a integralidade, a descentralização político-administrativa e a participação ativa da comunidade (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

Nas palavras de Giovanella e Mendonça (2008), o PSF foi criado para reestruturar os serviços de saúde a partir do SUS, que tem como perspectiva direcionadora, a partir do qual, buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema.

O PSF é definido inicialmente como um modelo de assistência à saúde que visa ampliar ações de promoção e proteção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, aproveitando o trabalho de equipe de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de Atenção Primária à Saúde (MARTINS, 1997; BRASIL, 1994). Nas expressões de Freitas e Pinto (2005, p. 548), o PSF é visto como:

O PSF visa provocar mudanças no modelo assistencial, ou seja, na forma como os serviços de saúde estão organizados em um determinado território, com população definida, quais os “produtos” resultantes dos seus processos de trabalho e como esses “produtos” são distribuídos entre a população.

As autoras Pereira e Bourget (2010) explicam que na tentativa de reorganizar a Atenção Primária à Saúde para substituir a prática assistencial vigente, foi preciso que o Ministério da Saúde adotasse o desafio de agrupar em seus planos de ações e metas prioritárias no PSF.

Oliveira e Albuquerque (2008) ressaltam que o PSF é baseado nas experiências de países como, por exemplo, Cuba e Canadá, pelo fato de que a família é considerada o centro das intervenções de saúde, na qual, o Brasil copiou este modelo, porém outras nações adotaram esta metodologia, como os países europeus e latino-americanos. Os autores ainda complementam dizendo que o PSF é considerado como a porta de entrada nos serviços de Atenção Primária à Saúde e é reflexo de uma reforma mais ampla que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Rodrigues (2011, p. 119), os principais pontos de proposta de 1994 para formular o PSF são:

- Cada equipe básica do PSF seria responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitassem de 800 a 1000 famílias;
- As equipes são compostas por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde;
- Regime de trabalho de dedicação exclusiva e residência obrigatória na comunidade para os agentes comunitários de saúde;
- Atendimento integral a cada pessoa das famílias;
- Participação da comunidade no controle de qualidade dos serviços prestados pelo PSF;
- O PSF como a porta de entrada do sistema de saúde.

A equipe multidisciplinar que desenvolve a assistência do PSF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, com responsabilização sobre um território onde vivem ou trabalham as pessoas de uma área adjunta (FREITAS; PINTO, 2005). Cada equipe que constitui o programa é responsável, no máximo, por 4500 pessoas ou 1000 famílias (BRASIL, 1998).

Para Oliveira e Albuquerque (2008), os profissionais do PSF têm como responsabilidade a prestação dos serviços dedicados à Atenção Primária à Saúde nos municípios que, em muitos casos, é a única alternativa de assistência à população.

Os objetivos que o PSF adota, segundo a autora Rodrigues (2011, p. 120), são:

- Melhorar o estado de saúde da população, por meio de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, que inclui desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e tratamento de doenças;
- Divulgar o conceito de saúde como direito do cidadão;

- Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, em um enfoque comunitário;
- Prestar atendimento básico de saúde de forma integral, a cada membro da família, identificando as condições de risco para a saúde do indivíduo;
- Humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade;
- Organizar o acesso ao sistema da saúde;
- Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no sistema de saúde;
- Promover a supervisão e a atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento;
- Proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatório e hospitais;
- Incentivar a participação da população no controle do sistema de saúde.

Mattos (2002) ressalta que o PSF pode ser dividido em dois momentos: o primeiro momento se inicia com a sua criação e estende-se até 1996, que é marcado pela extensão de cobertura a grupos populacionais mais vulneráveis, inserido precariamente na estrutura ministerial e com o financiamento firmado por meio de convênio; e no segundo momento, é a partir de 1996, em que passa a ser considerada uma estratégia de mudança do modelo assistencial.

Em 1997, o PSF foi considerado uma estratégia possível para reorientação da Atenção Primária à Saúde e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). De acordo com os autores Kanno, Belldi e Tess (2012), a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi inserida originariamente como Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994.

Nas palavras de Costa Neto (2000), a Saúde da Família é abrangida como uma estratégia, isto porque permite a reorientação do modelo de assistência a partir da Atenção Básica, difundindo-se para os demais níveis de saúde.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p. 120), a Estratégia é considerada como:

“Reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientando para a cura de doenças e no hospital, resgatando os princípios do SUS, visando melhorar e ampliar o atendimento à população”.

A estratégia vem sendo parte da política de reorientação das redes integradas de atenção à saúde no Brasil como eixo estrutural da reorganização e qualificação da Atenção Básica (CONILL, 2008; SOUSA; HAMANN, 2009). Para Pereira e Bourget (2010) os princípios e diretrizes básicos do SUS, são: a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização, a participação social e a descentralização, são incorporados e reafirmados na ESF. Cruz e Bourget (2010) complementam afirmando que a ESF é composta por três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe.

Segundo o documento oficial que institui a Estratégia e da atual Política de Atenção Básica, o processo de trabalho da ESF é caracterizado por desenvolver ações multidisciplinares, planejamento a partir das necessidades locais, através de diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com o intuito de garantir a efetividade da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2007).

Para os autores Kanno, Belldi e Tess (2012), a ESF antevê assistência de alcance individual ou coletivo conduzidas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, com base no fundamento do conceito de ampliação de saúde, que abrange determinantes biológicos, psicológicos e socioambientais na compreensão do processo saúde-doença.

Rodrigues (2011) declara que a ESF interferem os fatores de risco aos quais as comunidades são expostas, através da assistência integral, permanente e de qualidade e da realização de atividades de educação e promoção da saúde.

Em relação à equipe a ESF, é composta por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), e quando ampliadas as equipes contam também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2004). Oliveira e Albuquerque (2008) afirmam que outros profissionais também incluem na ESF, tais como assistentes sociais e psicólogos, que poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

Os autores Campos, Cherchiglia e Aguiar (2002) explicam que a ESF presume no trabalho multiprofissional e em equipe. De acordo com Pereira, Rivera e Artmann (2013), a ESF é formada por trabalho em equipes multiprofissionais, sendo ferramentas de intervenção, pois as atuações e práticas se estruturam a partir da equipe, ao mesmo tempo em que ocorre

neste tipo de trabalho em saúde, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico.

A Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 faz com que as equipes de saúde da família recebam um processo de capacitação simultâneo ao início do trabalho, através de curso introdutório para toda a equipe, que será realizada em até três meses após sua implantação (RODRIGUES, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) articulou uma Portaria de nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 que define os conteúdos que serão abordados no curso de capacitação para a equipe de saúde com carga horária de no mínimo 40 horas e com os principais temas que são: atenção primária à saúde no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação; organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento territorial; o processo de trabalho das equipes; atuação interdisciplinar e participação populacional.

Com a criação do PSF, em 1994, iniciou a estrutura do programa de saúde de caráter direcionadora aos grupos mais expostos nos riscos de adoecer e morrer em populações pobres e com baixa articulação de rede de serviços instalada, e posteriormente adotou-se a estratégia para a Atenção Primária à Saúde do SUS (RODRIGUES, 2011).

3.4 A Enfermagem

A enfermagem trabalha com a ideia de um olhar mais integral sobre o sujeito e o contexto onde se insere. Esta visão vem de Florence Nightingale que é considerada a precursora da enfermagem moderna, que viveu no período de 1820 a 1910, reconhecidamente pioneira no que se refere ao pensamento filosófico, científico e ético para a enfermagem (CAMPONOGARA, 2012).

De acordo com Oguisso (2007, p. 66):

“O treinamento e a atividade de cuidar dos feridos e doentes já existiam antes de Florence Nightingale, porém sua forte personalidade, a visão e a habilidade prática para a organização conseguiram dar à Enfermagem os poderosos fundamentos, os princípios técnicos e educacionais e a elevada ética que impulsionaram a profissão e criaram oportunidades impensáveis anteriormente.”

Nas palavras de Florence Nightingale (1989, p. 6), para ser enfermeira, é preciso executar conforme seu próprio e elevado conceito do que é certo e o melhor para o doente,

não apenas para cumprir ordens, mas para sua própria satisfação. O grande legado de Florence Nightingale para o mundo foi sua dedicação à causa dos doentes e feridos (OGUISSO, 2007).

Segundo Paixão (1979), Florence Nightingale foi a pioneira e renovadora da abertura das escolas de Enfermagem às moças educadas e cultas, como uma profissão honrosa e capaz de torná-las felizes. A autora ainda afirma que as únicas instituições onde se dava o preparo moral à enfermeira e, às vezes, relativo preparo científico e técnico, eram as congregações religiosas e os institutos, como Kaiserswerth, onde, apesar da ausência de votos, impunham-se limitações familiares e econômicas que restringiam o campo de treinamento a um pequeno grupo.

Em relação à História da Enfermagem no Brasil, vem destacando-se através da trajetória da implantação do modelo norte-americano. Esta implantação vem ocorrendo deste do ano de 1923 com a chamada enfermagem moderna, que deixou de lado os acontecimentos anteriores que determinaram o início do ensino da enfermagem e da profissionalização dos enfermeiros (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Silveira e Paiva (2011, p. 176) citam uma passagem do texto de Nascimento (2006) declarando que:

“A enfermagem moderna ou o ensino de enfermagem sistematizado, com base nos princípios científicos do modelo de Florence Nightingale, no Século XIX, só teve início no Brasil em 1923, para atender o contingente da população brasileira acometido pelas grandes epidemias e à necessidade de mão de obra especializada para combater as doenças infectocontagiosas”.

A enfermagem brasileira iniciou-se com a reprodução do modelo norte-americano de assistência e ensino, incorporando o paradigma de compreensão do processo saúde-doença como biologista, individualista e curativista, implantado na forma de organização do trabalho o tecnicismo, que exigia a formação de pessoal para compor a equipe de saúde (SILVEIRA; PAIVA, 2011).

Mecone e Freitas (2009) ressaltam que no território brasileiro a profissionalização da enfermagem está presente deste de 1890 na cidade do Rio de Janeiro, assim, houve a criação da primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, atualmente Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Os autores ainda ressaltam que o ensino da escola era voltado aos cuidados com pacientes psiquiátricos, demandado por processos políticos de formação técnica para assistência a estes pacientes. O exercício da Enfermagem no Brasil, até então, era praticado com base na solidariedade humana (COLLIÈRE, 1989).

Em dezembro de 1908, o Brasil foi contemplado com a criação da Cruz Vermelha, na cidade do Rio de Janeiro, que teve como presidente o médico sanitarista Oswaldo Cruz (PORTO; CAMPOS; ORGUISSO, 2009; PORTO; SANTOS, 2008). Segundo os autores Porto e Amorim (2007), a Sociedade da Cruz Vermelha Brasileira, ao iniciar a formação de enfermeiras voluntárias, demarcava sua posição na formação de enfermeiras, contribuindo para dar visibilidade à mulher e à enfermeira nos aspectos concernentes ao tratamento de doentes e feridos em tempos de guerra.

Outro ponto importante que marcou a enfermagem brasileira foi em 1926 com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, abrangendo no Brasil um modelo de enfermagem que agregava às características do tradicional modelo nightingaliano, outras, desenvolvidas em seu processo de adaptação à sociedade americana, desde os tempos da guerra civil (SANTOS, et al, 2008).

Silveira e Paiva (2011) afirmam que os momentos históricos principais da enfermagem brasileira devem ser entendidos tanto através de sua especificidade quanto do seu relacionamento com as transformações gerais na infraestrutura da sociedade brasileira. Medeiros, Tipple e Munari (1999) completam a ideia das autoras citadas anteriormente, explicando que a história da enfermagem não se processa num espaço abstrato, mas sim, de forma concreta na sociedade brasileira, com seus determinantes econômicos, políticos e ideológicos.

3.5 Desempenhos do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) atuam equipes multiprofissionais que, dentre estes, destaca-se a enfermeira, que apresenta função de diversos papéis que vem assumindo na realização do cuidado, como educadora, prestadora de cuidados permanentes no território, planejadora e articuladora das ações, que lhe tem proporcionado maior autonomia no trabalho no nível primário de atenção (XIMENES NETO et al., 2007).

De acordo com Benito e Becker (2007), o enfermeiro da ESF tem as atividades de supervisionar, treinar e controlar a equipe, além de atividades consideradas de cunho gerencial. Lazzarotto (2001) ressalta que o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades.

Franco e Merhy (2003) afirmam que a saúde da família é considerada uma área privilegiada para a enfermagem e para o trabalho em equipe, na qual, cada profissional

mantém o seu espaço e núcleo de competência e responsabilidade. Deste modo, os profissionais de enfermagem vêm encontrando um amplo espaço de desenvolvimentos para as suas atividades diárias, assim, estabelecendo a maneira como será construído o trabalho e mantendo considerável autonomia nas suas práticas (CHIESA; BATISTA, 2004; MEDEIROS; OLIVEIRA; SOUZA, 2011).

Medeiros, Oliveira e Souza (2011) explicam que a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde é organizar suas ações para programas de puericultura, atendimento integral à saúde de indivíduos com doenças crônicas (hipertensão e diabetes), pré-natal, planejamento familiar e atenção no climatério.

As autoras supracitadas ainda afirmam que o enfermeiro da ESF realiza atividades de supervisão e acompanhamento dos procedimentos de enfermagem, que são: coleta de sangue capilar (glicemia), coleta de papanicolaou, administração de medicamentos, terapia de reidratação oral, oxigenoterapia por inalação, aferição de pressão arterial, curativo e esterilização de material. Além disso, utiliza rotina de enfermagem para a sala de vacina, como as relacionadas à organização, funcionamento, registro das atividades e dos arquivos e limpeza; rotina para o setor de medicação, para o preparo do material ou instrumental, para a sala de esterilização, para limpeza da unidade e desinfecção de superfícies.

Para que a enfermeira realize suas atividades com o usuário da unidade, é importante que a comunicação compartilhada entre o profissional de enfermagem e o ser cuidado deva ser subsidiada por uma relação dialógica (MORAIS, 2007). De acordo com Gomes et al. (2011), é necessário que o profissional de enfermagem estabeleça uma relação de confiança com o paciente, priorizando um diálogo em que ele possa questionar, ser ouvido e ser capaz de tomar suas próprias decisões.

Os últimos autores citados afirmam que a comunicação adequada é um importante aliado para promover o cuidar humanizado, constituindo um alicerce para a construção de uma terapêutica eficaz. Os autores Benarroz, Fallace e Barbosa (2009) complementam afirmando que, desta forma, é um importante mecanismo para assegurar os direitos do paciente, especialmente, o direito à autonomia.

Barbosa e Silva (2007) ressaltam que o enfermeiro, para que possa prestar cuidados mais próximos ao usuário, deve ser capaz de compreender a si mesmo e ao próximo ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação.

A enfermagem possui um importante papel na realização da humanização nos serviços de saúde, seja na assistência direta aos usuários, na educação em serviço com os membros da

equipe ou na gestão dos serviços de saúde, uma vez que, em geral, importante percentual desta equipe é composta por trabalhadores da enfermagem que permanecem mais tempo em contato com os usuários (BECK et al., 2009).

De acordo com Barros, Queiroz e Melo (2010), a qualificação dos profissionais de enfermagem constitui um fator de suma relevância para aplicação do cuidado humanizado, pois, se não conhecermos o que é cuidar e a importância da criação de vínculos não possibilitaremos a aplicação dessa prática. A noção de formação por competência na enfermagem sucede à noção de qualificação e explicita os conteúdos reais do trabalho, se colocando para além da formação, dos atributos pessoais, das potencialidades e dos valores (FRACOLLI E CASTRO, 2012).



Metodologia

4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Propõe-se uma pesquisa Materialista Histórica e Dialética (MHD) que foi formulada em meados do século XIX, por Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895), na tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento (TRIVIÑOS, 2009).

Nas palavras de Gil (2008, p.14):

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma. Assim, as pesquisas fundamentadas no método dialético distinguem-se bastante das pesquisas desenvolvidas segundo a ótica positivista, que enfatiza os procedimentos quantitativos.

O materialismo histórico baseia-se no método dialético e seu embasamento também foi definido por Max e Engels. O método histórico consiste em investigar os acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência com a sociedade de hoje, defendendo que as recentes formas de vida social, as instituições e os costumes têm origem do passado, e é fundamental pesquisar suas raízes, para compreender sua natureza e função (ANDRADE, 2010). De acordo com Gil (2009), para o materialismo histórico, a produção e o intercâmbio de seus produtos constituem a base de toda a ordem social.

Segundo Triviños (2009), o materialismo histórico é a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade. De modo geral a concepção materialista apresenta três características importantes: A materialidade do mundo; A matéria é anterior à consciência; e, por último, o materialismo defende que o mundo é reconhecível.

O objetivo da pesquisa estruturada sob abordagem materialista histórica e dialética é realizar um estudo aprofundado, determinando que o objeto ou fenômeno deve ser entendido a partir de aspectos que norteiam sua totalidade, ou seja, deve-se realizar uma investigação da matéria, estudando o problema exposto, desde seu princípio, detalhe por detalhe, para depois chegar aos resultados finais, considerando que o sujeito poderá passar por transformações no decorrer dos tempos.

Trata-se de uma abordagem que se adequa a esse estudo, uma vez que, para se investigar sobre o desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na Atenção Primária à Saúde, deve ser realizado um levantamento detalhado dos aspectos aparentes e abstratos acerca da visão dos usuários sobre a temática.

4.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa foi do tipo descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão ampla e generalizada sobre determinado assunto, e sua principal finalidade é “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 2008, p.27).

Prodanov e Freitas (2013) afirmam que a pesquisa exploratória possui planejamento flexível, o que permite o estudo do tema sob diversos ângulos e aspectos. Em geral, envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão.

No que concerne às pesquisas descritivas, Gil (2008) refere que as mesmas têm como principal objetivo, circunscrever as características de um determinado grupo, visando descobrir a existência de relações entre variáveis podendo, ainda, determinar a natureza dessa relação.

Para os autores Cervo, Bervian e Silva (2007), o estudo descritivo observa, registra, avalia e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura descobrir, com muita precisão, a frequência com que determinado fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, bem como sua natureza e características.

Os autores citados anteriormente referem que a pesquisa descritiva, assim como a exploratória, favorece, na pesquisa mais ampla e completa, as tarefas da formulação clara do problema e da hipótese como tentativa de solução. Ambas são realizadas com frequência por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

A abordagem qualitativa trata-se de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Os referidos autores descrevem que, no enfoque qualitativo, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Nesse caso, as questões são estudadas no ambiente em que elas se apresentam sem qualquer manipulação intencional do pesquisador.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em cinco Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família localizadas no município de Cuité.

A cidade de Cuité fica localizada no estado da Paraíba, situada na microrregião do Curimataú, e foi fundada em 1768, pelo coronel de milícias Caetano Dantas Correia. O nome Cuité vem do uso que os índios Cuités, da grande tribo dos Cariris, faziam do fruto da coitezeira, utilizando para fabricação de cuias, gamelas e cochos. No dialeto indígena, *Cui* quer dizer vasilha e *eté* grande, real, ilustre (SANTOS, 2010).

A imagem abaixo mostra a ilustração de uma fruta da coitezeira (Figura 1).



Figura 1 – Fruto da Coitezeira

Fonte: Google imagens, 2015.

Com uma área territorial de 741, 840 km², o município tem como principal atividade econômica a agropecuária. De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, sua população era estimada em 19.950 habitantes, sendo 13.132 pessoas da zona urbana e 6.488 da zona rural, dando um total de 9.818 pessoas do sexo masculino e 10.132 pessoas do sexo feminino (IBGE, 2010).

4.3 População e amostra

Foram entrevistados cinco enfermeiros da ESF da cidade de Cuité, e foram estipulados que dois usuários iriam ser entrevistados em cada Unidade, com a soma total de dez usuários entrevistados, que contemplaram os critérios de inclusão da pesquisa.

Os enfermeiros enquadrados na pesquisa responderam ao critério de inclusão de aceitação para participar do estudo conforme Resolução N° 466/12; e quanto ao usuário da ESF, precisa apresentar idade igual ou superior a 18 anos, afirmar que conhece a unidade há mais de um ano e se disponibilizar voluntariamente a participar da pesquisa em respeito aos preceitos éticos.

4.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento de coleta de material empírico foi construído para à realização das entrevistas gravadas com auxílio de um roteiro semiestruturado (Apêndice C). De acordo com Freire (2011) as entrevistas que utilizam roteiros semiestruturados possibilitam que o informante fale livremente sobre o tema proposto.

4.5 Procedimento para coleta de dados

Após a aprovação dos trâmites do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, foi iniciado a coleta dos dados. Inicialmente foi preciso dirigir-se à Secretaria de Saúde do município de Cuité a fim de conseguir liberação para efetivação da pesquisa, através da carta de Anuência (Anexo A) e, após a autorização, informou-se o período de início das entrevistas com os enfermeiros (as) e os usuários das Estratégias Saúde da Família.

Uns dos métodos que foi utilizado na coleta de dados foi a observação que se revela como um recurso satisfatório de contato com o real, tendo grande valor no meio acadêmico-científico, principalmente quando se trata de aplicação de pesquisas qualitativas na área da saúde. Quando ocorrer a observação dos participantes, o pesquisador irá analisar a realidade social que o rodeia, tentando captar os conflitos e tensões existentes e identificar grupos sociais que têm em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias (QUEIROZ, 2007).

O diário de campo também foi utilizado para registrar as observações ocorridas durante as entrevistas. Minayo (2010) afirma que neste recurso, o pesquisador deve anotar todas as informações que não sejam contempladas nos registros das entrevistas formais. Dito

de outra forma, envolvem observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

De acordo com Oliveira e Filha (2011), o diário de campo é considerado um caderno que registra todas as informações de interesse do pesquisador sobre o pesquisado, com o intuito de ter o aprofundamento do conhecimento acerca do objeto de estudo.

As entrevistas gravadas foram realizadas individualmente e em local que garantia a privacidade dos entrevistados. Logo após a realização de cada entrevista foi realizada a transcrição na íntegra do material empírico construído a fim de ser analisado. Vale ressaltar que foi garantido ao entrevistado o seu direito ao anonimato e de desistência em qualquer momento da pesquisa, conforme preconiza a Resolução N°. 466/2012, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

4.6 Análise dos dados

A análise dos dados coletados foi realizada através da técnica de análise de discurso proposta por Fiorin (2005), pois se trata de uma técnica indicada para pesquisas qualitativas. A partir das entrevistas com os enfermeiros e usuários das unidades, foi possível a formação dos textos. O princípio básico dessa análise de discurso é, diante de um texto onde tudo parece mais ou menos disperso, saber reconhecer o nível mais abstrato (temático) que lhe dá coerência (CARLOS; et al, 2009; ARAÚJO; SILVA; SILVA, 2008).

A partir dos depoimentos dos participantes, foi feita a depreensão dos temas principais que foram agrupados em blocos de significação que originaram as categorias empíricas, sendo analisadas em articulação com a literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal da Paraíba (Anexo B), que foi cadastrado na Plataforma Brasil para gerar a folha de rosto (Anexo C). A pesquisa está de acordo com as exigências estabelecidas pela Resolução N°. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos.

As informações sobre a pesquisa (identificação da pesquisadora, objetivo da pesquisa, metodologia) foram apresentadas aos participantes, e feito isso os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A/ Apêndice B), garantindo a

voluntariedade da participação na pesquisa, podendo desistir, antes, durante ou depois da finalização do processo de coleta do material empírico, sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro.

Os pesquisadores da pesquisa assinaram um termo de compromisso, garantindo os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estudo.

Discussão dos Resultados



Fonte: Google imagens, 2015.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Identificações do objeto de estudo

A pesquisa foi realizada com três (3) enfermeiras da Atenção Primária à Saúde da zona urbana e duas (2) enfermeiras da zona rural. Uma das enfermeiras da zona urbana foi excluída da coleta de dados por não concordar com a metodologia utilizada pela pesquisa inviabilizando a realização da entrevista, uma vez que respondeu aos anseios da questão norteadora por meio de questionário e não entrevista gravada. Na unidade de cada enfermeira, foram entrevistados dois (2) usuários, totalizando dez (10) usuários entrevistados.

Abaixo, segue os quadros que caracterizam as categorias selecionadas de acordo com a técnica de análise de discurso proposta por Fiorin (2005).

CATEGORIA EMPÍRICA	CATEGORIA ANALÍTICA
Competência do profissional de enfermagem na Atenção Primária à Saúde	Limites e potencialidades do desempenho do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família
Dificuldades enfrentadas no gerenciamento das Estratégias Saúde da Família	
Dificuldades enfrentadas na assistência ao usuário da Estratégia Saúde da Família	

Quadro 1 – Seleção de categorias conforme Fiorin: Entrevistas com as Enfermeiras das Estratégias
Fonte: Dados de Pesquisa, 2015.

CATEGORIA EMPÍRICA	CATEGORIA ANALÍTICA
Obtenção do atendimento dos usuários da assistência multiprofissional na ESF	Visão do usuário acerca do atendimento que recebe na Estratégia Saúde da Família
Atendimento de enfermagem ao paciente da ESF	
Realização dos exames laboratoriais do paciente da Atenção Primária à Saúde	
Comunicação do enfermeiro com o usuário na Atenção Primária à Saúde	
Mudanças da assistência de enfermagem no ponto de vista dos usuários da ESF	

Quadro 2 – Seleção de categorias conforme Fiorin: Entrevistas com os Usuários das Estratégias
Fonte: Dados de Pesquisa, 2015.

Atendendo a finalidade de alcançar os objetivos do trabalho, está sendo considerada a reflexão da categoria analítica, que formou três categorias empíricas das enfermeiras e cinco categorias empíricas dos usuários, que foram provenientes da transcrição e interpretação das falas dos entrevistados.

Em relação às entrevistas realizadas com as enfermeiras das Unidades, a primeira categoria empírica, ‘Competência do profissional de enfermagem na Atenção Primária’ à Saúde se subdivide em cinco subcategorias empíricas: realização das atividades laborais; atendimento ao paciente na unidade; solicitações de exames laboratoriais na Atenção Primária à Saúde; limitações da educação permanente aos enfermeiros; feedback dos pacientes em relação à assistência de enfermagem na unidade.

A segunda categoria empírica, ‘Dificuldades enfrentadas no gerenciamento das Estratégias Saúde da Família’, formou uma subcategoria empírica: coordenação da gestão municipal das ESF.

Nesta terceira categoria empírica, as enfermeiras relataram as grandes dificuldades achadas antes e após o atendimento aos usuários das unidades, está se referindo na categoria: ‘Dificuldades enfrentadas na assistência ao usuário da Estratégia Saúde da Família’, que apresenta cinco subcategorias: falta de materiais na Atenção Primária à Saúde; esterilização de materiais contaminados na ESF; sobrecarga de trabalho na Atenção Primária à Saúde; capacitação dos profissionais de enfermagem na ESF; superação das dificuldades encontradas na ESF.

As categorias empíricas referente às entrevistas com os usuários das Unidades foram classificadas como:

- Primeira categoria empírica: Obtenção do atendimento dos usuários da assistência multiprofissional na ESF;
- Segunda categoria empírica: Atendimento de enfermagem ao paciente da ESF;
- Terceira categoria empírica: Realização dos exames laboratoriais do paciente da Atenção Primária à Saúde;
- Quarta categoria empírica: Comunicação do enfermeiro com o usuário na Atenção Primária à Saúde;
- Quinta categoria empírica: Mudanças da assistência de enfermagem no ponto de vista dos usuários da ESF.

5.2 Entrevistas com as enfermeiras das Estratégias Saúde da Família

5.2.1 Categoria empírica I: Competência do profissional de enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Durante as entrevistas das enfermeiras, foi questionado se as profissionais conseguiam realizar as atividades de competência do enfermeiro no contexto da Atenção Primária à Saúde. Foi possível observar que esta temática está associada à realização das atividades laborais na unidade, como mostram os depoimentos abaixo:

Sim. **(Enfermeira- 01)**

Grande parte sim. **(Enfermeira- 02)**

Sim, consigo. Todos os dias estou aqui de segunda a sexta [...] todos os dias [...] a demanda espontânea [...] a parte agendada também [...] todos os atendimentos eu realizo. **(Enfermeira- 03)**

Eu consigo, mas às vezes eu tenho dificuldade, certo [...] principalmente em relação da questão de material [...] mas dar [...] eu consigo sim [...] mas com muita dificuldade. **(Enfermeira- 04)**

De acordo com os depoimentos, é possível observar que as enfermeiras conseguem realizar o desenvolvimento de suas ações na unidade, no entanto, existe um obstáculo durante o atendimento que dificulta a sua atuação na estratégia, como mostra um dos depoimentos que está voltado para a falta de material na consulta com o usuário.

Na visão dos autores, Soares, Biagolini e Bertolozzi (2013), as competências específicas que estão ligadas diretamente aos enfermeiros das equipes da ESF, estão explicitadas na portaria nº 1625 de 2007 (BRASIL, 2007), como mostra abaixo:

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.

Para Brondani Junior et al (2011), as atividades do enfermeiro devem estar voltadas para a população assistida, por isto, deve-se atuar em equipe junto com a comunidade, considerando o contexto e as necessidades locais, para que as soluções sejam as mais adequadas.

Ao longo da entrevista, as enfermeiras mostravam firmeza no acontecimento de suas atividades laborais, expressavam autonomia nas suas consultas com os pacientes. Durand e Heidemann (2013) afirmam que a autonomia pode ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, sendo fundamental, logo, não é e nem pode ser absoluta. Os autores continuam dizendo que se deve construir em um sucessivo processo de produção, em uma rede de dependências maleáveis e que necessariamente se vê reduzida no adoecimento.

A partir desses depoimentos, foi possível entender que na construção das atividades laborais do enfermeiro da ESF, o profissional enfrenta dificuldades na assistência, porém, esta situação vem sendo contornada para que venha a acontecer o atendimento ao paciente, e consequentemente, levar à comunidade estratégias de prevenção e promoção à saúde.

Outro ponto a ser discutido é sobre o atendimento ao paciente na unidade, foi citada por uma enfermeira como sendo de extrema importância que haja uma assistência adequada, abrangendo todas as necessidades dos usuários da unidade.

[...] também não limito a quantidade de paciente de ser atendido por dia, não faço isso [...] eu atendo até [...] porque como a gente não tem almoço [...] nós fazemos o horário corrido [...] então atendo até o horário corrido muitas vezes a gente ultrapassa [...] porque por ser horário corrido então a gente tem que atender todos [...] eu penso desta forma [...] atender todas as pessoas, não limite [...] eu vou atender dez pessoas pela manhã, eu não faço isso [...] então, para mim isso é uma forma de não mandar ninguém para casa, de uma forma assim [...] de não ficar insatisfeito, certo? [...] tento fazer uma consulta bem feita, uma boa avaliação física, certo? [...] é [...] se o paciente está com queixa, então deve tentar avaliar o paciente em tudo [...] porque às vezes chega uma mãe com uma criança [...] uma senhora fala para mim que está tomando medicamento para hipertensão, porém a pressão dela não está sob controle, então tenho que investigar como está a alimentação, se ela está passando por algum estresse em casa, se a alimentação dela não está correta e o que ela não está conseguindo aderir [...] eu encaminho para um nutricionista do NASF [...] então são estas coisas [...] são muitas coisas na verdade do dia-a-dia [...] mas eu tento melhorar a demanda do serviço.
(Enfermeira- 04)

Nas Estratégias Saúde da Família, a consulta de enfermagem está ainda centralizada no indivíduo, por este motivo, a família é vista na Atenção Primária à Saúde como objeto da ação prática, pois está relacionada ao ambiente físico (moradia) e com foco em auxiliar o indivíduo (membro da família) que requer o cuidado de saúde (CUBAS, 2011; CEZAR-Vaz, et al, 2010).

Para o entendimento de alguns enfermeiros, o cuidado é reconhecido como sinônimo de acolhimento, associado a uma escuta qualificada que permite identificar as necessidades,

riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado para as suas necessidades (MACIEL E LAGO, 2011).

Merhy (2007) ressalta que o acolhimento é uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço como um todo têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, contradizendo a relação fria, impessoal e distante que predomina no trato cotidiano dos serviços de saúde.

O profissional de enfermagem deve sempre realizar ações que estejam voltadas para o contexto da vida do paciente. Para a Lei do Exercício Profissional, as funções do enfermeiro devem priorizar o cuidado terapêutico ao paciente, que podem ser tanto gerenciais como assistenciais (BRONDANI JUNIOR, et al, 2011).

Essa enfermeira não estimula o número de quantidade de atendimento aos usuários, uma vez que a sua equipe trabalha com horário corrido e é por este motivo que a profissional não possui um cronograma padronizado de atendimento. Ela procura atender todas as necessidades dos pacientes, e caso eles precisem de outro serviço especial, a enfermeira encaminha o usuário a esta instituição.

Diferente da Enfermeira- 04, as participantes mostraram que seguem um horário que elas mesmas construíram, estipulando o número de usuários no atendimento, pois só assim conseguem oferecer uma assistência adequada ao usuário.

Em relação às solicitações de exames laboratoriais na Atenção Primária à Saúde, os comentários das enfermeiras mostram que existem dificuldades na entrega dos resultados, porque o início do tratamento do usuário muitas vezes depende da confirmação do diagnóstico. Os relatos abaixo mostram o que as enfermeiras acham dos exames laborais na unidade.

Bom, assim [...] o pouco tempo de serviço que estou aqui ainda não encontrei grandes dificuldades, salvo a questão do retorno dos resultados dos exames [...] **(Enfermeira- 02)**

[...] dos exames, ter uma resposta mais rápida desses exames solicitados, os exames feitos na própria unidade [...] isso favorece bem mais o trabalho [...] **(Enfermeira- 03)**

Bom, as atividades que eu realizo [...] a dificuldade que encontro é em relação aos exames [...] a parte externa na verdade que a unidade precisa [...] dos exames, é [...] porque demora muito o retorno, os resultados dos exames é uma dificuldade que sinto [...] porque peço, mas demora muito para receber o resultado [...] **(Enfermeira- 04)**

A Resolução COREN-159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem, determina a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à

saúde, seja de instituição pública ou privada, que regulamenta as atividades do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames.

De acordo com Resende, Viana e Vidigal (2011), a solicitação dos exames laboratoriais está entre os principais métodos e a mais utilizada nos recursos de apoio ao diagnóstico da prática clínica, o que traz repercussões importantes no cuidado ao paciente e custos ao sistema de saúde.

Durante as entrevistas com as enfermeiras, foi possível observar a insatisfação das profissionais em virtude da demora dos exames laboratoriais da unidade, porque a demora é tão intensa que é preciso repetir o exame. Por exemplo, presenciou-se em uma unidade de saúde, uma senhora que fez o exame preventivo, no entanto, o resultado demorou mais de sete meses para chegar, neste caso a conduta da enfermeira foi marcar outro dia para realizar o exame, porque o primeiro estava invalidado. Desta forma, a assistência do enfermeiro fica incompleta e insatisfatória no atendimento ao usuário.

Outra questão envolve as limitações da educação permanente aos enfermeiros. Os depoimentos das profissionais mostram que os serviços não oferecem a educação permanente aos profissionais, desta forma, as expressões das enfermeiras são de insatisfação da unidade, porque elas sentem a necessidade de se qualificarem para que possam oferecer um bom atendimento aos usuários da unidade.

[...] é a questão da educação permanente também que não tem no serviço e já estou aqui há um ano e sete meses e assim [...] **(Enfermeira- 01)**

Acho que o programa de educação permanente deixa muito a desejar aqui [...] pelo menos na minha realidade [...] **(Enfermeira- 02)**

Na atuação de um profissional de enfermagem, a educação permanente é considerada como sendo o requisito de cumprir o exercício profissional. A resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, mostra como é importante que os profissionais de saúde tenham educação permanente nos seus serviços.

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Para a portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

De acordo com a visão de Jesus et al (2011), as transformações que acontecem no mundo do trabalho, a educação permanente deve ser apreciada como uma estratégia de qualificação dos trabalhadores de saúde, assim, vai conduzindo para a mudança de concepção e das práticas de capacitação dos profissionais, deixando-os qualificados na atuação do atendimento.

Nesta perspectiva, a ESF deve oferecer a educação permanente a todos os profissionais de saúde, porque contribui para uma melhor assistência oferecida ao paciente. E, conseqüentemente, os usuários vão procurando cada vez mais os serviços da estratégia de saúde para a prevenção e promoção de doenças.

O feedback dos pacientes em relação à assistência de enfermagem na unidade é um ponto bastante discutido nos depoimentos das enfermeiras, como elucidados abaixo:

Sim, sim. Eles [...] geralmente os pacientes aqui aderem [...] ao tratamento, às orientações, existem um ou outro que tem essa dificuldade. **(Enfermeira- 01)**

Alguns sim. Sempre tem uns que são mais difíceis [...] ter esse feedback, mas uma grande parte, sim tem [...] a gente tem o retorno bom, mas sempre tem um na área [...] a gente sabe quem são [...] o pessoal quer, mas tem mais [...] dificuldade de acesso de ter uma resposta boa, um tratamento, acompanhamento, tem alguns que nem [...] nem chegam a vir [...] se negam [...] sempre tem, mas a grande parte tem um feedback bom. Os que não têm são no caso da falta de algum exame que a gente pede [...] que dificulta o tratamento. **(Enfermeira- 02)**

Já vivenciei muitos casos, assim [...] muitos não, mas um ou outro caso que tinha uma ferida, por exemplo, ele não queria [...] se submeter ao tratamento da unidade [...] da equipe [...] queria [...] tratar sozinho a ferida porque achava que os nossos produtos não estavam surtindo efeito [...] mas a gente [...] depois de muito tempo, o convenceu [...] e ele atendeu o nosso pedido [...] mas depois de um tempo ele abandonou novamente [...] é difícil. **(Enfermeira- 03)**

Olhe [...] sinceramente [...] em relação ao meu trabalho eu não vejo [...] eu vou ser bem sincera, já estou há seis anos na unidade e [...] a gente sabe que nem Jesus agradou todo mundo [...] mas eu vejo que os usuários gostam bastante do meu trabalho [...] que eu faço o possível, apesar dos poucos recursos para desempenhar minhas atividades na unidade [...] talvez a comunidade em relação ao meu trabalho estejam satisfeitos [...] sinceramente eu não vejo reclamações [...]. **(Enfermeira- 04)**

Bom, eu estou a pouco tempo no serviço, mas já escutei alguns comentários que eles estão gostando [...] do meu trabalho, graças a Deus [...] está indo bem [...] já ouvi comentários em relação aos [...] exames de citológico, à puericultura, e por ai vai [...] eu já realizei várias palestras que as pessoas gostaram muito, já comentaram, graças a Deus até agora [...] não tive

dificuldade [...] de aceitação da comunidade, apesar de ser nova no serviço [...] de ter uma enfermeira que estava há 9 anos na comunidade. **(Enfermeira- 02)**

Mas é [...] às vezes quando não se tem material para fazer aquele procedimento, às vezes os pacientes porque [...] na minha unidade, ela abrange a minha unidade sede e mais duas unidades âncoras [...] então a minha área da zona rural é mais extensa [...] então imagine um paciente que vem de um sítio bem distante que às vezes nem tem carro ou moto, vem andando a pé, e chega aqui e não tem material para fazer o curativo, não tem uma seringa para fazer uma vacina [...] e então [...] eles saem chateados, apesar de tentar explicar que não é culpa minha [...] eu estou aqui para realizar minha atividade, mas eu não tenho material para trabalhar [...] as vezes o paciente sai chateado com este tipo de situação [...] tipo [...] esta semana um paciente amputou a perna, paciente diabético que chegou de João Pessoa, veio para a unidade e precisava fazer curativo e nem soro fisiológico tinha [...] e, assim [...] a esposa dele saiu chateada [...] eu pedi para denunciar para a secretaria e se não resolvesse pedi que fosse até a promotoria [...] e eu não tiro a razão deles, sabe? [...] mas em relação ao meu trabalho, que eu desempenho na minha unidade não tenho reclamações [...] modéstia à parte! **(Enfermeira- 04)**

Os relatos das enfermeiras apontam que a maioria dos feedbacks dos pacientes na unidade são positivos, ou seja, estão gostando do atendimento da enfermeira no serviço. No entanto, os usuários que apresentam feedback negativo são aqueles que precisam de algum exame e não encontra na ESF ou mesmo demora para chegar o resultado, não aceita a assistência da enfermeira pelo motivo de achar que os materiais não são bons o bastante para tratar e pela falta de material na unidade. Em relação à falta de material, é considerado um grande problema para o atendimento aos usuários nas ESF, como foi descrito pelas enfermeiras.

A palavra “retroalimentação” tem o mesmo significado que feedback em português que equivale a qualquer processo por intermédio do qual uma ação é controlada pelo conhecimento do efeito de suas respostas (HOUAISS, 2009). No ponto de vista de Encarta (2015) a palavra feedback são comentários em forma de opinião sobre as reações de algo, com o objetivo de prover informações úteis para futuras decisões e melhorias.

No artigo escrito pelos autores Bogossian et al. (2011) a satisfação do usuário no serviço prestado pelo sistema de saúde é considerado como sendo o indicador de qualidade, além do mais, é um poderoso instrumento para aumentar a adesão e reduzir o abandono do usuário na unidade.

Os autores supracitados complementam a ideia de que os usuários da Atenção Primária à Saúde, que possuem mais satisfação com a assistência adquirida, possui maior

tendência a aceitarem o tratamento e acompanhamento e, conseqüentemente, diminuir as taxas de abandono e mudanças no acompanhamento.

5.2.2 Categoria empírica II: Dificuldades enfrentadas no gerenciamento das Estratégias Saúde da Família

Com relação à categoria exposta, foi possível perceber nos depoimentos das enfermeiras que existe um grau de dificuldade neste ponto, isto acontece pelo fato de que nas ESF não tem o apoio suficiente da gestão municipal para a realização de atividades educativas na unidade. Esta temática está ligada à coordenação da gestão municipal das ESF.

As dificuldades são mais de ordem de gestão. Às vezes a gestão não valoriza tanto o nosso trabalho assim [...] com relação ao apoio, às vezes a gente quer desenvolver uma ação maior [...] que precisa de recursos físicos, entendeu? [...] muitas vezes a gestão não estimula isso [...] não nos dá essa estrutura. [...] mas eu acredito que seja mais isso. **(Enfermeira- 01)**

As dificuldades [...] bom no momento é só a questão financeira que está prejudicando [...] que a gestão [...] que está dificultando [...] porque no caso faz o trabalho não ficar tão satisfatório então [...] a gente não fica tão animado em realizar o trabalho, vamos dizer assim [...] **(Enfermeira- 02)**

Bem, eu acho que [...] partiria uma grande parte da gestão [...] assim de ter uma [...] maior atenção aos profissionais, uma melhor valorização [...] tanto é [...] financeiramente como [...] assim motivação, enfim [...] ter uma gestão melhor em relação a isso [...] **(Enfermeira- 03)**

Olhe [...] em relação às dificuldades que eu enfrento [...] porque assim [...] não depende de mim, depende da gestão, entendeu? [...] algumas coisas não dependem de mim [...] eu não tenho condições [...] tipo, quando a gente marca um evento e que divulga para a comunidade e tudo, eu não tenho coragem de oferecer nada para a comunidade porque, querendo ou não, tem alguns que vêm pelo lanche, outros vêm para escutar a palestra [...] então eu termino retirando do meu bolso, mas no dia-a-dia eu não tenho condições de comprar espelhos para fazer citológico, eu não tenho condições de comprar luvas, sabe? **(Enfermeira- 04)**

De acordo com os relatos, podemos observar que uma das maiores dificuldades das enfermeiras é sobre a falta de apoio da gestão municipal na ESF. A gestão municipal não está apoiando as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na Atenção Primária à Saúde. Na fala de uma enfermeira, foi possível visualizar que a gestão não oferece recursos financeiros para a realização das ações na unidade. É neste momento que a equipe une-se para comprar os materiais para realizar a atividade na unidade. Outro ponto discutido é a falta de atenção e motivação da gestão municipal em relação aos profissionais de saúde.

De acordo com a portaria nº 423, de 24 de junho de 2002, o gestor municipal tem a função de controlar, regulamentar e avaliar a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos e privados que estão presentes em seu território, assim, garantindo o atendimento de qualidade à população.

A gestão municipal é responsável pela organização e execução das ações da Atenção Básica, que compreende atividades de saúde, seja individual ou coletiva, abrangendo a promoção e proteção da saúde, a promoção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

Para Scaratti e Calvo (2012) a qualidade da gestão municipal pode ser entendida como habilidade do gestor de tomar medidas que diminuam o risco de doenças e de outros agravos e que torne universal e igualitário o acesso de cada munícipe às ações e serviços necessários para a promoção, prevenção e recuperação da sua saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p.37), para realizar as ações voltadas para Atenção Básica nos municípios é preciso de:

- Garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e
- Garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sociais, epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização das ESF.

Leite, Lima e Vasconcelos (2012) declaram que quando se refere à gestão, as secretarias municipais de saúde, apresentam-se como simples prestadoras de serviços, apesar de estarem amparadas pelos instrumentos de planejamento, na maioria das vezes. Em relação aos instrumentos de planejamento, são considerados insuficientes, pelo fato de que quando existem, apontam basicamente os objetivos e metas, focados nas exigências normativas, e não retratam a realidade local.

5.2.3 Categoria empírica III: Dificuldades enfrentadas na assistência ao usuário da Estratégia Saúde da Família

Ao abordar as enfermeiras acerca desta temática, foi possível visualizar que a falta de materiais na Atenção Primária à Saúde é um assunto que prejudica o atendimento dos usuários na ESF, e por causa deste fato, ocorre à insatisfação tanto do usuário como também dos profissionais de saúde.

[...] mas a falta de material para desenvolver minhas atividades é [...] mais atividades educativas, sabe? Às vezes a gente quer fazer um grupo [...] e nesse grupo a gente quer [...] trazer algumas coisas novas [...] e a gente não consegue [...] mas essas atividades acontecem independentes [...] é mais enriquecimento da gestão municipal [...] licitar material, assim, para fazer citológico, essas coisas [...] só faltou uma vez, mas agora não falta. Eu tenho material para fazer pré-natal, eu tenho material para fazer citológico [...] teve um momento que eu passei por isso de faltar material [...] então isso dificulta bastante o nosso trabalho [...] porque as mulheres [...] digamos no citológico [...] as mulheres que já estavam marcadas, já é uma dificuldade elas fazerem o citológico [...] então assim [...] **(Enfermeira- 01)**

[...] devido à falta de material ou alguma falta de [...] algum material [...] de insumo básico, mas de [...] atualmente pelo menos a gente tá com [...] só uma parte desse problema [...] mas, assim [...] a maioria dos atendimentos da atenção primária a gente consegue suprir. **(Enfermeira- 02)**

São muitas [...] primeiramente em relação ao citológico [...] material a gente já passou quatro meses sem vir material de citológico para a gente fazer na unidade [...] e, então, como você cobra meta? [...] como é que temos meta para bater e a gente não tem material para fazer? [...] então espéculo, luva, às vezes faltam [...] estou com dois curativos [...] e estava sem soro fisiológico [...] sem atadura [...] quando vai desenvolver alguma atividade na unidade que ele exige tipo [...] outubro rosa, novembro azul [...] pedem para a gente fazer uma relação de materiais, a gente divulga para a comunidade e na hora [...] um dia antes [...] quando vamos ver na lista que pedimos não tem cinco por cento que pedimos [...] a gente acaba tirando do nosso bolso todas as vezes para realizar os eventos [...] então são estas dificuldades que eu encontro [...] assim, eu sempre faço é ficar solicitando grande quantidade de material para a secretaria, tentando fazer um grande estoque quando chega [...] para não faltar, certo? [...] **(Enfermeira- 04)**

Percebemos que a maioria das enfermeiras relatou que faltam materiais nas atividades realizadas na unidade. Os depoimentos acima retratam que os materiais de insumo básicos como espéculo, atadura, soro fisiológico e luvas de procedimento estão ausentes na ESF, e por esse motivo, chega a prejudicar o atendimento da enfermeira durante a sua assistência. Além do mais, a maioria dos materiais para atividades educativas que são solicitados para a gestão, não vem para a unidade, o que, dificulta o funcionamento da ação voltada para a comunidade.

Para garantir a prática na Atenção Primária à Saúde, é importante que a infraestrutura esteja apropriada para o funcionamento, tendo disponibilidade de equipamentos adequados,

de recursos humanos capacitados e de materiais suficientes para a assistência prestada (BRASIL, 2012).

Com a falta de material na Atenção Primária à Saúde ocorre o prejuízo do andamento do atendimento dos profissionais de saúde, desencadeando a quebra do vínculo paciente-profissional. Para os autores Pedrosa, Corrêa e Mandú (2010) para evitar a falta de material é preciso que haja o armazenamento de materiais na ESF, pois desta forma evita a interrupção da assistência da equipe, que evita a desqualificação do serviço.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) propõe que tenha a disponibilidade de materiais suficiente na ESF, a fim de que o enfermeiro consiga alcançar as ações propostas para comunidade. No ponto de vista de Pedrosa, Corrêa e Mandú (2010) a falta de materiais na Atenção Primária à Saúde compromete o desempenho do enfermeiro, como também dificulta o alcance de metas de trabalho, levando a interromper ações e, conseqüentemente, encaminha o usuário a outros serviços.

Outra questão a ser abordada no relato de uma enfermeira é sobre a esterilização de materiais contaminados na ESF que não acontece de maneira correta. Os materiais utilizados pelos profissionais não estão esterilizados em equipamentos apropriados e continuam contaminados para o uso, desta forma, aumentando risco de transmissão de patógenos.

A esterilização de material, a gente ainda faz em estufa, o que não é indicado [...] o indicado é a autoclave [...] já foi feita a solicitação, mas até agora nada [...] então é muito complicado tanto para mim como para o dentista, a gente está esterilizando material em estufa [...] que a gente sabe, na verdade, o material não está sendo esterilizado direito [...] **(Enfermeira- 04)**

O Ministério da Saúde respalda que na Atenção Primária à Saúde, o serviço disponha de uma sala exclusiva para esterilização, sendo um ambiente que se comunique com a sala de lavagem e descontaminação por meio de guichê com porta de abrir, bancada seca. Também prevê instalação de bancada com pia, dois bancos de altura compatível com a manipulação de materiais sobre a bancada, torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, armários sobre e/ou sob a bancada, autoclave (sobre a bancada), guichê de distribuição de material, lavatório e exaustor (BRASIL, 2008).

No entanto, a maioria dos serviços de saúde não possui este tipo de estrutura física, de acordo com o depoimento da enfermeira, a esterilização de material está sendo feita com estufa e não com autoclave, assim, os materiais ainda continuam contaminados, a diferença é que diminuiu um pouco a carga bacteriana. Observou-se que nesta ESF não possuía uma sala

destinada apenas à esterilização, a estufa se encontrava na sala do dentista, em cima da bancada.

Freitas e Quirino (2011) esclarecem que é necessária que haja a devida esterilização do material utilizado para tratamento ou exame, evitando o agravamento e a disseminação de microrganismos, pois com estes cuidados, melhoram o prognóstico dos sujeitos, e também reduzem custos do tratamento.

O artigo 92 da Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012 determina que na Atenção Primária à Saúde não é aceito o uso de estufas para a esterilização de produtos para saúde. De acordo com Barilli et al. (2009) a autoclave é indicada para Atenção Primária à Saúde, seu funcionamento é através de vapor saturado por pressão, com 100% de umidade relativa, estando a água entre as formas líquida e gasosa, este vapor é ideal pra o processo de esterilização. É um método utilizado para esterilização de artigos por meio da termocoagulação das proteínas dos microrganismos, indicado para instrumental cirúrgico, tecidos, silicene, cerâmica, motores blindados, borracha, vidro e líquidos (SOBECC, 2013).

Em relação a sobrecarga de trabalho na Atenção Primária à Saúde, as enfermeiras ressaltam que esta afeta os seus desempenhos durante a assistência prestada aos usuários.

É a questão da sobrecarga mesmo do trabalho, às vezes a gente fica muito [...] faz desenvolver algum tipo de trabalho para dar conta das metas e acaba deixando até algumas ações em segundo plano [...] há desejar. **(Enfermeira-01)**

De certa forma não tem sobrecarga de trabalho [...] assim tem os atendimentos, tem os agendamentos só quando ocorre atendimento [...] muito assim quando é de última hora, os avisos, reuniões enfim [...] quando é de última hora atrapalha um pouco o andamento dos agendamentos do serviço [...] mas fora isso dá para você [...] agendar e planejar tudo bem direitinho. **(Enfermeira- 03)**

Na entrevista da enfermeira 01, pode-se observar que está presente a sobrecarga de trabalho porque a unidade possui metas mensais que devem ser alcançadas, e, algumas atividades que deveriam ser desenvolvidas com a comunidade não são realizadas. Já na segunda entrevista, visualiza-se que a enfermeira expressa que no seu serviço a sobrecarga de trabalho é proveniente de consultas feitas sem agendamento prévio, reuniões ou avisos que não são notificados à enfermeira.

Quando se referem às dificuldades encontradas na ESF, os autores Evangelista et al. (2011) declaram que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro dificulta a incorporação das atividades realizadas no serviço, interferindo o atendimento prestado ao paciente. De acordo

com o pensamento de Lima (2011), o setor de saúde, no Brasil, passa por obstáculos no atendimento, um desses obstáculos é a sobrecarga de trabalho no serviço de saúde.

A autora supracitada afirma ainda que a demanda excessiva e a produção quantitativa de atividades acarretam a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para os profissionais planejarem em conjunto as ações a serem executadas, já que os mesmos ficam envolvidos com o atendimento da demanda espontânea e com o atendimento nos consultórios.

O elemento, sobrecarga de trabalho, chega a interferir na articulação das ações realizadas na equipe, na medida em que os profissionais não encontram espaço no cotidiano para operar as conexões entre os diversos saberes e práticas, sendo este um fator que gera insatisfação com o trabalho (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008).

Foi também referenciado pelas enfermeiras sobre a capacitação dos profissionais de enfermagem na ESF, e diante dos depoimentos, percebe-se que nos serviços não ocorrem a capacitação da equipe de saúde, sendo assim, outra questão de dificuldade que as enfermeiras encontram no serviço e, conseqüentemente, a assistência não acontece de forma correta. Por exemplo, o teste rápido de HIV precisa ser feito por um enfermeiro capacitado para realizar na ESF, no entanto, dentre as quatro enfermeiras entrevistadas, apenas uma profissional encontra-se devidamente capacitada.

Eu participei de poucas capacitações para melhorar minha prática, né [...] enquanto enfermeira da atenção primária [...] falta. É uma das dificuldades que aponto também [...] a capacitação. **(Enfermeira- 01)**

São poucas as capacitações que existem [...] então uma das formas de melhorar também é isso [...] **(Enfermeira- 02)**

Podendo encontrar na portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004 que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde têm como referência as necessidades de saúde das pessoas e das comunidades, da gestão setorial e do controle social em saúde, apresentando como objetivos as mudanças das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A capacitação está sendo considerada como uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde, no entanto, é importante saber que grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre através da capacitação (BRASIL, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde o desenvolvimento da capacitação consiste na propagação de conhecimentos dentro da lógica

do “modelo escolar”, a fim de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2009).

A superação das dificuldades encontradas na ESF foi outro assunto que as enfermeiras relataram durante os depoimentos. Foi perguntado como superariam os problemas encontrados na Atenção Primária à Saúde e as profissionais responderam:

Eu acredito que eu [...] o que eu faria para melhorar as dificuldades [...] a questão [...] a gestão sim [...] sim, mais recursos [...] a questão é a organização desses [...] **(Enfermeira- 01)**

De conversar com a gestão [...] levar isso para a gestão para ver se [...] melhora. **(Enfermeira- 02)**

Bem [...] não estou encontrando dificuldade ainda não [...] meu tempo é pouco [...] daqui para frente nunca se sabe o dia de amanhã. **(Enfermeira- 03)**

Carneiro (2008) ressalta que dentre as dificuldades presentes no processo de consolidação da ESF, a gestão faz parte desta problemática e como também a falta de investimentos na integralidade da atenção. Em relação aos gestores de saúde, Sousa et al. (2011) afirmam que a gestão de saúde da ESF está preocupada em alcançar o maior número possível de atendimentos, controlar as ações e os custos pela via do cumprimento rígido do serviço.

Diante o exposto, está claro que a maior dificuldade encontrada na Atenção Primária à Saúde, no ponto de vista das profissionais de enfermagem, é a gestão em saúde. Por este motivo, o desempenho do enfermeiro na ESF apresenta uma falha no funcionamento durante a assistência e isto acontece porque a gestão não está ajudando no suporte de recursos materiais para o serviço de saúde. Sem esses materiais, o atendimento ao usuário não acontece e, conseqüentemente, vai ocorrer a insatisfação do usuário e profissional.

5.3 Entrevistas com os Usuários das Estratégias de Saúde da Família

Este estudo também foi realizado com dez (10) usuários da ESF, sendo que, em cada estratégia, foi entrevistado 2 (dois) usuários que fazem parte do serviço de cada enfermeira.

5.3.1 Categoria empírica I: Obtenção do atendimento dos usuários da assistência multiprofissional na ESF

Esta categoria refere-se ao atendimento que os usuários chegam a receber da equipe multiprofissional da unidade. Foi perguntado aos usuários se encontram a assistência que precisam na sua unidade, a maioria respondeu que sim, conforme os depoimentos abaixo.

Sim [...] não falta nada aqui! **(Usuário- 01)**

Sim. **(Usuário- 02)**

Sempre que venho, eu consigo [...] não falta nada. **(Usuário- 03)**

Não. Dentista. Dentista tem... só que não tem [...] ele não faz o que a gente precisa [...] só o básico. **(Usuário- 04)**

Acho. **(Usuário- 05)**

Não [...] assim [...] pronto o dentista [...] a menina acabou de falar que estava faltando material. Da enfermeira [...] não tem o que falar [...] sempre que procuro [...] ela esta disponível, atendendo [...] o médico ainda não passei por ele. **(Usuário- 06)**

Encontro. **(Usuário- 07)**

Para mim, acho que sim [...] assim [...] porque todas as vezes que venho eu consigo [...] do médico, dentista e enfermeira. **(Usuário- 08)**

Encontro sim [...] assistência do médico, da enfermeira e do dentista. **(Usuário- 09)**

Sim. **(Usuário- 10)**

Diante o exposto, percebemos nas falas da maioria dos usuários que a assistência multiprofissional é encontrada na ESF, no entanto, em alguns depoimentos, a assistência odontológica está com deficiência no atendimento. Em um relato, a assistência do dentista não está acontecendo como o usuário queria e já em outro depoimento, os materiais do consultório do dentista estão faltando.

Para Souza et al. (2008) é importante que os profissionais de saúde conheçam as necessidades de saúde dos usuários, apresentando a potencialidade para melhorar o cuidado, por isso, é fundamental que os trabalhadores mostrem-se abertos para a escuta qualificada. É necessário que durante a assistência, exista empatia entre o usuário e a equipe de saúde, pois desta forma, garante a adesão do projeto terapêutico e o sucesso do tratamento (MORAES, BERTOLOZZI E HINO, 2011).

Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) ressaltam a ideia de que os usuários querem maior atenção por parte de todos os trabalhadores do serviço, destacando a importância do esclarecimento de assuntos relacionados à sua saúde.

Na ESF, o acolhimento é compreendido como produto da relação entre os profissionais de saúde e usuários, constituindo um conjunto de atos executados de modos

distintos no momento do atendimento, envolvendo posturas e concepções adotadas pelo trabalhador na identificação das demandas e necessidades dos usuários (MATUMOTO et al., 2009).

No ponto de vista de Pereira et al. (2010), a assistência humanizada ao usuário deve caminhar de mãos dadas com o atendimento humanizado oferecido pelos profissionais de saúde, por esta razão, vai estimulando o ambiente de cuidado humano que envolva a gestão, equipes de trabalhadores e usuários, ou seja, um ambiente onde todos cuidam e são cuidados.

5.3.2 Categoria empírica II: Atendimento de enfermagem ao paciente da ESF

Ao questionar os usuários sobre a assistência de enfermagem na ESF, foi possível visualizar que as assistências das enfermeiras satisfazem aos usuários. De acordo com os depoimentos abaixo, os usuários conseguem ter o atendimento de enfermagem no momento que precisam, seja para a realização de exames, consultas e orientações.

Eu utilizo só a assistência da médica [...] e também utilizo o da enfermeira. **(Usuário- 01)**

Sim [...] eu já fiz procedimento com a enfermeira [...] tudo direitinho. **(Usuário- 02)**

Acho que sim [...] é [...] todos os meus exames eu faço aqui. Tudo é aqui! **(Usuário- 03)**

E da enfermeira não tenho o que reclamar [...] porque não conheço muito ela [...] faz pouco tempo que ela está [...] encontro a assistência com ela quando preciso [...] **(Usuário- 04)**

Sim. Orienta-me de tudo. **(Usuário- 05)**

Sim [...] e consigo tudo com ela, só não medicação, porque ela agora não tem condição de passar. **(Usuário- 06)**

Encontro. **(Usuário- 07)**

Sim, eu estou satisfeita com o trabalho dela. **(Usuário- 08)**

Encontro sim. **(Usuário- 09)**

Sim. **(Usuário- 10)**

Matumoto et al. (2011) referem que a implementação do SUS constituiu atribuições para o enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, no entanto, estas atribuições não seriam somente na parte administrativa e organizativa do serviço de saúde e de enfermagem, mas, também, na realização de ações clínicas da atenção direta ao usuário. De acordo com os

autores supracitados, na ESF, o enfermeiro representa a possibilidade de reorientar suas ações em direção às necessidades de saúde dos usuários.

Pereira et al. (2010) afirmam que o enfermeiro pode oferecer cuidados ao ser humano como um todo, valorizando-o com sua singularidade, precisa estar ciente da realidade vivenciada por este ser, assim, será possível a realização de um cuidado humano e digno das necessidades do ser cuidado.

É importante que durante a consulta, haja relação de confiança entre enfermeiro e usuário, no ponto de vista de Lanzoni e Meirelles (2012) o convívio com os usuários da ESF, permite que haja um laço de confiança com os profissionais, assim, faz com que os usuários façam confidências, por isso, é importante que ocorra uma comunicação entre profissional-usuário.

Segundo Durand e Heidemann (2013), a Consulta de Enfermagem é considerada um espaço não apenas clínico e pré-estabelecido vinculado às normas e rotinas do serviço, mas também é um momento de aproximação e acolhimento ao partícipe que busca o serviço.

As consultas realizadas pelos enfermeiros são consideradas um momento em que o profissional passa a conhecer as necessidades do usuário e reafirmando o seu espaço de atuação cotidiana dentro da Saúde Pública, mediante a educação em saúde, o suporte dos exames laboratoriais de rotina e a prescrição medicamentosa padronizada, contemplando os níveis individual e coletivo (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

5.3.3 Categoria empírica III: Realização dos exames laboratoriais do paciente da Atenção Primária à Saúde

Durante as entrevistas com os usuários da ESF, foi possível identificar que os exames laboratoriais realizados pelas enfermeiras não apresentam insatisfação por parte dos pacientes. O exame laboratorial mais realizado pela enfermeira na ESF é o exame preventivo. De acordo com os depoimentos elencados, o exame preventivo é feito de maneira satisfatória, onde as pacientes têm as informações e orientações que precisam.

Quando ela faz um exame ela explica o que vai fazer [...] como um caso meu, fiz um exame (citológico) acusou uma verruguinha e ela me mandou fazer outro exame. Mas ainda nem fiz. **(Usuário- 01)**

Já fiz exames aqui [...] **(Usuário- 03)**

Já fiz citológico [...] deu certo [...] só o citológico. **(Usuário- 04)**

Os relatos acima permitiram visualizar que, durante a consulta à saúde da mulher, a enfermeira explica todo o procedimento à paciente antes de realizar e durante o exame, e caso a usuária precise de outro exame ou de um profissional especializado, a profissional realiza o encaminhamento para esta paciente.

O Ministério da Saúde, em 1984, constituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incluem: ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2009).

A saúde da mulher é compreendida segundo Schirmer (2006) como um evento fisiológico constituído por um ciclo menstrual, considerando questões relativas à contracepção, sexualidade, prevenção e tratamento de doenças ginecológicas, incluindo câncer e doenças sexualmente transmissíveis e a consulta de enfermagem ginecológica. A atribuição do enfermeiro na ESF em relação à saúde da mulher, é realizar a consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico (BRASIL, 2013).

5.3.4 Categoria empírica IV: Comunicação do enfermeiro com o usuário na Atenção Primária à Saúde

Foi perguntado aos usuários sobre a comunicação do enfermeiro durante a assistência prestada, os resultados revelam que existe uma boa comunicação e interação da enfermeira com o paciente na ESF.

A enfermeira tem uma comunicação boa. **(Usuário- 01)**

Sim, mais ou menos [...] assim a pessoa não entende tudo né? [...] Mas depois eu procuro saber né? Hum [...] a enfermeira explica todos os procedimentos que ela faz [...] como para que serve o citológico [...] diz o que tenho [...] depois manda eu procurar um tratamento adequado. **(Usuário- 02)**

Tira todas as dúvidas, a enfermeira [...] me orienta [...] só basta falar uma vez que eu entendo o que ela diz [...] na maioria das vezes eu venho com minha mãe. **(Usuário- 03)**

Pelo menos comigo [...] eu entendo. **(Usuário- 04)**

Sim, entendo. **(Usuário- 05)**

Sim, ela conversa [...] ela explica e diz tudo [...] é, tem coisa que a gente entende e tem coisa que não [...] quando não entendo procuro saber. **(Usuário- 06)**

Tem uma boa comunicação, sim, eu entendo. (Usuário- 07)

Sim, eu compreendo [...] assim [...] não compreendo muito bem o da médica [...] pergunto, quando não entendo eu pergunto a enfermeira. (Usuário- 08)

Tudo que ela diz eu compreendo e [...] procuro saber quando não compreendo. (Usuário- 09)

Sim, eu entendo. (Usuário- 10)

De acordo com os depoimentos dos usuários acerca da comunicação da enfermeira durante o atendimento, mostram que a maioria dos usuários compreende o que a enfermeira explica, e caso o paciente não entenda, ele procura saber da enfermeira sobre parte que não foi entendida. Nesta perspectiva, a comunicação da profissional de enfermagem está acontecendo de maneira excelente, pois assim, contribui para um bom desempenho do enfermeiro na ESF.

Segundo Pereira et al. (2010) através da comunicação com o usuário, o profissional de saúde compreende a história de vida, seu modo de ser, de pensar, de agir, de aceitar-se no ambiente onde vive, assim, é possível identificar fragilidades e potencialidades vivenciadas por ele, auxiliando-o na solução de diversidades e conflitos.

No ponto de vista de Machado, Haddad e Zoboli (2010), o atendimento com o usuário do serviço de saúde depende, quase sempre, do tipo de comunicação que ocorre entre o paciente e o profissional de saúde, pois através da comunicação que são estabelecidas as relações entre as pessoas, assim, são trocadas informações, códigos e sinais, podendo se tratar da comunicação verbal e não verbal.

Na prática assistencial, a relação do enfermeiro-usuário vai estar presente as formas de comunicação e expressão, aspectos culturais, vivências, crenças e valores próprios de cada um (HADDAD; ZOBOLI, 2010). De acordo com Corcoran (2010), o profissional de enfermagem deve estar pronto para determinar uma comunicação que sirva como instrumento no processo de intervenção de promoção da saúde e também no cuidado.

5.3.5 Categoria empírica V: Mudanças da assistência de enfermagem no ponto de vista dos usuários da ESF

Os usuários foram questionados durante a entrevista sobre o que deveria mudar na unidade de saúde em relação à assistência prestada pela enfermeira como mostram os relatos.

Não. Para mim está normal [...] não precisa mudar nada, não sei para os outros. (Usuário-01)

Não. Eu acho que não deveria mudar nada [...] não [...] em minha opinião está tudo certo [...] está tudo bom, não precisa nada mudar. **(Usuário- 02)**

O que deveria mudar é o horário dela, pois chega muito tarde às vezes [...] assim pode acontecer um caso [...] que ela chega muito tarde e já é a hora da unidade fechar, então não dar tempo [...] queria que mudasse o cronograma porque às vezes tem urgência e só tem para atender no outro dia. Assim fica ruim. **(Usuário- 03)**

Não sei [...] não, não [...] sempre que venho ela está [...] não precisa mudar nada. **(Usuário- 04)**

Nada [...] para mim está ótimo. **(Usuário- 05)**

Nem sei [...] o horário que ela chega é normal [...] eu não sei, porque nem sempre estou aqui. **(Usuário- 06)**

Eu acho que nada [...] a enfermeira já é boa. **(Usuário- 07)**

Eu acho que está bom assim [...] está bom, eu acho [...] não precisa mudar nada. **(Usuário- 08)**

Está tudo bom. **(Usuário- 09)**

Não precisa mudar nada. **(Usuário- 10)**

Percebe-se que a maioria dos entrevistados respondeu que não precisa mudar nada da assistência prestada pelas enfermeiras, isto significa que o desempenho do enfermeiro está de boa qualidade na ESF. Em um depoimento, é possível observar que o usuário queria que mudasse o horário de chegada e o cronograma da enfermeira da unidade.

Em relação ao horário atrasado da enfermeira, esse pode prejudicar o atendimento na unidade, porque ficaria com tempo insuficiente para atender os paciente e já o cronograma, a usuária relata que às vezes pode acontecer um caso inesperado que não pode ser atendido naquele dia porque não está no cronograma.

A Política Nacional de Atenção Básica ressalta que a carga horária de trabalho dos profissionais de saúde, membros da equipe da Estratégia Saúde da Família, deve ser de 40 horas semanais, com exceção dos profissionais médicos, com 30 horas (BRASIL, 2012). Assim, o enfermeiro que trabalha na Atenção Primária à Saúde deve cumprir oito horas diárias para atingir a carga horária vigente.

Nos casos de atendimento ao paciente urgente deve ser atendido no serviço. O Ministério da Saúde ressalta que o atendimento ao caso de urgência é a oportunidade de estabelecer um vínculo com o usuário e sua família. Ao procurar a unidade, o paciente precisa se sentir acolhido, mesmo que seu caso seja classificado como não urgente, visando seu retorno e inclusão em um projeto terapêutico que venha a impedir novas complicações (BRASIL, 2012).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fonte: Google imagens, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, foi possível trazer de algumas considerações finais que possibilitaram dar enfoque nesta temática que é pouco conhecida na literatura, proporcionando o enriquecimento de conhecimentos de profissionais de enfermagem acerca da importância do desempenho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, de modo a contribuir para melhoria da assistência oferecida ao usuário na Estratégia Saúde da Família.

Por meio desta pesquisa, foi possível conhecer o desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na Atenção Primária à Saúde, pois no desenvolver do trabalho, identificamos as dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras na implementação de sua assistência na ESF.

O uso de diário de campo ajudou nas anotações do comportamento dos entrevistados antes, durante e após as entrevistas. Na maioria das entrevistas realizadas com enfermeiras e usuários foi possível observar que estavam inseguros, tensos e confusos, tornando o depoimento sucinto, o que leva a inferir numa limitação dos temas abordados.

De acordo com os resultados, o desenvolvimento das atividades educativas e laborais foram expostas elucidando-se as limitações cotidianas enfrentadas para a realização destas atividades prestadas ao usuário, este fato acontece devido à gestão municipal que não oferece os recursos materiais e financeiros necessários para as ESF.

No entanto, a ESF e a gestão municipal devem estar caminhando juntas para a construção de uma assistência qualificada. Foi possível identificar que a falta de apoio, atenção e motivação da gestão municipal para com os profissionais de saúde, faz com que o desempenho das atividades, em especial da enfermagem, não ocorra de maneira planejada na ESF.

Além do mais, devido à falta de interesse da gestão municipal, a ESF passa por períodos de falta de materiais de insumo básico, isto faz com que o atendimento dos profissionais de enfermagem fique prejudicado, interferindo negativamente no vínculo envolvendo profissional-paciente.

Ainda sobre este tema, as ESFs não estão esterilizando seus materiais de maneira adequada, fazendo com que os instrumentos ainda fiquem contaminados e, conseqüentemente, contaminem os pacientes que os utilizam, uma vez que os esterilizam com a estufa. Esta

prática é proibida para a construção de uma ESF, pois o Ministério da Saúde recomenda a utilização da autoclave na unidade para esta finalidade.

Podemos fazer uma analogia envolvendo a importância do trabalho em equipe da gestão municipal juntamente com a ESF comparado ao sistema circulatório do corpo humano. Para ocorrer à circulação de sangue nos vasos e artérias é preciso que o coração esteja trabalhando em conjunto na distribuição de sangue para o corpo, é desta mesma forma que a gestão municipal e a ESF deveriam trabalhar, para que a ESF esteja funcionando adequadamente, é preciso que a gestão municipal ofereça recursos para ajudar no desenvolvimento das atividades educativas e laborais das unidades.

Outra dificuldade encontrada na ESF é a demora do retorno dos resultados dos exames laboratoriais na unidade, devido este problema, os profissionais de enfermagem repetem o exame para confirmar o diagnóstico do usuário. Desta forma, fica bastante difícil para o enfermeiro oferecer uma assistência qualificada, e assim, vai desencadeando o feedback negativo dos usuários da unidade.

É importante salientar que o enfermeiro que trabalha na ESF precisa ter capacitações de procedimentos específicos, pois desta forma, proporciona ao paciente uma boa assistência, fazendo com que o desempenho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde apresente aspecto positivo na unidade.

Na visão das enfermeiras entrevistadas, a assistência prestada ao usuário está acontecendo, no entanto, este atendimento apresenta intercorrências que impossibilitam a realização correta desta assistência, devido a estes obstáculos, o desempenho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde não está sendo desenvolvida como recomenda o SUS.

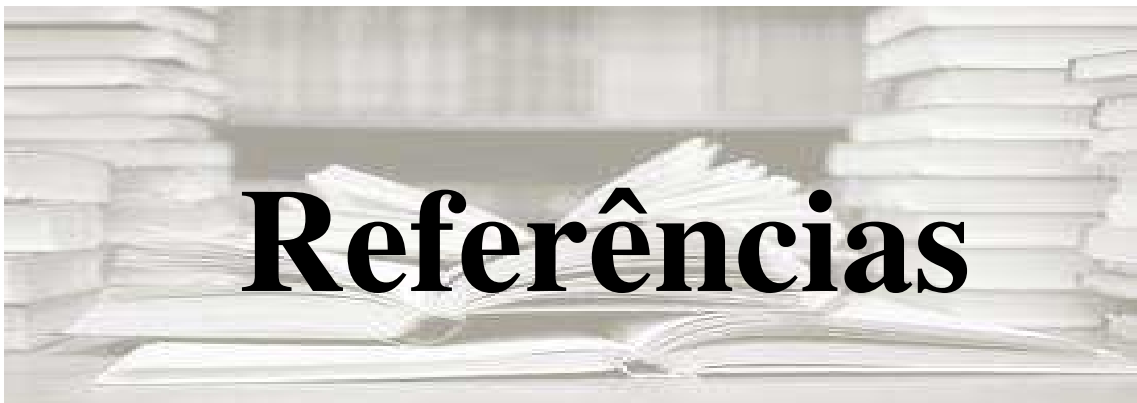
Contraditoriamente, no ponto de vista dos usuários entrevistados, o desempenho das enfermeiras nas suas atividades laborais na Atenção Primária à Saúde está acontecendo de maneira excelente. Através dos relatos, a assistência da enfermeira de cada ESF está agradando os usuários que frequentam as unidades.

Porém, foi questionado pelo usuário o horário de chegada da enfermeira na unidade, pois é importante que todos os profissionais de saúde cheguem no horário divulgado de trabalho, pelo fato de que a maioria dos usuários são do sexo feminino e, predominantemente, são donas de casa, trabalham ou mesmo tem crianças pequenas no colo e precisam voltar retornar aos seus lares, por isto precisam de horários fixos de atendimento.

Ainda foi mencionado pelos usuários sobre a mudança de cronograma da enfermeira, pois caso precise de um atendimento especial precisava esperar para o dia do atendimento específico. Em relação a este ponto, é importante que o profissional faça seu cronograma de

atendimento, desta forma, facilita a assistência na unidade, a fim de que não ocorra sobrecarga de trabalho da equipe, no entanto, quando um usuário precise de atendimento urgente, a enfermeira deve atender como preconiza a legislação vigente.

Por fim, pode-se concluir que é de extrema magnitude que o enfermeiro da ESF tenha um bom desempenho na Atenção Primária à Saúde, pois proporciona conforto e confiança ao usuário durante o atendimento na unidade. É importante que os gestores de saúde conscientizem-se de que a ESF precisa dos recursos necessários para a realização das ações planejadas, pois desta forma, as metas traçadas mensalmente serão alcançadas.



Fonte: Google imagens, 2015.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios/**Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde- Breve História da Política de Saúde no Brasil**. Cap. 1, p.17-39, São Paulo: Martinari; 2011.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10. ed. Cap. 2, p 117-123. São Paulo: Atlas; 2010. Disponível em: <http://faibi.com.br/arquivos/downloads/geral/tcc_diretrizes.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- ARAÚJO, D. V.; SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C. Formação de força de trabalho em saúde: Contribuição para a prática educativa em enfermagem. **Cogitare Enferm.** v. 13, n. 1, p. 10-7, jan./mar., 2008.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 5, p. 546-51, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>> Acessado em 23 de mai. 2014.
- BARILLI, A. L. A.; NASCIMENTO, G. M.; PEREIRA, M. C. A.; LIPORACI, M. M. P. M.; LAZZARINI, M. P. T. **Manual de qualificação de esterilização em autoclaves**. Comissão de Controle de Infecção- SMS-RP. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP, 2009. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/comissao/desin/m-pdf/m-autoclave-gibi.pdf>>. Acesso em 06 jan. 2015.
- BARROS, S. D. O. L.; QUEIROZ, J.C.; MELO, R.M. Cuidando e Humanizando: entraves que dificultam esta prática. **Rev. Enferm., UERJ.** v. 18, n. 4, p. 598-603, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a16.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2015.
- BECK, C. L. C.; LISBÔA, R. L.; TAVARES, J. P.; SILVA, R. M.; PRESTES, F. C. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 30, n. 1, p. 54-61, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5102/6561>>. Acessado em: 24 mai. 2014.
- BENARROZ, M. O.; FALLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1875-82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900002>. Acesso em: 28 mai. 2014.
- BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília 2007 maio-jun; v.60, n. 3, p. 312-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300012>. Acesso em: 04 jan. 2015.
- BERTOLLI FILHO, C. História da Saúde Pública no Brasil. 11. ed. **São Paulo: Ática**, 2008.
- BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. 4. ed. **São Paulo (SP): Ática**, 2004.

BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/356.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2014.

BOGOSSIAN, E.G. et al. Satisfação dos usuários em dois modelos de atenção em uma unidade básica de saúde. **Rev. APS**. 2011 jul/set; v.14, n. 3, p. 266-275. Disponível em: < <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1340/503>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acessado em: 19 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Resolução - RDC Nº 15, de 15 de março de 2012**. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução - RDC Nº 15, de 15 de março de 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria Nº 423, de 24 de junho de 2002**. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS Coordenação de Sistemas de Informação Sistema Único de Saúde - Legislação Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < http://www.sindihospa.com.br/conteudo/noticia_texto.asp?InCdNoticia=305>. Acesso em: 03 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde . Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): **CONASS**, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 04 Jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://www.posgraduacaoredentor.com.br/hide/path_img/conteudo_542b2399933aa.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 04 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (MS). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_cancer_colo_uterio_mama.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.625 de 10 de julho de 2007**. Altera as atribuições das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1625_10_07_2007.html>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família**. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. 2. ed. – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2014.

BRONDANI JUNIOR, D. A.; HECK, R. M.; CEOLIN, T.; VIEGAS, C. R. S. Atividades Gerenciais do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UFSM**; v.1, n. 1, p. 41-50, 2011. Disponível em: < <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/1841/1510>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

CAMPONOGARA, S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery**; v. 16, n. 1, p. 178-184, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100024&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mai. 2014.

CAMPOS, F. E.; CHERCHIGLIA, M. L.; AGUIAR, R. A. T. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. **Rev. Bras. Saúde Fam.**; v.2, n.5, p.71-9, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000161&pid=S1414-3283201300500000600006&lng=pt>. Acesso em: 22 mai. 2014.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/UNICAMP. Campinas (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 12, p. 1865-1874, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

CARLOS, E. F.; SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; BRAGA, J. E. F. Programa de Saúde da Família: Inclusão dos Usuários na Escolha dos Serviços Oferecidos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**; v. 13, n. 2, p. 63 - 68, 2009. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.ufpb.br%2Fojs%2Findex.php%2Frbcs%2Farticle%2Fdownload%2F3266%2F4299&ei=f3PZVIKrLvTLsATC3IH0Cg&usq=AFQjCNGG8qqt_oE7z5zECEzO8FnsnHHbag&sig2=T6KPiYwZTFpFPrD7Vwtq_g. Acesso em: 04 jan 2015.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB: “neo-psf às avessas”?** Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), 2008. Disponível em: < http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0208_0451_02.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2015.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**; v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASTRO, A. L. B; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005>. Acesso em 24 mai. 2014.

CASTRO, C. G. J.; WESTPHAL, M. F. Modelo e atenção. In: Westphal MF, Almeida, ES de, organizadores. **Gestão em serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP; p. 91-111, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000147&pid=S0104-1169200500040001300002&lng=es>. Acesso em: 03 jan. 2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. Cap. 2, p. 22-34. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.

CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S.; BONOW, C. A.; SANT’ANNA, C. F.; SENA, J. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Texto Contexto Enferm**. v. 19, n. 117-24, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100002>. Acesso em: 26 mai. 2014.

CHEISA, A.M.; BATISTA, K.B.C. Desafios da implantação do PSF em uma grande metrópole: reflexões acerca da experiência de São Paulo. **Mundo Saúde**. v.8, p. 28-42, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0102-311X2005000400006&caller=www.scielosp.org&lang=pt>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 159/ 1993, de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1993. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 04 jan. 2015.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. Lisboa (PT): Printipo, 1989.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**; v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200007>. Acesso em: 25 mai. 2014.

CONASS. **Para entender o pacto pela saúde 2006**. Brasília (DF): CONASS, 2006 (Nota Técnica, n. 15). - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS/Progestores, 2003. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/CONASS_NT%2013_2006.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2014.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 7-16, 2008. Disponível em: <<http://www.pppo.ufma.br/uploads/files/Eleonora%20Minho%20Conill%201.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

CORCORAN, N. Teorias e modelos na comunicação de mensagens em saúde. In: Corcoran N. **Comunicação em Saúde**. Estratégias para promoção de Saúde. Cap. 1, p. 12-24. São Paulo: Roca, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/145-155.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2015.

COREN/RJ. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Prefeitura, **Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil**, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>>. Acesso em 06 jan. 2015.

COSTA NETO, M. M. (Org.). **A implantação da unidade de saúde da família**. In: Milton Menezes da Costa Neto, org. Cap. 2, p. 21-41. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2014.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Fsausoc%2Farticle%2Fdownload%2F29674%2F31546&ei=xWzZVNOxJYTLsASFg4HABA&usq=AFQjCNHI2Bzp74G_uP5G3Pzz_o hXJdRViA&sig2=I7fK7xyo7nm_Ziv2ev1M4w>. Acesso em: 07 jan. 2015.

CUBAS, M.R. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária. **Rev Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 1758-62, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800021>. Acesso em 04 jan. 2015.

DONNANGELO M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira Editora, 1975. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a09v29n10.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2014.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jan. 2015.

ENCARTA. **Dicionário**. Disponível em: <<http://encarta.msn.com/encnet/features/dictionary/DictionaryResults.aspx?refid=1861610851>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; et al., (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2008. Cap. 3, p.385-434. Disponível em: <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2014.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Org.). **Saúde democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2005. Cap. 2, p.59-81. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-9542>>. Acesso em: 27 mai. 2014.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1922 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L.; et al., (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2008. Cap. 3, p. 333-383. Disponível em: <http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F159916%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FHistoria%20da%20politica%20de%20saude%201822%20a%201963%20ESCORDEL%20e%20TEIXEIRA%202008%20I.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2014.

EVANGELISTA, A. I. B.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V.; SARAIVA, A. K. M. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Rev. Rene**. Fortaleza, 2011; v. 12, n. esp. p. 1011-1020. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/330>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300019>. Acesso em 06 jan. 2015.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise de discurso**. 13 ed. São Paulo: Contexto, 2005. Cap. 1, p 17-44.

FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D. F. A. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2012, v. 36, n. 3, p. 427-432. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/4.pdf> Acesso em 15 de jun. 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudanças do modelo assistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES, J. R. H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO T. B.; BUENO, W. S., (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 55-124. Disponível em: <<http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-14.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

FRANCO, E. C. D. A estratégia de saúde da família na perspectiva do usuário. **Rev. Enferm. UFSM**. v.2, n. 1, p. 49-58, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4002>. Acesso em: 27 mai. 2014

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: **Paz e Terra**, 2011. Cap. 2, p 21-33. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org/xmlui/bitstream/handle/7891/3087/FPF_PTPF_12_083.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2014.

FREITAS, F. P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 13, n.4, p, 547-554, 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400013>. Acesso em: 03 jan. 2015.

FREITAS, T.S.; QUIRINO, G.S. Esterilização em Unidades Básicas de Saúde no município de Picos-PI. **S A N A R E**, Sobral, v. 10, n. 2, p. 57-63, jul./dez. – 2011. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/256/229>>. Acesso em 05 jan. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Cap. 2, p. 13- 14.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. – 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. Cap. 2, p 15-22.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2008. Cap. 4, p. 493-545. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400004>. Acesso em: 25 mai. 2014.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm**. v. 58, n.4, p 393-398, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mai. 2014.

GOMES, H.; RAMALHO, C.; CAEANO, C. F.; SANTOS, J. B.; CARTAXO, M. L. C.; PIMENTA, R. L. Enfermagem em administração e gestão na atenção à saúde/ **Comunicação**

como estratégia nas relações interpessoais e gerenciais. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011. p.97-109

HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. **Mundo Saúde.** 2010; v.34, n. 1, p. 86-91. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/11_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2015.

HOUAISS, A. (Ed.) **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 3.0.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1 CD-ROM.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada.** São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994. Cap. 3, p. 67-100 Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2FFreeusp%2Farticle%2Fdownload%2F34936%2F37672&ei=wn_ZVLXiCeOxsATt0YKoDQ&usq=AFQjCNGqV4U_FBkuEtg7SQ6gVn4oDumaaA&sig2=ZHqCA-8mDcql1pltJbGiAw>. Acesso em: 27 mai. 2014.

JESUS, M. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. G.; SANTOS, S. M. R.S.; AMARAL, A. M. M.; ROCHA, L. O.; THIOLLENT, M. J. M. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm USP.** v. 45, n. 5, p. 1229-36, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500028>. Acesso em: 05 jan. 2015.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jan. 2015.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.25, n. 3, p. 464-70; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300023>. Acesso em: 03 jan. 2015.

LAZZAROTTO, E.M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde** (dissertação). Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção/UFSC; 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jan. 2015.

LEI N. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, [on-line], Brasília: **Ministério da Saúde**, 1990.

Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 26 mai. 2014.

LEI N. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, [on-line], Brasília: **Ministério da Saúde**, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>. Acesso em: 26 mai. 2014.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700024&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 jan. 2015.

LIMA, A. S. **O trabalho da enfermeira na atenção básica: uma revisão sistemática**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <<https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2011/07/O-trabalho-da-enfermeira-na-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-uma-revis%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-Aline-Soares-de-Lima1.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

MACHADO, E. P.; HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo. v. 4, n. 4, p. 447-452, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_447-452_.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

MACIEL, L. M.; LAGE, A. M. D. O cuidado vivenciado pelo enfermeiro na equipe de saúde da família. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** v. 1, n. 4, p. 445-461, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/107>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

MARTINS, J. S. **Exclusão social e a nova desigualdade**. 2.ed. São Paulo (SP): Paulus; 1997. Cap. 1, p. 25-38. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_42.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

MATTOS, R. O incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2002; v. 12, n. 1, p. 77-108. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a06.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2014.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 1, p. 123- 130, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2015.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; ALMEIDA, M. C. P. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de

saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 17, n. 6, p. 1-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_12.pdf>. Acesso em 02 jan. 2015.

MECONE, M. C. C.; FREITAS, G. F. Representações da enfermagem na imprensa da Cruz Vermelha Brasileira (1942-1945). **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009; v. 18, n. 4, p. 741-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400016&script=sci_arttext>. Acesso 25 mai. 2014.

MEDEIROS, A. L.; OLIVEIRA, R. C. C.; SOUZA, M. C. J. Enfermagem em administração e gestão na atenção à saúde/ **Organização do serviço de enfermagem no Hospital e na Unidade da Saúde**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011. p.57-78.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A. C. V.; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Rev Eletr Enf**. 1999, v. 1, n. 1, p. 1-7. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/666/736>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V, (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993, v. 55, p. 19-91. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/publicacoes/pdf/livro_atencao_primaria.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R., (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. Cap. 2, p.71-112. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. ed. Cap. 2, p. 100-150. 12. São Paulo: Hucitec, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007>. Acesso em: 24 mai. 2014.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm USP**. v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 jan. 2015.

MORAIS, G.S.N. **Relação dialógica entre profissionais de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas em unidades de terapia intensiva pediátrica**. [dissertação] João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba, 2007.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Cap. 1, p. 15- 64. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500026&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 24 mai. 2014.

MOURA, A. S; ROCHA, R. L. **Endemias e epidemias: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose** / Alexandre Sampaio Moura e Regina

Lunardi Rocha. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012, p. 78. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3285.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2014.

MOURA, L. C. S.; MOURA, G. M. S. S. Notas de aula sobre a evolução históricas das políticas de saúde no Brasil. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, 1997; v. 18, n. 2, p. 94-103. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4136>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

NASCIMENTO, M. E. B. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. **Revista Histedbr On-line**, 2006, n.23, p. 131-142. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/23/art09_23.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**. 1. ed. Cap. 1, p 16-20. São Paulo: Cortez, 1989.

NORONHA, J. C. A “crítica”, a História e o país que queremos: comentários à margem do texto de Paim. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a09v29n10.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2014.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Cap. 2, p. 25-30. São Paulo: Manole, 2007.

OLIVEIRA, D. S. T; FILHA, M. O. F. Contribuição dos recursos culturais para a Terapia Comunitária Integrativa na visão do terapeuta. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 set; v. 32, n. 3, p. 524-30. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/13.pdf>> Acesso em: 09 jul. 2014.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO, 1986. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2014.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia & Sociedade**; v. 20, n. 2, p. 226-236, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326698009>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

PAIM, JS. Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N., (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi, 2003, Cap. 4, p. 587-603.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro (RJ): Júlio C. Reis, 1979. Cap. 5, p. 67.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas Práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc. Cuid. Saude**. v.10, n.1, p. 58-65, 2011. Disponível em: <

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13288/pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

PEREIRA, A. D.; FREITAS, H. M. B.; FERREIRA, C. L. L.; MARCHIORI, M. H. T.; SOUZA, M. H. T.; BACKES, D. S. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010, v.31, n. 1, p. 55-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100008>. Acesso em: 15 dez. 2014.

PEREIRA, P. J.; BOURGET, M. Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.584-591, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29672/0>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Fildbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D2664&ei=f-rbVJOWn6nPsQS4hIL4BQ&usg=AFQjCNGv1Bi6666LleerR1KmkcCEupmJJg&sig2=vNKGbjF8pHT-8OqC0sn3qg>>. Acesso em: 06 jan. de 2015.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Belo Horizonte (MG): UFMG, 2009; v.1, p.1-35 Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.ntf. Acessado em: 22 mai. de 2014.

PORTO D.; GARrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Cátedra UNESCO de Bioética. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 719-729, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700002>. Acesso em: 02 jan. 2015.

PORTO, F.; AMORIM, W. **História da Enfermagem brasileira: lutas, ritos e emblemas.** v. 13, p. 368. Rio de Janeiro: Água Dourada, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019603017.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

PORTO, F.; CAMPOS, P.F.S.; OGUISSO, T. Cruz Vermelha Brasileira (filial São Paulo) na imprensa (1916-1930). **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 13, n. 3, p. 492-499, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a06>>. Acesso em: 17 mai. 2014.

PORTO, F.; SANTOS, T.C.F. A enfermeira brasileira na mira do clique fotográfico (1919-1925). In: PORTO, F.; AMORIM, W., (Org.). **História da enfermagem brasileira: lutas, ritos e emblemas.** Rio de Janeiro: Água Dourada; 2008. v. 13, n. 2. p. 249-255. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a03.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

PRODANOV, C. C. FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Cap. 3, p. 70. Rio Grande do Sul: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/cultura/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico---2-edicao>> Acesso em: 05 jul. 2014.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: Conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, UERJ, v.15, n. 2, p. 276-83, abr/jun, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>> Acesso em: 09 jul. 2014.

RESENDE, L. M. H.; VIANA, L. G.; VIDIGAL, P. G. **Protocolos Clínicos dos Exames Laboratoriais na Atenção Primária à Saúde.** Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria do Estado de Minas Gerais. Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2014.

RODRIGUES, C. R. F. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da família / **SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** São Paulo: Martinari, 2011. Cap. 5, p. 117- 134. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol4num1artigo3.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2014.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: ANTONIO CARLOS PEREIRA (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2014.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo, HUCITEC/ Ed. UNESP, ABRASCO,1994, p. 432. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/knm4c/pdf/czeresnia-9788575412565-09.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

ROSSI, S. S. Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso Brasileiro/ **A constituição do sistema de saúde no Brasil.** Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. / Mimeografado/. São Paulo, 1980. Cap. 2, p. 28-49. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Ffreeusp%2Farticle%2Fdownload%2F34936%2F37672&ei=BpnaVMihFrTfsATrvYLIDQ&usg=AFQjCNGqV4U_FBkuEtg7SQ6gVn4oDumaaA&sig2=de3p9qRfj3bBDtwnqGx6_Q>. Acesso em: 26 mai. 2014.

SANTOS, J. O. **Cuité-Paraíba: A evolução Histórica de uma cidade.** Campina Grande, 2010. Disponível em: <<http://www.construindoahistoria.com/2010/08/cuite.html>> Acesso em: 07 jul. 2014.

SANTOS, T. C. F.; LOPES, G. T.; PORTO F.; FONTE, A. S. Opposition to the american leadership by brazilian nurses (1934-1938)/ Resistência à liderança americana por enfermeiros brasileiros (1934-1938). **Rev. Latino Am Enferm.** , v. 16, n. 1, p. 130-135, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18392542>>. Acesso em 04 jan. 2015.

SCARATTI, D. CALVO, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 446-455, 2012.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300006>. Acesso em: 03 jan. 2015.

SCHIRMER, J. Formação de recursos humanos versus o direito das mulheres à atenção qualificada na saúde reprodutiva. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2006 set; v. 27, n. 3, p. 331-335. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.ufrgs.br%2FRevistaGauchadeEnfermagem%2Farticle%2Fdownload%2F4620%2F2632&ei=yk3ZVNGuL5G0sASop4GAAG&usg=AFQjCNFpFkJCxLhWMn5NmJCEbDaSJUrDZQ&sig2=BB92LEw0mxf4Ti9Kh0x05A>>. Acesso em 08 jan. 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/630/63025587023.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

SILVEIRA, C.A.; PAIVA, S.M.A. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. **Cienc. Cuid. Saúde.** v. 10, n.1, p. 176-183, 2011. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Feduem.uem.br%2Fojs%2Findex.php%2FCiencCuidSaude%2Farticle%2Fdownload%2F6967%2Fpdf&ei=fUzZVPOPkZGKaJm_gng&usg=AFQjCNHxfZO6NUC1PQE2V95Pz3t65Pl0Mg&sig2=CQJ_xHdBq5gVn27A3kZ6sQ>. Acesso em: 16 mai. 2015.

SOARES, C.E.S.; BIAGOLINI, R.E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm., USP.** v. 47, n. 4, p. 915-921, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0915.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

SOBECC, Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas SOBECC.** Cap. 6, p. 75. 6. ed. Rev. e atual. São Paulo: Manole, 2013.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

SOUSA, M. L. B.; SILVEIRA, M. L. B.; RODRIGUES, N. J. G. A.; SILVA, E. S. **Estratégia Saúde da Família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS.** V Jornada Internacional de Políticas Públicas. v. 5, p. 1-9, 2011. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSEES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAÚDE_DA_FAMILIA_DIFICULDADES_PARA_A_EFETIVACAO_DA_PROPOSTA_DE_REORGANIZACAO_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e

profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

SOUZA, R. R. Políticas e práticas de saúde e equidade. I Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde na Perspectiva da Enfermagem **Rev. Esc Enferm USP**, 2007; v. 41, n. Esp, p. 765-770. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea03.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J. P. (Org.). **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba; 2006, 237 p. Saladeaula series, n. 3. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-04.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 18 reimpr. Cap. 2, p. 49-73. São Paulo: Atlas, 2009.

VASCONCELOS, C. M. **Paradoxos da mudança no SUS [tese]**. Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP; 2005, v. 12, n. Sup., p. 1865-1874. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63009809.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S, et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo (SP)/ Rio de Janeiro (RJ): Hucitec/Fiocruz; 2006. Cap. 16, p. 531-561. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/livia_bueno_pires.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

VENTURA, C. A. A; MELLO, D. F.; ANDRADE, R. D.; MENDES, I. A.C. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. Conferência de encerramento do 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem, promovido pela ABEn Nacional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2012, v. 65, n. 6, p. 893-898. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 mai. 2014.

XIMENES NETO, F. R. G.; COSTA, F. A. M.; CHAGAS, M, I, O.; CUNHA, I. C. K. O. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.2, p.133-140, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mai. 2014.



Fonte: Google imagens, 2015.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS

De acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012
do Conselho Nacional de Saúde.

ESTUDO: **Desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na Atenção Primária à Saúde**

Esta pesquisa é intitulada “**Desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na Atenção Primária à Saúde**”. Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité-PB*, e esta sendo desenvolvida pela graduanda Aline Cristina Martins Simões sob a orientação da Prof^a Luciana Dantas Farias de Andrade. O presente trabalho tem por objetivo geral conhecer o desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais prestadas na atenção primária.

Você esta sendo convidado (a) para colaborar com esta pesquisa. Sua participação neste estudo consistirá em responder perguntas relacionadas sobreo desenvolvimento da atenção primária nas unidades. As informações obtidas através desse estudo serão confidenciais e asseguramos que o seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados da pesquisa poderão vir a ser publicados/divulgados, desde que assegurada à privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, você não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que por ventura venha a surgir ou que você considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Destacamos aqui a importância de sua participação para a viabilidade deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal.

Cuité __/__/__

Diante do exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável: _____

(Luciana Dantas Farias de Andrade. Professora da UFCG, *Campus Cuité- PB*) Telefone (83) 9921-5477, endereço: Rua José Cassemiro Dantas, 342/Casa 07, Novo Retiro, CEP: 58175-000, na cidade de Cuité-PB. E-mail: luciana.dantas.farias@gmail.com

Pesquisador Colaborador: _____

(Aline Cristina Martins Simões) Discente do curso de enfermagem da UFCG, *Campus Cuité- PB*. Endereço: Rua 15 de Novembro, 525, Basílio Fonseca, CEP: 58.175-000. Telefone: (83) 9643-5160. E-mail: alinecrmartins@gmail.com

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

De acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012
do Conselho Nacional de Saúde.

ESTUDO: **Desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na Atenção Primária à Saúde**

Esta pesquisa é intitulada “**Desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na Atenção Primária à Saúde**”. Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité-PB*, e esta sendo desenvolvida pela graduanda Aline Cristina Martins Simões sob a orientação da Prof^a Luciana Dantas Farias de Andrade. O presente trabalho tem por objetivo geral conhecer o desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais prestadas na atenção primária.

Você está sendo convidado (a) para colaborar com esta pesquisa. Sua participação neste estudo consistirá em responder perguntas relacionadas sobre o desenvolvimento da atenção primária nas unidades. As informações obtidas através desse estudo serão confidenciais e asseguramos que o seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados da pesquisa poderão vir a ser publicados/divulgados, desde que assegurada a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações.

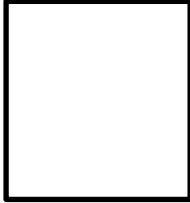
A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, você não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que porventura venha a surgir ou que você considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Destacamos aqui a importância de sua participação para a viabilidade deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal.

Cuité __/__/__

Diante do exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Participante da pesquisa



Testemunha 01:

Testemunha 02:

Pesquisador responsável: _____

(Luciana Dantas Farias de Andrade. Professora da UFCG, *Campus Cuité*- PB) Telefone (83) 9921-5477, endereço: Rua José Cassemiro Dantas, 342/Casa 07, Novo Retiro, CEP: 58175-000, na cidade de Cuité-PB. E-mail: luciana.dantas.farias@gmail.com

Pesquisador Colaborador: _____

(Aline Cristina Martins Simões) Discente do curso de enfermagem da UFCG, *Campus Cuité*-PB. Endereço: Rua 15 de Novembro, 525, Basílio Fonseca, CEP: 58.175-000. Telefone: (83) 9643-5160. E-mail: alinecrmartins@gmail.com

APÊNDICE C

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

Código de identificação: _____

ROTEIRO PARA OS ENFERMEIROS:

- 1- Na Unidade, o (a) senhor (a) consegue realizar as atividades que cabe ao enfermeiro na Atenção Primária à Saúde?
- 2- Quais são as dificuldades que o (a) senhor (a) tem em realizar as suas atividades na Unidade de Saúde?
- 3- Os usuários realizam feedback de seu desempenho laboral na unidade? Como você visualiza estas opiniões?
- 4- Como enfermeiro (a) da unidade, o que faria para melhorar as dificuldades que o (a) senhor (a) enfrenta?

Código de identificação: _____

ROTEIRO PARA OS USUÁRIOS:

- 1- Na Unidade de Saúde do seu bairro, o (a) senhor (a) encontra a assistência que precisa?
- 2- A Assistência de Enfermagem abrange as suas necessidades?
- 3- Os enfermeiros possuem uma boa comunicação durante a assistência prestada?
- 4- Em sua opinião, o que poderia mudar na Unidade de Saúde em relação à assistência prestada pelo enfermeiro (a)?

Anexo



Fonte: Google imagens, 2015.

ANEXO A



PREFEITURA DA CIDADE DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente da intenção da realização da pesquisa intitulada: DESEMPENHO DO ENFERMEIRO EM SUAS ATIVIDADES LABORAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, a ser desenvolvida com enfermeiros e pacientes de cinco Estratégias Saúde da Família do município de Cuité-PB pela acadêmica ALINE CRISTINA MARTINS SIMÕES do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade.

Cuité (PB), 22 de Outubro de 2014


Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO B

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na atenção primária

Pesquisador: Luciana Dantas Farias de Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35628514.1.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 862.480

Data da Relatoria: 24/11/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do tipo exploratório, com abordagem qualitativa que se propõe a investigar o desempenho de enfermeiros em suas atividades laborais na atenção primária. Para a coleta dos dados utilizar-se-á o método de entrevista, em que Enfermeiros atuantes na atenção primária do município de Cuité (PB), além de usuários do serviço serão entrevistados a respeito de suas experiências quanto a atenção básica em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Conhecer o desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais prestadas na atenção primária.

Objetivo secundário, tem-se conhecer a opinião do usuário acerca da assistência prestada pelo enfermeiro na atenção primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram citados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica e relevância para a academia/sociedade.

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7302 Fax: (83)3216-7522 E-mail: cephulw@hotmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 862.480

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados possibilitando uma adequada avaliação nos seus aspectos éticos.

Recomendações:

Que os resultados da pesquisa possam ser retornados aos participantes e/ou cenário da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DA PESQUISA NA FORMA COMO SE APRESENTA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP/HULW considera o protocolo de pesquisa APROVADO.

JOAO PESSOA, 07 de Novembro de 2014

Assinado por:
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7302 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** cephulw@hotmail.com

ANEXO C



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na atenção primária		2. Número de Participantes da Pesquisa: 10	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Luciana Dantas Farias de Andrade			
6. CPF: 008.951.974-48		7. Endereço (Rua, n.º): COMERCIANTE JOSE MIRANDA DE ARAUJO JARDIM OCEANIA 185, Apto. 1403 JOAO PESSOA PARAIBA 58037428	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (83) 9921-5477	10. Outro Telefone:
		11. Email: luciana_dantas_farias@yahoo.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>23</u> / <u>1</u> / <u>Julho</u> / <u>2014</u>		<p>Luciana Dantas Farias de Andrade Coord. do Curso de Enfermagem Professora UFGOES - SIAPE 1617082</p>  Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE		14. CNPJ: 05.055.128/0006-80	
15. Unidade/Orgão:		16. Telefone:	
		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>RAMILTON ALVARINHO COSTA</u>		CPF: <u>308 636 784 91</u>	
Cargo/Função: <u>PROFESSOR LICENCIADO</u>			
Data: <u>23</u> / <u>07</u> / <u>2014</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL		 Ramilton Marinho Costa Diretor do CES Mat. SIAPE 337298	
Não se aplica.			