

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tainan Pires de Oliveira Luchetti Cortinhas

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
(RE)CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL?**

**RIO DE JANEIRO
2018**

TAINAN PIRES DE OLIVEIRA LUCHETTI CORTINHAS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
(RE)CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL?**

Dissertação apresentada a
Universidade Estácio de Sá como
requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Saúde da
Família.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho e Desenvolvimento Profissional em
Saúde da Família

**RIO DE JANEIRO
2018**

C829a Cortinhas, Tainan Pires de Oliveira Luchetti
Atuação do enfermeiro na estratégia saúde da família: (re)
construção de uma prática profissional. / Tainan Pires de
Oliveira Luchetti Cortinhas. – Rio de Janeiro, 2018.
86 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) –
Universidade Estácio de Sá, 2018.

1. Enfermeiras de saúde da família. 2. Papel do
profissional de enfermagem. 3. Saúde da família. I. Título.

CDD 362.14



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
(RE) CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL?**

elaborada por

TAINAN PIRES DE OLIVEIRA LUCHETTI CORTINHAS

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 17 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva
Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Luiz Antônio Teixeira da Silva
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Andreza Rodrigues Nakano
Universidade Federal do Rio de Janeiro

TAINAN PIRES DE OLIVEIRA LUCHETTI CORTTINHAS

**Atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: (re)construção
de uma prática profissional?**

Dissertação apresentada à
Universidade Estácio de Sá como
requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva
Orientador
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Luiz Antônio Teixeira
Universidade Estácio de Sá

Profa. Dra. Andreza Rodrigues Nakano
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amados pais Rosilei e Ademir (em memória) e ao meu querido filho Pedro que são a razão do meu existir.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Pai Celestial pela vida que me concedeu e pela força nos momentos difíceis, por sempre me guiar e confortar.

A minha mãe Rosilei, meu pai Ademir (em memória) e meu irmão Thiago que mesmo distantes sempre se fizeram presentes, por sempre terem acreditado e confiado em meu potencial, por torcerem por mim. Amo vocês.

Ao meu amado filho Pedro, que sempre tão forte e determinado se tornou minha maior fonte de inspiração. Obrigada por suportar as minhas ausências, por sua alegria e luz divina que abrilhanta os meus dias. Te amo daqui até a eternidade.

Ao meu orientador, prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva, sem palavras para descrever tamanha consideração e exemplo no percurso de trabalho, mesmo nos piores momentos nunca desistiu. Obrigada pela parceria e acolhimento sempre.

A todos os meus colegas de curso, especialmente meus amigos Marcia Teresinha Arruda Schanuel, Lethicia Rodrigues, Sandro Calefi e Jucimara Zocolotti, juntos fomos e somos mais fortes. Vocês sempre me incentivaram a seguir e me apoiaram na conquista deste tão esperado objetivo.

Aos professores do curso do mestrado que a todos os momentos nos inspiravam a ser melhores profissionais e depositaram uma confiança imensurável em todos os seus alunos e foram (e sempre serão) grande fonte de inspiração.

A querida Ana Paula, secretária do mestrado, que desde o início se fez tão presente e disponível a todos. Obrigada por todo o apoio.

Aos professores Luiz Teixeira e Andreza Nakano pela participação na banca de qualificação, por contribuírem com o aprimoramento do texto e meu crescimento acadêmico e agora, por aceitarem novamente o convite e estarem presentes na defesa.

A Enf^a. Sandra Solange, por ter sido tão acessível e ter me auxiliado tanto no diálogo entre os gestores das Unidades.

Aos responsáveis pela CAP 3.2 e Secretaria Municipal de Saúde que autorizaram a realização do estudo.

Aos gerentes das Unidades e aos enfermeiros que aceitaram participar do estudo, que dispuseram de seu tempo para estarem conosco na busca de um espaço de discussão para a enfermagem.

A todos que direta ou indiretamente se fizeram presentes para a construção desse projeto, meu muito obrigada.

EPÍGRAFE

“Como a vida, que é sua fonte, os cuidados e entre eles o de enfermagem, tem e terão ainda que se procurar. Como a vida, que alguém disse que é preciso reinventar, há que se reinventar os cuidados. Cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes, que restituam um sentido à vida tanto dos que recebem como dos que o prestam (...), permitindo aos que recebem e aos que prestam cuidados, não mais ter que calar a sua identidade por trás de um papel, mas fazê-la reconhecer, desenvolver e se afirmar”.

Collière, 1999.

RESUMO

Introdução: A enfermagem vem ao longo dos anos adquirindo destaque na sua atuação, após a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), estes profissionais ampliaram seus escopos de ações permitindo exercer de forma autônoma e num ambiente multidisciplinar as atividades em saúde. **Objetivo:** Analisar os principais desafios e facilidades colocados para o exercício do trabalho profissional dos enfermeiros na ESF atuantes na Área Programática 3.2, no município do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Estudo realizado com base na abordagem qualitativa do tipo exploratório descritiva, com oito enfermeiros atuantes em equipes de saúde da família. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas fazendo uso de um roteiro semiestruturado. O conteúdo obtido das entrevistas foi apreciado fazendo uso da análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados e Discussões:** A maioria dos enfermeiros é do sexo feminino, com idade média de 34 anos, tendo concluído sua formação de nível superior e média há 7 anos e grande parte com especialização em Saúde da Família. Todos os entrevistados relataram ter tido acesso a capacitações para atuação em saúde da família, seja por meios próprios ou ofertadas pelos gestores locais. Observou-se nas falas dos entrevistados uma unanimidade quanto a execução das atividades preconizados na legislação vigente para o enfermeiro com atuação na ESF, no entanto, foi destacado que existe uma sobrecarga de trabalho que gera prejuízos na atuação. **Considerações Finais:** A visibilidade dada ao enfermeiro na ESF é um importante “divisor de águas” para os profissionais, que se percebem mais reconhecidos e mais envolvidos, não apenas no cuidado, mas no gerenciamento das ações, no entanto, torna-se necessário o estudo frequente das ações e práticas dos enfermeiros na Estratégia com o objetivo principal de identificar problemáticas passíveis de correção para aprimorar as atividades destes profissionais nesse campo de atuação.

Descritores: Enfermeiras de Saúde da Família, Papel do profissional de Enfermagem, Saúde da Família

ABSTRACT

Introduction: Nursing has gained prominence in its activities, after the implementation of the Family Health Strategy (FHS), these professionals have expanded their scope of actions, enabling them to exercise health activities in an autonomous and multidisciplinary environment. **Objective:** To analyze the main challenges and facilities placed for the professional nurses in the FHS working in Program Area 3.2, in the city of Rio de Janeiro. **Methodology:** This study was carried out based on the descriptive exploratory qualitative approach, with eight nurses working in family health teams. Data were obtained through interviews using a semi-structured script. The content obtained from the interviews was appreciated using the content analysis proposed by Bardin. **Results and Discussions:** The majority of nurses are female, with a mean age of 34 years, having completed their higher education on average 7 years ago, and most of them have specialization in Family Health. All interviewees reported having had access to training for family health work, either by own means or offered by local managers. It was observed in the statements of the interviewees an unanimity regarding the execution of the activities recommended in the current legislation for the nurse with a role in the FHS, however, it was highlighted that there is an overload of work that generates damages in the performance. **Final Considerations:** The visibility given to nurses at the FHS is an important "dividing line" for professionals, who perceive themselves to be more recognized and more involved, not only in care but in the management of actions, however, it becomes necessary a frequent study of the actions and practices of nurses in the Strategy with the main objective of identifying correctable problems to improve the activities of these professionals in this field.

Descriptors: Family Nurse Practitioners, Nurse's Role, Family Health

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ABS – Atenção Básica a Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção Primária a Saúde

CAP – Coordenadoria de Área Programática

CF – Clínica da Família

CMS – Centro Municipal de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

DCN – Diretrizes Curriculares Nacional

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

EqSF – Equipes de Saúde da Família

IMAS – Instituto de Assistência a Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UPAS – Unidades de Pronto Atendimento

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Justificativa	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos	16
3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
4. A FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM NO BRASIL E O MERCADO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA: TRAJETÓRIA E TENDÊNCIAS	24
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	36
6. METODOLOGIA	39
6.1 Desenho do Estudo	39
6.2 Cenário do estudo.....	39
6.3 Sujeitos da pesquisa.....	42
6.3.1 Critérios de Inclusão	42
6.3.2 Critérios de Exclusão	42
6.4 Coleta de dados.....	43
6.5 Critérios Éticos.....	43
6.6 Análise dos dados.....	44
6.7 Os desafios do campo	46
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
7.1 Perfil e formação dos entrevistados	47
7.2 Atuação em Saúde da Família	52
7.3 Facilitadores e dificultadores no processo de trabalho na ESF	56
7.4 Desenvolvimento de habilidades no percurso do trabalho na ESF.....	61
7.5 As relações interpessoais como importante mecanismo para fortalecimento de práticas.....	63
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
9. REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista	83
ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – CEP UNESA e SMS/RJ ..	85

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão dotada de capacidade técnica e científica, que vem assumindo espaços diversificados de atuação. Ao longo do tempo, o mercado de trabalho possibilitou aos seus profissionais desempenharem funções que oferecem uma maior autonomia e ampliação do escopo de suas ações (OGUISSO, FREITAS, 2007, p. 141; CARNEIRO *et al.* 2008; VASCONCELOS, ARAÚJO, 2013).

No Brasil, a profissão é regulamentada por lei (Lei 7. 498/86), e as atribuições, em conjunto e individuais, realizadas pelos enfermeiros estão estabelecidas em legislação específica – Decreto 94.406/87. Dentre as ações privativas do enfermeiro destacam-se: a gestão da equipe de enfermagem, as consultas de enfermagem, bem como as prescrições específicas dos cuidados de enfermagem e os cuidados a pacientes graves (BRASIL, 1986).

Os profissionais de enfermagem são respaldados por um Código de ética que delimita seus deveres, suas responsabilidades (Resolução nº564/2017) e regulamenta suas práticas.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país, a partir da década de 1990, os serviços de saúde procuraram assumir - com algum nível de sucesso - “uma nova dinâmica” de atenção à saúde, tendo esta Estratégia como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde: atender uma população restrita a uma área/território e com profissionais que possuem atribuições específicas para gerenciamento da saúde dos usuários e auxílio na organização das linhas de cuidados, por meio de ações inter-relacionadas e pactuadas entre equipe e pacientes (PAIM, 2009, p. 102; MATTA; MOROSINI, 2009, p 23).

Como necessidade emergente daquele período - devido a mudanças nos serviços de saúde com a implementação do SUS e da ESF, quanto ao mercado e cenário de saúde, a enfermagem passa por uma transformação em seu campo de prática profissional, assumindo (ou reassumindo) uma atividade voltada às ações no âmbito coletivo, com cuidados integrais, interdisciplinares e com possibilidade de longitudinalidade da atenção (COTTA *et al.*, 2006; MAGALHÃES, 2010).

De acordo com a literatura, o trabalho em enfermagem dentro da ESF pode ampliar as possibilidades e autonomia dos enfermeiros, já que estes profissionais passam a desempenhar ações como a consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames preconizados nos programas de saúde do Ministério da Saúde, além de atividades coletivas e ações educativas (OGUISSO, FREITAS, 2007, p. 141; CARNEIRO *et al.* 2008; VASCONCELOS, ARAÚJO, 2013).

O ambiente laboral requer que os enfermeiros desenvolvam novas habilidades na sua prática diária. Para tanto, é necessário que a formação acadêmica e profissional traga em sua grade curricular disciplinas que desenvolvam essas competências para que um trabalho eficiente e responsável dentro da ESF possa ser executado.

O estudo em tela tem por objetivo analisar os principais desafios e facilidades colocados para a prática profissional do enfermeiro inserido na Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa foi realizada em uma área programática do município do Rio de Janeiro para que fosse possível fomentar uma discussão acerca das práticas atuais desenvolvidas pelos Enfermeiros no cenário de atuação destes profissionais.

Para alcançar o objetivo proposto, utilizamos a abordagem qualitativa em um estudo do tipo exploratório descritivo. Por meio da realização de entrevistas com base em um roteiro semiestruturado. Por intermédio dessa metodologia, procuramos compreender como acontecem as ações desenvolvidas pelos enfermeiros atuantes na ESF do Município do Rio de Janeiro e se existem desafios e/ou facilidades para o desempenho da sua prática profissional.

O estudo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, é apresentada a discussão teórica sobre o Sistema Único de Saúde e a implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil, com propósito fundamental de discutir o processo inicial de sua construção e implementação no país; na segunda, buscamos tratar sobre as questões relacionadas à formação de ensino superior e ao mercado de trabalho em Enfermagem no Brasil.

Compreendendo a realidade contemporânea como decorrente de um complexo processo histórico de construção tanto da profissão quanto do sistema de saúde brasileiro, procuramos mobilizar alguns elementos da trajetória de conformação da profissão como uma forma de compreender tendências e “tradições” no campo da enfermagem.

Por fim, discutimos as ações da Enfermagem brasileira no contexto da Atenção Primária à Saúde abordando a atuação do Enfermeiro da ESF, para assim, entender sua inserção como profissional na Saúde Coletiva.

Desta forma, por meio de um olhar na perspectiva histórica da Enfermagem, fica permitido observar que houve modificações nos seus campos de práticas e saberes e que, de acordo com as políticas atuais, como a Política Nacional da Atenção Básica e de resoluções de Conselhos de Enfermagem, os Enfermeiros podem ter adquirido uma maior autonomia no desempenho de suas funções na Atenção Básica. Para tal, questionamos quanto ao atual cenário profissional da enfermagem em saúde pública, no município do Rio de Janeiro, afinal, quais seriam os eventuais desafios e/ou facilidades para o desenvolvimento das ações de enfermagem no contexto das equipes da Estratégia Saúde da Família?

1.1 Justificativa

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de reorientação dos serviços de saúde que objetiva ampliar a atenção oferecida à população brasileira. Para alcançar esta finalidade, procura oferecer práticas de atenção à saúde com foco no indivíduo em seu contexto familiar e social.

Juntamente com a implementação dessa Estratégia, avanços foram conquistados no campo de saúde e atuação profissional de diversos atores, modificando potencialmente o atual modo de se trabalhar em saúde – no âmbito individual e coletivo (ANTUNES, EGRY, 2001; SPAGNUOLO *et al.*, 2012; JUNQUEIRA, 2016).

Nas últimas décadas, devido a mudanças ocorridas nas práticas de saúde, possivelmente houve uma ampliação da autonomia dos enfermeiros para desempenho de suas funções na Atenção Primária a Saúde (APS) (PEDUZZI,

ANSELMÍ, 2002; COTTA *et al.*, 2006; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009; MAGALHÃES, 2010; VASCONCELOS, ARAÚJO, 2013).

O enfermeiro, a partir da sua inserção na ESF, vivenciou uma ascensão e autonomia profissional nas ações de saúde coletiva e pública (XIMENES NETO, COSTA, CHAGAS, CUNHA, 2007, pg. 134).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), o enfermeiro é designado como responsável de equipe de Saúde da Família, não ficando limitado apenas à equipe de enfermagem. É necessário entender que, em muitas circunstâncias, o Enfermeiro da ESF atua em uma conjuntura em que suas ações podem estar em desencontro ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica e a Lei do exercício profissional do enfermeiro. Este desencontro pode estar relacionado à falta de capacitação para atuação nesse então “novo” mercado de trabalho em saúde ou, ainda, se relacionar à falta de estrutura organizacional para o exercício do trabalho na Atenção Primária à Saúde (PEDUZZI, ANSELMÍ, 2002; COTTA *et al.*, 2006; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009; MAGALHÃES, 2010; VASCONCELOS, ARAÚJO, 2013).

Costa *et al.* (2006, p. 415) discutem, em estudo, o importante papel que a enfermagem foi desempenhando, a partir da década de 1990, transversalmente ao aprimoramento técnico e ocupação de ambientes de gestão para atuação e prática profissional.

Apesar do destaque dado aos profissionais, a partir daquele período, questiona-se qual tem sido o real papel desempenhado por estes para alcançar a visibilidade da profissão. Costa *et al.* (2006, p.415) discutem que o enfermeiro, possivelmente, reproduzia ações de forma mecanizada de acordo com as políticas vigentes daquele momento.

Medeiros e Tavares (1997, p. 276) e Ximenes Neto e Sampaio (2007, p.691) debatem quanto à possível “crise de identidade” vivenciada pelos enfermeiros, a partir da divisão do trabalho e prática profissional, bem como a busca por diferentes áreas de especializações para - de certa forma - suprir as necessidades das diversas atuações necessárias para o desenvolvimento das ações de enfermagem na ESF.

Crise esta que nos leva a compreender a necessidade de pesquisar acerca do atual cenário profissional na ESF. Entendendo ser esse ambiente de

atuação como um lugar no qual a enfermagem desenvolve diferentes ações que promove um destaque ao enfermeiro e que depende do profissional o exercício de distintas habilidades que, por vezes, podem não ter sido desenvolvidas pelo trabalhador.

A enfermagem, no campo da Atenção Primária à Saúde, atua no intuito de promover cuidados em saúde, prevenir agravos e, por meio do diagnóstico do perfil populacional de sua área de abrangência, definir ações em conjunto com a equipe para melhor desenvolvimento de suas atribuições e cuidados mais eficazes em saúde (PEREIRA, FERREIRA, 2014).

No entanto, compreendemos que o sucesso da ESF depende, sobretudo, da qualidade do trabalho prestado por seus profissionais e o modo como estes interagem com as ações desenvolvidas e com os envolvidos no processo do cuidado (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

É necessário compreender melhor os bastidores de um eventual insucesso ou discordâncias da aplicação prática do que é preconizado pelas políticas públicas de saúde atuais e como a situação da formação e atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, após as mudanças ocorridas no campo de trabalho da enfermagem, podem contribuir, facilitar ou dificultar o desenvolvimento das ações diretas da ESF.

Sendo assim, uma das inquietações que motivaram este estudo foi observar na prática profissional do enfermeiro atuante na ESF, por vezes, as dificuldades em realizar somente aquilo que lhe cabe e associar suas práticas às leis e normas que respaldam as ações do enfermeiro no campo profissional.

Assim, buscou-se, por intermédio do alcance dos objetivos propostos, contribuir, para a ampliação do conhecimento acerca das dificuldades e facilidades vivenciadas pelos enfermeiros atuantes na ESF quanto ao remodelamento da atuação profissional por meio da PNAB e, transversalmente, discutir processos para o fortalecimento do desenvolvimento das ações desses profissionais para cumprimento da legislação vigente, colaborando com os campos acadêmico, profissional e social.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os principais desafios e facilidades colocados para o exercício do trabalho profissional dos enfermeiros na ESF atuantes na AP 3.2, no município do Rio de Janeiro.

2.2 Específicos

1. Retratar a rotina de trabalho dos enfermeiros na ESF quanto à organização do trabalho e das ações de enfermagem conforme a Política Nacional de Atenção Básica e a lei do exercício profissional;
2. Analisar a existência de eventuais atividades, ações e competências praticadas por enfermeiros a partir da inserção na ESF além do preconizado na legislação vigente.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Brasil, num período anterior à implementação do Sistema Único de Saúde, buscou moldar seus serviços de saúde de acordo com as necessidades imediatas, fossem elas políticas ou da sociedade, o que propiciou o estabelecimento de diferentes modelos de assistência à saúde.

Assim, discutiremos alguns pontos importantes na saúde da população brasileira que possibilitaram a consolidação do SUS e posteriormente da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em meados da década de 1970, amplia-se a discussão quanto à necessidade de mudanças nos serviços de saúde no país, pois naquele período a saúde fundamentava-se num modelo com cuidados fracionados por especialidades e desenvolvidos numa perspectiva curativa por meio de serviços de previdência, onde apenas alguns eram beneficiados (GIL, MAEDA, 2013).

Assim, na década de 1980, as discussões fortalecem-se acerca dos serviços de saúde disponíveis no país e, nesse momento, houve uma proposta de implantação de um outro modelo de atenção à saúde com o intuito de ampliar o acesso da população aos cuidados em saúde.

Nesse período, o marco se deu pela promulgação da Constituição Federal que coloca sobre o Estado a responsabilidade pela saúde da população e a 8ª Conferência Nacional de Saúde que discute sobre melhorias na área da saúde e sobre a implementação de um sistema universal e acessível a todo cidadão (GIL, MAEDA, 2013).

A construção dessa nova dinâmica de serviços em saúde se deu de forma gradativa num processo irregular e incerto, talvez associado ao fato de o SUS ser entendido como uma política pública de saúde num período no qual as políticas públicas se encontravam num ambiente hostil e desprivilegiado, sendo sua principal razão para existir dada a uma “suposta capacidade de assegurar acesso universal à saúde” (CAMPOS, 2015, p. 705).

Figura 1. Linha do tempo retratando os modelos de atenção e as políticas de saúde no Brasil.



FONTE: MONTENEGRO, L. C. A formação do profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem de Minas Gerais, 2010.

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde, a partir de 1990, se deu com a finalidade de remodelar os serviços de saúde e ampliar o acesso da população brasileira a cuidados em saúde pública de forma integral e equânime (SCHERER, MARINO, RAMOS, 2005; ESCOREL, GIOVANELLA, MENDONÇA, SENNA, 2007).

Esse sistema reconhece a saúde como um direito de todo cidadão e tem como princípios básicos ordenadores do seu modelo de atenção: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde, a descentralização da gestão, a regionalização, a hierarquização dos níveis de atenção e a participação social (TEIXEIRA, 2011, p.1; BRASIL, 1990).

No entanto, o sucesso do SUS se ancora no coletivo, assim sua “estabilidade [...] depende, portanto, da constituição de uma sociedade que busque sempre lidar [...] com a contradição entre direitos e interesses individuais e a constituição de modos de governar voltados para o coletivo” (CAMPOS, 2015, p. 706).

O SUS encontra-se organizado em três níveis de atenção hierarquizados para possibilitar a universalidade do acesso proposto em seus princípios e com uso de dispositivos tecnológicos distintos, no entanto, com práticas inter-relacionadas, sendo eles (PAIM, 2009, p. 91; MERHY, 2014):

1. **Nível primário** – entendido como ‘porta de entrada’ aos serviços de saúde no SUS, evidencia-se a atenção primária à saúde tendo as Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família como referência;
2. **Nível secundário** – é a atenção especializada, compreende-se os ambulatorios, hospitais especializados e Unidades de Pronto Atendimento - as unidades mais presentes neste nível de atenção; e,
3. **Nível terciário** – compreende os grandes hospitais com possibilidades para atuação em situações de saúde que exijam a alta complexidade.

A Atenção Primária à Saúde, segundo Matta e Morosini (2009, p 23) é “uma estratégia de organização a atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população [...]”.

Assim, a APS tornou-se uma tentativa de provocar mudanças na atenção à saúde, priorizando os cuidados preventivos e coletivos em saúde, buscando no contexto local modificar situações com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população de uma área adstrita.

Dentre as características próprias da Atenção Primária, Starfield (2002, p. 61-63) apresenta, em estudo, os atributos essenciais desse tipo de atenção. Sendo estes:

- o **primeiro contato** – as unidades de Estratégia Saúde da Família como “porta de entrada” aos serviços de saúde;
- a **longitudinalidade** – o acompanhamento, cuidados ofertados de forma continuada “ao longo do tempo”;
- a **integralidade** – atender as necessidades do paciente de forma ampliada e plena; e,
- a **coordenação do cuidado** – APS como gestora dos cuidados oferecidos à população, tendo a capacidade de organizar o que, quando e como se dará a atenção.

No Brasil, discute-se o termo a ser empregado e estudos de Matta, Morosini (2009, p. 23) e Bodstein (2002, p.42) afirmam que, no país, assume-se o termo Atenção Básica em Saúde (ABS) pelo fato desta dinâmica de cuidado reorientar o padrão assistencial “a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde” no qual “predomina ações preventivas e de promoção em saúde em detrimento das ações curativas e hospitalares”.

No entanto, a Política Nacional da Atenção Básica considera a utilização dos termos como equivalente, possuindo definição semelhante:

Os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento (BRASIL, 2017, p.2).

Dentre os fundamentos e diretrizes da APS destaca-se a oportunidade de ter um território adstrito de forma a possibilitar um diagnóstico situacional de sua população; ser acessível a todos de forma continuada; possibilitar o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população com o intuito de ampliar as ações e promover a longitudinalidade da atenção; favorecer e estimular a participação dos usuários como responsáveis no seu processo de cuidado e mudanças (BRASIL, 2017).

Como tentativa de consolidar o que havia sido proposto pelo SUS, concebe-se, no país, em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorganizar os serviços oferecidos pelas unidades básicas de saúde do país, onde se desenvolve um modelo de atenção cujo primeiro contato do usuário com serviços de saúde, se dá dentro da comunidade, com foco na promoção de saúde e prevenção de doenças.

Esse programa possui como princípios norteadores sob a ótica e padrões do SUS: a universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, com atenção orientada à família. Posteriormente este programa foi denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) devido ao modelo de atenção à saúde ofertado, entendendo que a palavra estratégia oferece um atendimento mais amplo do que se espera nesse novo processo de cuidados à saúde (ESCOREL, GIOVANELLA, MENDONÇA, SENNA, 2007, p.165; FRACOLLI, CASTRO, 2012).

Inicialmente a proposta da ESF era ampliar a cobertura de acesso à população em regiões de vulnerabilidade social, no entanto, com a melhoria nos indicadores de saúde, quando da avaliação da implantação do programa, o mesmo foi expandido para todo o território nacional e, em 1997 o Ministério da

Saúde considera este modelo como uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde na atenção básica (BRASIL, 1997; ESCOREL, GIOVANELLA, MENDONÇA, SENNA, 2007, p.164; RAMOS, HECK, CEOLIN, DILELIO, FACCHINI, 2009, p. 86).

Assim percebemos que a mudança de nomenclatura se fez necessária devido ao fato de a palavra *programa* [grifo nosso] possuir uma limitação com prazo de atuação determinado, já *estratégia* [grifo nosso] possui uma significação mais ampla e uma possibilidade de continuidade da proposta (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Com o propósito de normatizar as ações e diretrizes da Estratégia Saúde da Família, é promulgada em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB – revista em 2011 – portaria n°. 2488/11 - e 2017 – pela portaria n°. 2436/17) que apresenta a sua definição e organiza suas ações tendo por base o cuidado ao indivíduo em sua singularidade num contexto próprio e social, visando a oferecer condições para uma atenção integral:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017, p. 2).

Essa Política fundamenta os princípios organizacionais da Atenção Básica e define os modelos de equipes de trabalho e as funções de cada membro de forma a oferecer uma atenção multiprofissional e interdisciplinar.

A partir de sua promulgação, a política passa a ser orientadora dos serviços prestados na AB/ESF e assim, direciona os cuidados praticados pela equipe - não limitando, mas direcionando as práticas de saúde dos profissionais.

A Política ainda apresenta a importância da articulação entre a educação e a saúde na instrução dos profissionais visando promover uma adequação na formação dos trabalhadores ao novo perfil de assistência na AB:

Articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando a formação de profissionais e gestores com perfil adequado à atenção básica.

Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente¹ para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2017, p. 5).

Na lei orgânica nº 8080 que dispõe sobre o funcionamento do SUS, também são incluídos artigos que orientam e reforçam a importância da capacitação profissional para atuação na saúde pública, em seu artigo 14, parágrafo único, lemos que comissões de representantes serão responsáveis para promover “estratégias de formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990).

Costa e Miranda (2008, p. 504) reforçam a importância do papel desempenhado em conjunto pelo SUS e pela ESF almejando renovar as práticas pedagógicas aproximando a academia à prática, introduzindo os discentes à “realidade social e de saúde” da população brasileira. E, esse estreitamento, possibilita o desenvolvimento das atribuições dos profissionais mais consonantes às necessidades dos indivíduos assistidos.

Nesse sentido, campos de atuação profissional em saúde são modificados e o mercado de trabalho, nessa área, requer atualização por parte dos gestores e dos profissionais para alcance das necessidades da população e efetivação de ações previstas pelas Políticas Públicas de Saúde, o que promove uma situação de necessidade de formação qualificada dos profissionais de

¹ Entendendo por educação permanente a definição sugerida por Ceccim e Ferla (2008) que trazem “como prática de ensino-aprendizagem que significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade viva por atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.”

saúde com o intuito de dispor no mercado trabalhadores capacitados para atuarem conforme as exigências do atual cenário de saúde pública brasileiro.

4. A FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM NO BRASIL E O MERCADO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA: TRAJETÓRIA E TENDÊNCIAS

A Enfermagem Brasileira vem construindo e consolidando suas práticas de forma a qualificar o enfermeiro como um profissional autônomo e ao mesmo tempo interdependente de outros profissionais para o exercício do cuidado, no entanto, um longo percurso vem sendo trilhado por esses profissionais com o objetivo de conquistar seu espaço profissional.

O processo de consolidação da enfermagem profissional, no Brasil, se iniciou no século XIX, num momento no qual o país atravessava um período de mudanças nas práticas em saúde pública devido ao crescente número populacional naquele período e epidemias como varíola, febre amarela, o tifo (KLETEMBERG, SIQUEIRA, 2003, p. 63).

Desse modo, emergiu a necessidade de mão de obra qualificada para atuação na saúde, assim, despontavam dois importantes cursos na área de apoio à saúde: o de educadoras sanitárias que, em um curto período de formação, capacitava profissionais para desempenharem as atividades educativas necessárias naquela época; e o curso de enfermeiras de saúde pública, que eram profissionais com maior nível de formação acadêmica (BERTOLOZZI, GRECO, 1996; CASTRO-SANTOS, FARIA, 2008; MEDEIROS, TRIPPLE, MUNARI, 2008).

No ano de 1890, com base no decreto n°. 791, inicia-se oficialmente a formação em enfermagem no Brasil, no município do Rio de Janeiro, com a criação da primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras com um curso de duração de dois anos. O objetivo era habilitar profissionais para o desenvolvimento de funções voltadas à saúde mental, pois até então, os portadores de transtornos mentais eram excluídos da sociedade e mantidos em locais isolados e cuidados por leigos. Assim, percebeu-se a necessidade de uma instrução formal para a prática de cuidados em saúde mental (LEONELLO, MIRANDA NETO, OLIVEIRA, 2011, p. 1777).

Em 1905, a Escola foi reformulada promovendo um novo modelo acadêmico com disciplinas voltadas à formação científica, tendo em sua grade curricular: anatomia, fisiologia, farmácia, práticas administrativas e hospitalares,

dentre outras. Posteriormente, no ano de 1921, sendo denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (ESCOLA PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS E ENFERMEIRAS, 2018).

Em 1916, estabelece-se a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira com o propósito de capacitar socorristas voluntários para atendimentos voltados às “emergências de guerra”. Em 1920, na mesma escola, implantou-se o curso de visitadoras sanitárias. A intenção, naquela época, para a abertura de cursos de formação na área de enfermagem, era o de suprir uma necessidade imediata de ações em saúde pública devido às epidemias emergidas, tais como a febre amarela, malária, tuberculose (LEONELLO, MIRANDA NETO, OLIVEIRA, 2011, p. 1777; TEIXEIRA, SOLLA, 2006, p. 26).

Na década de 1920, o Brasil vivenciava uma crise em saúde devido à elevada imigração em busca de trabalho e a migração da população para os centros urbanos, o que provocou inúmeros problemas relacionados a saneamento, aumentando a ocorrência de problemas de saúde (FINKELMAN, 2002, p. 119).

Isto posto, as escolas de saúde voltavam a sua formação para a capacitação de profissionais habilitando-os para o desenvolvimento de ações para a contenção das epidemias, assim, se instituiu a Escola de Enfermeiras Profissionais do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) cujo intuito era capacitar enfermeiras para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde (LEONELLO, MIRANDA NETO, OLIVEIRA, 2011, p. 1777).

Práticas de saúde questionadas por Rizzotto (2006, p. 6) como sendo realizadas através de tentativas de persuasão por convencimento e focadas num “modelo biomédico e centrado no espaço hospitalar”.

A meta, naquele período, era formar profissionais que atuassem junto à comunidade com práticas sociais e educativas na tentativa de diminuir os agravos à saúde da população devido aos problemas gerados pelo crescimento populacional desordenado.

Assim, a prática profissional do enfermeiro junto à população visava estimular a promoção da saúde e prevenção de danos. O enfermeiro estava habilitado para o desenvolvimento de ações educativas tendo como objetivo conscientizar a população dos cuidados necessários para manutenção da saúde.

Teixeira e Solla (2006, p.27) mencionam que, a partir do momento no qual o Estado passou a ser responsável pelas questões de saúde da população brasileira e a elaborar ações de melhoria para as condições de saúde pública, necessitava-se de profissionais qualificados para atuar nas demandas emergenciais do período.

A constituição de escolas e cursos para formação em enfermagem, durante os períodos citados, baseou-se em necessidades imediatas de acordo com as condições de saúde da população do país, assim o ensino formava profissionais para atender necessidades emergentes, como as doenças infecciosas e parasitárias (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p.27).

Fundamentalmente, o ensino associava-se ao contexto de cada período, assim a necessidade imediata observada era a que fundamentava para a elaboração de currículos que abrangessem e contribuíssem para o controle da situação de saúde do momento (ITO *et al.*, 2006, p. 571).

A partir de 1949, tornou-se obrigatória a implantação de cursos de enfermagem nas universidades de medicina, por meio da Lei nº 775/1949 – lei esta que dispõe sobre o ensino de enfermagem no país naquele período – devido à necessidade de mão de obra qualificada (TEIXEIRA, SOLLA, 2006, p. 26).

Contudo, nas décadas de 1950 e 1960, com a expansão da industrialização no Brasil, houve um aumento do número de hospitais e uma ampliação relevante no quantitativo de escolas formadoras em enfermagem bem como uma modificação no perfil de atuação desses profissionais, passando os mesmos a se inserirem num contexto hospitalar de cuidados, curativos, com uma atuação institucionalizada (VIETTA, UEHARA, NETTO, 1996; CASTRO-SANTOS, FARIA, 2008; LEONELLO, MIRANDA NETO, OLIVEIRA, 2011, p. 1777; TEIXEIRA, SOLLA, 2006, p. 26).

A enfermagem vivencia um novo caminho no campo profissional, em busca de uma organização das suas ações “baseada num saber científico e na institucionalização” (MEDEIROS, TAVARES, 1997, p. 279).

Devido à mudança no perfil assistencial à saúde, institucionalizada, despontou outros níveis de habilitação em enfermagem provocando um possível “conflito de identidade” por parte dos enfermeiros. Esse dilema era provavelmente oriundo da indefinição de atribuições onde o enfermeiro se via

numa dualidade de funções, a assistência e a administração (MEDEIROS, TAVARES, 1997, p. 283, 288).

O ensino em enfermagem passou a ser desenvolvido de forma a atender à necessidade do mercado de trabalho – um modelo individualista, hospitalar e curativo de atenção à saúde, e, alguns profissionais foram distanciados da prática para assumirem posições administrativas e gerenciais (VIETTA, UEHARA, NETTO, 1996).

Scliar *et al.* (2002, p. 59), em estudo, referem que entre as décadas de 1960 e 1970, a saúde pública brasileira assistia aos indivíduos tendo por funções básicas “o controle das doenças transmissíveis, por vacinação, saneamento básico, tratamento específico (no caso de tuberculose, lepra, doenças sexualmente transmissíveis), fiscalização sanitária (...)”.

Nota-se, aqui, que a atenção em saúde pública permanecia com um perfil de cuidados voltados às situações que necessitavam de ações imediatas e, muitas vezes, em curto prazo (TEIXEIRA, SOLLA, 2006, p.144).

Contudo, na década de 1970, o país enfrenta nova crise, aumento da pobreza e crise financeira – agravada pelo modelo médico hegemônico o qual responde por maior gasto público e necessidade de muitos investimentos. A recessão era mundial e o capitalismo sofria uma grave crise, os investimentos sociais eram escassos e a pobreza aumentava, assim era necessária uma mudança. O modelo hospitalocêntrico e curativista passou a ser questionado e emergiu uma necessidade de reforma no campo de atuação e formação em saúde (VIETTA, UEHARA, NETTO, 1996; CAMPOS *et al.*, 2001, p. 18).

Paiva e Teixeira (2014) evidenciaram que naquele período uma problemática estava instaurada e necessitava de mudanças para que o sistema de saúde no país pudesse avançar de forma qualificada:

A falta de coordenação e sintonia entre sistema de formação de recursos humanos ao país e as necessidades epidemiológicas e de atenção à população, sentidas nos serviços de saúde, constituir-se-á em uma das problemáticas mais urgentes a ser enfrentadas para o bom funcionamento do sistema de saúde brasileiro contemporâneo (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 6)

A enfermagem começaria, então, a trilhar um novo campo de prática e saber. Desse modo, iniciou-se um processo para conquista de seu espaço como uma profissão de prática social com capacidade de auto-organização (PAIM, 2001; CASTRO-SANTOS, FARIA, 2005, p.42; ANDRADE, 2007; MISHIMA *et al.*, 2009).

Ainda na década de 1970, a enfermagem também obteve mais expressividade ao serem criados os Conselhos Federal (COFEN) e Regionais de Enfermagem (COREN) – por meio da Lei nº. 5.905/73 que dispõe sobre as competências fiscalizadora e disciplinadora para a enfermagem; e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com a promoção de ações educativas (VIETTA, UEHARA, NETTO, 1996).

A partir desse período, desencadeia-se um processo de reconhecimento do papel do enfermeiro como profissional com capacidade intelectual para o desenvolvimento de suas ações baseadas em métodos científicos e admite-se sua participação de forma interdisciplinar nas ações de saúde (VIETTA, UEHARA, NETTO, 1996; CASTRO-SANTOS, FARIA, 2008).

Na década de 1980, com a promulgação da Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, são definidos os papéis desses profissionais e delimitadas as suas atribuições, direitos e deveres.

O enfermeiro adquire certa autonomia para o desenvolvimento de ações privativas como a realização de consulta de enfermagem e gerência da equipe de enfermagem; e, como integrante da equipe de saúde, como por exemplo, a prescrição de medicamentos inseridos em programas de saúde pública e autorizados na rotina da Unidade de Saúde e as ações educativas junto à população (BRASIL, 1986; FONTINELE JÚNIOR, 2002).

Entre as décadas de 1980 e 1990, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a promulgação da Constituição Federal e o surgimento do Sistema Único de Saúde, os órgãos regulamentadores e fiscalizadores de enfermagem discutem a importância na modificação do currículo com a necessidade de formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS (TEIXEIRA, SOLLA, 2006, p.28).

O enfermeiro teria, então, possivelmente, iniciado um processo de reconstrução de sua atuação o que melhor definiria e fortaleceria seu papel na área de saúde possibilitando, potencialmente, assumir um papel fundamental

como membro da equipe de saúde, com destaque para suas ações privativas conforme legislação do exercício profissional de enfermagem.

Tendo a possibilidade de desenvolver suas atividades não apenas baseadas em uma “divisão de tarefas” com outras categorias, mas como uma oportunidade de compartilhar saberes e práticas profissionais numa equipe com atuação multi e transdisciplinar (MISHIMA *et al.*, 2009, p. 774).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, na década de 1990, a saúde pública passa a ser, ainda que repleta de desafios e contradições, um outro modelo de atenção à saúde, que objetiva promover ações de caráter preventivo de doenças e de promoção em saúde.

As ações de enfermagem no contexto de atenção em saúde - especificamente nas equipes de saúde da família - são definidas, como vimos, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito individual e coletivo, e coloca o enfermeiro como profissional com capacidade técnico-científica para resolutividade de problemas e como integrante de uma equipe multidisciplinar em serviços de saúde bem como ações de gerenciamento de serviços e equipe. (BRASIL, 2017).

Nesse modelo de atenção, a PNAB fortalece a atuação do enfermeiro e concede autonomia para prestação dos serviços prioritários dentro das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Dentre as ações preconizadas o enfermeiro deve desenvolver ações de saúde à pessoa, família e coletividade em seus vários ciclos de vida; realizar a consulta de enfermagem com autonomia para solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamento para rede especializada, conforme protocolos e diretrizes estabelecidas; realizar atividades de educação permanente; e ainda dispõe ao enfermeiro a responsabilidade do planejamento, coordenação e avaliação das ações realizadas pelos técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017, p. 19-20).

Assim, de acordo com legislação vigente para o exercício da enfermagem no país – lei nº 7489/86 – o enfermeiro possui responsabilidades que competem a ele como membro da equipe de saúde e também, desenvolve ações privativas, tais como a consulta de enfermagem nos diferentes períodos do desenvolvimento humano (BRASIL, 1986, artigo 11, alínea I, item i).

Conforme o artigo 11, alínea II da lei 7.489/86 a prescrição de medicamentos e solicitação de exames, somente podem ser realizadas por enfermeiros atuantes na Atenção Básica e de acordo com os protocolos de saúde vigentes e programas de saúde pública (BRASIL, 1986).

Outro avanço conquistado pelos enfermeiros no município do Rio de Janeiro foi a elaboração e publicação dos Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde² com o intuito de normatizar as ações dos enfermeiros nas diferentes linhas de cuidados em saúde e garantir “aos profissionais o direito legal de desenvolver papéis, funções, competências e saberes adquiridos, com eficiência e eficácia, na construção de uma política de saúde realmente voltada para o atendimento das necessidades da população” (RIO DE JANEIRO/SMSDC, 2012, p. 5; LEAL, 2014).

Observa-se que as diretrizes para o desenvolvimento das ações de enfermagem na ESF, no município do Rio de Janeiro, são amparadas pela lei do exercício profissional, a PNAB, a carteira de serviços do município do estudo e os Protocolos Municipais de Enfermagem para atuação na Atenção Básica – que tem como objetivo fundamentar as práticas assistenciais do enfermeiro que atua na AB, trazendo em seu contexto a prática clínica do enfermeiro nas diferentes situações de saúde da população assistida, sendo necessário em todos os cenários (RIO DE JANEIRO/SMS, 2017c).

Para a realização da consulta de enfermagem, o enfermeiro deve conhecer as etapas do processo de enfermagem, no qual está baseada a metodologia prática e científica da conduta, sendo essas inter-relacionadas e interdependentes: “histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação da enfermagem” (PEREIRA, FERREIRA, 2014, p. 102).

Estudo de Oguisso e Freitas (2007) apontam para o importante destaque dado aos profissionais enfermeiros com a possibilidade de atuação ampliada com a realização de consultas de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames de rotina. Nesse mesmo estudo, os autores colocam a prescrição de medicamentos como uma “das inovações da profissão de enfermagem” (OGUISSO, FREITAS, 2007, p. 141).

² Como fonte para conhecer melhor o recepcionamento do protocolo pela enfermagem no município do Rio de Janeiro fizemos uso da dissertação de Priscila Baptista Leal (LEAL, 2014).

Antunes e Egry (2001, p. 100) ainda discutem as mudanças propiciadas pela implementação da ESF para os enfermeiros, sendo um importante modificador nas relações interpessoais, trazendo destaque ao papel do enfermeiro como supervisor de equipe.

Dentro dos protocolos de enfermagem do município do Rio de Janeiro, o enfermeiro desenvolve ações em saúde à população em seus diferentes ciclos de vida por intermédio da consulta de enfermagem, com possibilidades para a prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares, conforme protocolos do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e legislação vigente (RIO DE JANEIRO/SMSDC, 2017a).

No entanto, para o desenvolvimento de tais práticas o enfermeiro deve, em conjunto com seu empregador, buscar por meio de capacitações/qualificações aprimorar seus conhecimentos e sua capacidade técnica e prática para que possa desenvolver de forma satisfatória as ações de sua competência com o intuito de garantir a segurança do paciente (OGUISSO, FREITAS, 2007; VASCONCELOS, ARAÚJO, 2013).

Com a ampliação das práticas no mercado de trabalho de enfermagem, relacionadas à implantação das unidades de saúde da família³ emerge no âmbito acadêmico a necessidade de discussão da formação dos discentes em enfermagem para um novo modelo de atenção à saúde. A formação profissional do enfermeiro deveria atender às necessidades da saúde coletiva (PAIM, 2001; ESCOREL, GIOVANELA, MENDONÇA, SENA, 2007; SILVA, SOUSA, FREITAS, 2011).

Em estudo, Ximenes Neto e Sampaio (2007, p. 691) observaram que devido às perspectivas nos campos de atuação, os enfermeiros estão, possivelmente, enfrentando um dilema de identidade profissional, com dificuldades para eleger qualificações para seu desenvolvimento técnico-científico, tendo na ESF a necessidade de desempenhar uma diversidade de ações e cuidados em diferentes ciclos de vida e situações.

Costa e Miranda (2009, p. 303) discutem quanto ao perfil multifacetado de enfermeiros para atuação na ESF, com necessidade de

³ Segundo dados do Ministério da Saúde, em julho de 2016, somava-se um total aproximado de 40,6 mil Unidades (RIO DE JANEIRO/SMDC, 2017a).

desempenhar uma diversidade de funções com o intuito de cumprir o esperado pelos profissionais atuantes na saúde pública.

O enfermeiro atuante na ESF é considerado com um profissional generalista e especialista que precisa estar constantemente se atualizando para buscar suprir as demandas tanto de cuidados quanto de gerenciamento que lhe competem (FERREIRA, PÉRICO, DIAS, 2018, p. 707).

Rocha e Almeida (2000, p. 97) consideram a enfermagem como “o grupo profissional mais amplamente distribuído e que tem os mais diversos, papéis, funções e responsabilidade”, o que entendemos como passível para contribuir com a dificuldade de associar o real papel do enfermeiro dentro da equipe de enfermagem e possibilitar uma falta de reconhecimento.

Rizzoto (1999, p. 43) remete ainda a dificuldade da sociedade em diferenciar os diversos trabalhadores de enfermagem, não percebendo as distintas hierarquias na equipe de enfermagem.

A partir da implantação do SUS e das mudanças na atuação em saúde, surge, por meio da Portaria nº 1721/94 do Ministério da Educação, a inserção do currículo mínimo e a necessidade de incluir na formação acadêmica disciplinas voltadas para a atuação em diferentes áreas de atenção à saúde e com capacidade para o desenvolvimento de ações integrais que contemplem a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (JUNQUEIRA, 2016).

No entanto, devido à dicotomia do modelo teórico prático com ensino fundamentado em práticas médicas assistenciais, o currículo mínimo foi substituído pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) - CNE/CE nº03/2001- aprovada em 2001, com “a articulação da qualidade da formação com os princípios do SUS e com a atual concepção de saúde” trazendo um currículo próximo à realidade da atuação (BRASIL, 2001; COSTA, MIRANDA, 2009, p. 302).

Segundo as DCN, o acadêmico em enfermagem deve desenvolver habilidades e saberes para desempenhar ações conforme o perfil populacional sob os seus cuidados:

“Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no

rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2011, artigo 3^a).

Atualmente, as instituições de ensino em enfermagem buscam inserir em seu currículo disciplinas integradas e capazes de aflorar o senso crítico do profissional para as necessidades individuais e coletivas da população assistida. No entanto, se observa uma necessidade de melhoria no que repercute à “atenção integral, equidade, universalidade, intersetorialidade e controle social” (TEIXEIRA, SOLLA, 2006, p. 164).

A enfermagem desenvolve suas ações em cinco dimensões distintas e que podem estar associadas, são elas, a gerencial, a assistencial, a de ensino, a de pesquisa e a participação política (SANNA, 2007).

Segundo Sanna (2007) e Paula *et al.* (2014) entende-se como dimensão gerencial a função de gestão, seja de equipe, ou dos cuidados desenvolvida pelo enfermeiro; a assistencial, como o cuidado em si, o atendimento individualizado ou coletivo oferecido pelo profissional ao usuário do serviço; a de ensino está associada aos programas de educação permanente e continuada e as atividades educativas à população; quanto à pesquisa, sugere-se a capacidade de o enfermeiro avaliar sua prática e identificar necessidades de aprimoramento profissional para melhor desenvolvimento das ações; e, a participação política é definida como “força de trabalho de enfermagem e sua representação social” (PAULA *et al.*, 2014, p. 455).

Sanna (2007) e Paula *et al.* (2014) referem-se a ESF como uma área relevante para o desenvolvimento de ações em enfermagem e partindo de suas dimensões para o processo de trabalho, a enfermagem encontra ali diferentes formas de atuação e participação para a elaboração dos cuidados.

O enfermeiro desempenha funções relacionadas diretamente aos cuidados do indivíduo, família e coletividade e também, de gerência de equipe e gestão dos cuidados, tornando-se imprescindível que, enquanto membro de uma

equipe de trabalho, adquira (ou aprimore) habilidades para desenvolvimento pleno de suas ações.

O enfermeiro em saúde da família deve atuar de forma a atender integralmente o usuário em sua singularidade e em sua vivência social, colocando-o como participante e responsável pela transformação de seu estado de saúde.

O profissional necessita ter a capacidade de “planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde” (COTTA *et al.*, 2006, p. 9).

Estudos demonstram que o enfermeiro desenvolve, na ESF, ações majoritariamente administrativas e de educação coletiva ou de consultório e curativa, o que ocasiona uma ruptura no processo de atenção à saúde integral do indivíduo assistido, assim, supõe-se que existem lacunas (sejam elas estruturais ou de gestão) para o desenvolvimento das ações necessárias para efetivação das políticas de saúde nacionais no que tange à área da enfermagem (ERMEL, FRACOLLI, 2006; SCHIMITH, LIMA, 2009; SILVA, MOTTA, ZEITOUNE, 2010).

Verifica-se na literatura que o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família vem realizando ações mais voltadas à gestão dos cuidados do que a prática dos cuidados assistenciais em si, o que pode provocar um distanciamento do profissional enfermeiro de atividades relacionadas aos cuidados diretos aos usuários, assim é questionado por autores uma possível dificuldade de associar a prática-assistencial à gerencial nas ações de enfermagem (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009, p. 259).

Por outro lado, em que pese uma série de dificuldades para a realização de uma atenção integral por parte dos enfermeiros, devemos reconhecer que, inserida no cenário da Atenção Básica, a enfermagem lança-se em um ambiente de renovação de suas práticas, voltando-se e fortalecendo-se como profissionais de saúde pública/coletiva (COSTA, LIMA, OLIVEIRA, 2000; BACKES, D., BACKES, M., ERDMANN, BUSCHER, 2012).

Rocha e Almeida (2000, p. 97) referem que esse processo de construção (ou reconstrução) dos processos de trabalho da enfermagem há

aproximadamente cinquenta anos se dá com o intuito de organizar seus fundamentos – práticos e teóricos e consolidar suas práticas.

Percebemos que um longo caminho tem sido traçado pela enfermagem com o intuito de cumprir seu papel primordial na área da saúde, o de cuidar. É necessário que haja entre instituições formadoras e o palco onde a prática se realiza, uma cooperação para que a formação aconteça em concordância com “as necessidades do sistema de saúde e de um modelo de atenção mais integral” (CAMPOS *et al.*, 2001, p.55).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho é meio pelo qual o homem pode desenvolver habilidades ou melhorar aquelas já adquiridas em determinado período de sua formação pessoal ou profissional. Durante o exercício das atividades laborais existe a possibilidade de modificações de espaços e contextos.

Segundo Frigotto (2008, p.399), o trabalho está relacionado às várias perspectivas humanas e influencia “todas as dimensões da vida humana”, ou seja, o trabalho é essencial para a categorização dos diferentes modos de vida, ação e desenvolvimento individual e em sociedade.

O autor descreve que o trabalho exerce, no homem e para o homem, diferentes significações a depender do contexto no qual está inserido, podendo variar de acordo com o período vivido (FRIGOTTO, 2008, p. 399).

Peduzzi e Anselmi (2002) referem-se ao trabalho como sendo algo “transformador”, sendo de fundamental importância nos processos de modificação individual e coletivo, pois por meio dele o homem se remodela e pode alterar o meio no qual se insere.

Marques e Silva (2004, p. 546) consideram o trabalho como um “processo dinâmico” que possibilita a articulação entre diferentes atores e setores com propósitos e objetivos definidos. O trabalho oportuniza o aprendizado e viabiliza uma ampliação das possibilidades profissionais, potencializando as ações dos trabalhadores.

Ramos, Heck, Ceolin, Dilélio, Facchini (2009, p. 85) retratam o processo de trabalho na atenção básica como “fortemente vinculado ao trabalho vivo, à natureza e conteúdo da atividade, à qualidade técnico-científica, à motivação e ao compromisso do trabalhador com o resultado de seu trabalho”, compreendemos, assim, que o exercício profissional na ESF está adiante de apenas um conhecimento, engloba diversos saberes e habilidades.

Trabalhar em saúde requer do profissional habilidades para o desenvolvimento de ações, no entanto, ao criar ou recriar ações para cuidar em saúde, aprimoramos, também, as habilidades profissionais, assim, o trabalho proporciona mudanças no meio no qual o exercemos, naqueles em quem exercemos, e no próprio profissional.

O trabalho em saúde se dá por intermédio do trabalho vivo, isto é, por meio da ação realizada, de forma intencional, por um trabalhador em prol de um receptor dos cuidados (MERHY, FRANCO, 2008, p. 427).

O trabalho, para Merhy e Franco (2008, p. 427) é visto como possivelmente desenvolvido de forma coletiva com vistas a alcançar objetivos diversos, sendo eles financeiros, social e/ou pessoal.

O trabalho da enfermagem na APS é desenvolvido baseado nas ações humanas dos profissionais, da relação social e do estabelecimento de vínculos, assim para melhor compreensão acerca do exercício da enfermagem na Estratégia Saúde da Família faremos uso da “Teoria do Trabalho Vivo” proposta por Emerson Elias Merhy em seu livro “Saúde: a cartografia do trabalho vivo” (MERHY, 2014).

Essa teoria associa a realização do trabalho humano ao desenvolvimento de habilidades para criação ou manutenção de ferramentas para o prosseguimento de condutas almeçadas. O autor discute a mudança no campo profissional de saúde, no qual as ações passam a ser desenvolvidas visando não o individual, aquele ser fragmentado, mas a construção de relações, o vínculo para o alcance dos objetivos no campo profissional (MERHY, 2014, p. 93-94).

Para Merhy, o trabalhador é visto como produtor, assim ele é sujeito importante na realização de condutas que podem remodelar perspectivas, por meio do compartilhamento das ações desempenhadas com as tecnologias em saúde; para o autor, o cuidado em saúde deve gerar produtos, entendendo ser esse produto benefícios àqueles que foram objetos da atenção/ação profissional, ou seja, os usuários-consumidores (FRANCO, MERHY, 2013, p. 29; MERHY, 2014, p. 94, 108).

Discutindo o atual contexto profissional do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família, encontramos o paralelo com a teoria do trabalho vivo em saúde proposta por Merhy (2004) como sendo relevante para compreensão do papel desempenhado e seus fundamentos, pois o enfermeiro realiza suas intervenções utilizando-se das tecnologias em saúde com o intuito de produzir resultados que possam modificar cenários.

Dias e Paiva (2011) apontam para a necessidade de modificar ações para se adequar aos diferentes campos de saberes e práticas, assim, torna-se

imprescindível que o profissional enquanto trabalhador que desempenha funções (em sua maioria) em prol de outros adquira conhecimento acerca de sua competência profissional para que alcance resultados capazes de transformar condições – sejam elas clínicas, sociais, pessoais (DIAS, PAIVA, 2011, p. 516).

Castro-Santos e Farias (2008, p. 42) discutem a modificação ocorrida nas atribuições do enfermeiro após sua inserção em práticas de saúde pública/coletiva que possibilitaram uma ampliação de suas funções e o destacaram como profissional autônomo e qualificado.

Em um estudo realizado por Merhy (2004, p. 100), o autor apresenta as possibilidades de atuação para o enfermeiro no campo da saúde da família com o uso de competências nas dimensões do cuidado e profissional, pois ao que tudo indica, possivelmente, o enfermeiro realiza, dentro da APS, atividades que não só podem ampliar seu campo de exercício profissional, mas que podem interferir diretamente nos cuidados em saúde da população assistida (seja no decorrer dos atendimentos individuais/coletivos; ações educativas) (PEREIRA, FERREIRA, 2014).

Em vistas de tais noções, focamos no trabalho profissional, entendido, portanto, como indissociável às diversas dimensões humanas e por ser este um fator importante nas condições de vida do indivíduo (FRIGOTTO, 2008).

Para o alcance dos objetivos propostos entendemos que a teoria que mais se aproxima do nosso objeto de pesquisa é a do trabalho vivo em saúde, por trazer como referência o exercício real do trabalho, o que possibilita compreender de forma mais significativa o exercício e o contexto profissional (MERHY, 2014).

6. METODOLOGIA

6.1 Desenho do Estudo

No intuito de alcançar o proposto nos objetivos desta pesquisa, realizamos um estudo com base na abordagem qualitativa do tipo exploratório descritiva, entendendo ser este tipo de pesquisa um facilitador para questões relacionadas a significações não delimitando os fatos a dados quantificáveis (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; MINAYO, 2001).

Optou-se por esse tipo de abordagem devido ao fato de a mesma possuir maior flexibilização para formular perguntas e proporcionar melhores oportunidades de avaliação da fala e comportamento do entrevistado, assim utilizamos um roteiro semiestruturado (apêndice I) com questões relacionadas ao objeto do estudo e por entender que este tipo de método pode ampliar a discussão acerca do observado – do objeto do estudo, possibilitando construir um cenário mais ampliado e propiciar uma discussão valiosa acerca do proposto (RAMPAZZO, 2013, p. 121).

6.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, que está localizado no estado do Rio de Janeiro, na região Sudeste do país, que conta com uma população aproximada de 6.498.837 habitantes, e uma área territorial de 1.200,179 km² (IBGE, 2016).

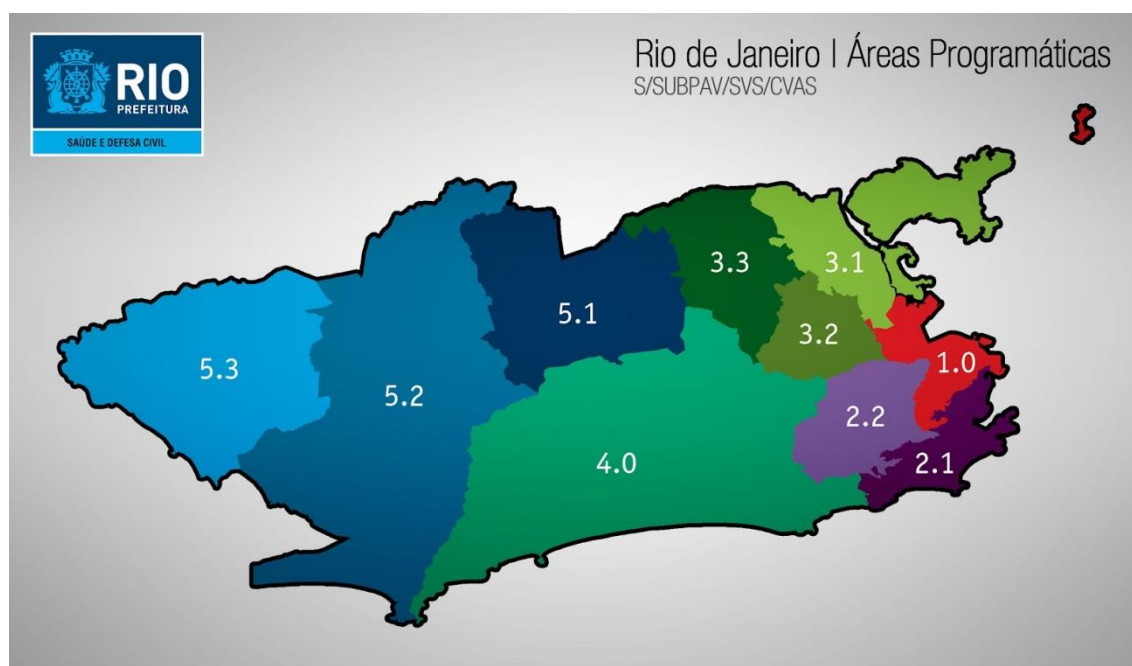
No município, a ESF teve seu início de implantação, a partir de 1995, no entanto, foi em 2009 que houve um significativo processo de expansão (LIMA, 2014, p. 28).

As Unidades de Saúde da Família oferecem uma ampla carteira de serviços e contam com o auxílio de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a condução de determinados casos. Possui equipes de saúde bucal e assistência farmacêutica instaladas dentro das próprias unidades. Contam com o Programa de Saúde nas Escolas (PSE) para o fortalecimento do vínculo e ampliação dos cuidados para além das clínicas, realizando ações de forma

entrelaçadas, propiciando o cumprimento dos atributos da APS por meio da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade das intervenções realizadas.

Atualmente, o município, conta com 226 Unidades de Saúde da Família (sendo 115 Clínicas da Família e 111 Centros Municipais de Saúde com equipes de Saúde da Família implantadas), divididas em 10 áreas programáticas – que são divisões territoriais para facilitar a administração setorial (RIO DE JANEIRO/SMSDC, 2018).

Figura 2. Áreas programáticas do município do Rio de Janeiro



Fonte: Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde – disponível em: <http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>

Quanto à rede de apoio municipal, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, o município conta com 71 unidades de atenção secundária – sendo Centros de Atenção Psicossocial, Casa de Parto, Centros de Reabilitação, Coordenações de Emergências Regionais, Núcleos de Saúde do Trabalhador, Programas de Atenção Domiciliar ao Idoso, Policlínicas e Unidades de Pronto-Atendimentos (UPAS); e, 29 unidades de atenção terciária – Hospitais, Maternidades, Institutos de Psiquiatria e Instituto de Assistência à Saúde (IMAS) (RIO DE JANEIRO/SMSDC, 2017b).

Estima-se que um total de 70,63% da população geral possui cobertura pela ESF (dados referentes ao primeiro semestre de 2018), contando

com um total de 958 equipes implantadas (sendo 1.127 cadastradas no Ministério da saúde, ou seja, com previsão de implantação de 169 novas equipes) (RIO DE JANEIRO/SMDC, 2018).

O território definido para o estudo foi a Coordenadoria de Saúde da Área Programática 3.2 que abrange os bairros de Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho (RIO DE JANEIRO/SMDC, 2017b).

A rede de saúde, na AP 3.2, conta com o suporte das atenções secundárias e terciárias em saúde, oferecendo uma gama de serviços para a longitudinalidade e continuidade do cuidado, possui uma cobertura da ESF de 72,64% da população contando com 23 unidades de AB com 119 Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas (RIO DE JANEIRO/SMDC, 2018).

Quadro 1. Relação de Unidades e Equipes na Área Programática 3.2

Unidades	Quantidade de equipes
CF Amélia dos Santos Ferreira	8
CF Anna Nery	5
CF Anthidio Dias da Silveira	8
CF Barbara Starfield	6
CF Bibi Vogel	7
CF Carioca	3
CF Edney Canazaro de Oliveira	5
CF Emygdio Alves Costa Filho	6
CF Erivaldo Fernandes Nóbrega	5
CF Herbert Jose de Souza	6
CF Izabel dos Santos	5
CF Luiz Celio Pereira	7
CF Olga Pereira Pacheco	8
CF Sergio Nicolau Amin	5
CMS Antenor Nascentes	1
CMS Ariadne Lopes de Menezes	4
CMS Carlos Gentile de Mello	5
CMS Cesar Pernetta	4
CMS Eduardo A Vilhena	3
CMS Milton Fontes Magarão	4
CMS Renato Rocco	4
CMS Rodolpho Rocco	7

Fonte: Elaboração própria para fins deste estudo.

A escolha pela AP 3.2 se deu por se tratar de uma região com um quantitativo adequado de Unidades Saúde com ESF implantada para possibilitar o processo de coleta de dados.

As unidades selecionadas para o estudo foram as Clínicas Barbara Starfield – que teve sua implantação no ano de 2011 e conta com 6 equipes de saúde; Carioca – com implantação em 2012 e 3 equipes e a CF Anna Nery, implantada em 2011, com atualmente 5 equipes.

A seleção se deu após análise do período de implantação das Unidades, entendendo que o período pode estar associado ao tempo de atuação (mínimo exigido a fins deste estudo para alcance dos objetivos) dos profissionais e quantidade de equipes, bem como ter funcionamento exclusivo da ESF, para facilitar a captação das informações necessárias ao objeto de estudo e as relacionadas aos critérios de inclusão/exclusão.

6.3 Sujeitos da pesquisa

6.3.1 Critérios de Inclusão

Como sujeitos da pesquisa foram entrevistados enfermeiros e enfermeiras que desempenham atividades assistenciais dentro da equipe de saúde da família na AP 3.2, no município do Rio de Janeiro.

6.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os enfermeiros com atuação inferior a 1 ano em saúde da família, por entender que a atuação inferior a esse período pode gerar dificuldade de informações quanto aos processos de trabalho; e enfermeiros que se encontravam de licença saúde ou maternidade no período estabelecido para realização da coleta dos dados.

6.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados com um total de 8 enfermeiros, entre março e maio de 2018, por intermédio de entrevistas individuais, utilizando-se de um instrumento (roteiro de entrevista – apêndice I) semiestruturado com questões que versavam sobre o objeto do estudo.

Os encontros foram agendados previamente em datas e horários informados pelos participantes, conforme disponibilidade dos mesmos, sendo todos realizados nas Unidades de Saúde nas quais esses trabalhavam.

As entrevistas foram individuais e as falas gravadas, após autorização de cada entrevistado. Para posterior análise utilizamos um diário de campo para anotações de observações realizadas durante o estudo com o objetivo de manterem vívidas as informações não-verbais expressadas pelos entrevistados.

A proposta inicial desta investigação envolvia a realização de entrevistas com 15 enfermeiros. No entanto, por motivos diversos, que serão detalhados adiante (item 6.7), quando contemplarmos as questões relativas às dificuldades da execução do trabalho de campo, acabamos por envolver 8 entrevistados.

Pode-se antecipar que enfrentamos dificuldades já esperadas no que tange à escuta do entrevistado, como por exemplo, a frequente interrupção da entrevista por outros profissionais das Unidades, em razão da intensa demanda no trabalho; mas também desafios não previamente imaginados pela pesquisadora. O fato é que, no seu conjunto, nos deparamos com dificuldades que fizeram alterar os planos concebidos inicialmente.

6.5 Critérios Éticos

O estudo teve sua apreciação pelo Centro de Estudos da Coordenadoria de Área Programática 3.2 e após aprovação foi solicitada a autorização individual das Unidades selecionadas para estudo, bem como da coordenadoria geral.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá com o protocolo nº. 2.470.352 e posteriormente pela

instituição coparticipante, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o protocolo de n°. 2.507.713.

As entrevistas foram realizadas após orientações individuais aos participantes quanto aos objetivos do estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I), conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12 referente a pesquisas envolvendo seres humanos – uma via original assinada pelo entrevistador e entrevistado foi entregue a cada participante do estudo.

Garantimos o anonimato dos participantes e os mesmos foram identificados com a sigla ENF seguida pelo número arábico de acordo com a sequência da entrevista realizada (exemplo: ENF1, ENF2...).

6.6 Análise dos dados

Após a coleta dos dados, os mesmos foram analisados à luz da teoria de Análise de Conteúdo proposta por Bardin e, divididos por categorias associativas, tendo por base o objeto de estudo, identificando nas respostas encontradas categorias pela recorrência de palavras nas falas dos entrevistados (BARDIN, 1977).

Como categorias prévias utilizamos palavras como “facilidades”, “dificuldades”, “ações de enfermagem” e “trabalho de enfermagem” (e seus derivados), que durante a realização da análise sofreram modificações de acordo com o alcançado no levantamento realizado.

Este tipo de análise é produzido por meio de uma organização sistemática da comunicação realizada com os entrevistados, e proporciona uma ampliação do objeto estudado, por meio do uso de “palavras indutoras e induzidas” (FARAGO, FOFONCA, 2011, p. 3).

A análise de conteúdo tem por método de organização sua divisão em três fases, sendo elas:

1. a pré-análise – onde temos a oportunidade de realizar a organização das informações e mediante uma leitura não aprofundada realizar um pré-julgamento dos dados obtidos a fim de selecionar aqueles que se enquadram no objeto de estudo;

2. a exploração do material – possibilita definir as categorias do estudo e realizar uma associação das informações; e,
3. o tratamento dos resultados e a interpretação – na perspectiva de associar o encontrado com os objetivos da pesquisa, encontrado associações ou divergências.

Foi realizada a transcrição das informações obtidas após cada entrevista com o intuito de, desde o início, realizar as associações com as categorias identificadas, definidas, ou não, anteriormente e facilitar a compreensão dos dados coletados, evitando assim perda de falas e condutas importantes observadas durante as entrevistas.

As unidades selecionadas, somando seu quantitativo de enfermeiros, contavam com um total de 14 profissionais, o que inicialmente nos pareceu adequado para contemplar os objetivos deste estudo, no entanto, devido a dificuldades que serão detalhadas abaixo, apenas 8 participaram da pesquisa.

Conforme estudo de Moré (2015, p. 128), em pesquisas qualitativas, o número de entrevistados para fins empíricos ainda não se encontra bem definido ou fundamentado na literatura, uma vez que este tipo de estudo se volta mais para um aprofundamento qualitativo dos dados, assim importando menos a relevância do “n” estatístico.

Minayo (2001) não segue caminho diferente. Segundo a autora, o estudo qualitativo é realizado por meio da análise de situações reais e específicas, sendo a análise mais ancorada na “qualidade” e aprofundamento dos enunciados, perspectivas e posições anunciadas e capturadas, e menos no alcance de um número ampliado de respondentes.

Considerando, portanto, a perspectiva dos autores citados, entende-se que os objetivos deste estudo foram alcançados com o número de participantes logrados para este estudo.

Ao que tudo indica, o número total dos entrevistados é capaz de oferecer uma variedade relativamente expressiva de situações e perfis profissionais.

Os dados obtidos nas entrevistas foram comparados com a literatura especializada em busca de associações e/ou divergências das informações.

6.7 Os desafios do campo

Os percalços para a realização do estudo iniciaram quando da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, pela Plataforma Brasil, devido a divergências de informações que prejudicaram o cumprimento do primeiro cronograma planejado, o que provocou um atraso do proposto a ser realizado.

Entendendo ser necessária a submissão de autorizações por Unidade, foi realizado um contato prévio com o Centro de Estudos da área programática a ser estudada, que prontamente recepcionou nossa solicitação e nos direcionou pelo melhor caminho.

No entanto, um impasse, foi quando após submissão via Plataforma fomos inquiridos sobre a autorização da gestão de área programática e tivemos que retomar caminhos e redirecionar documentos.

Os gerentes desde o início se mostraram extremamente disponíveis ao estudo ao abrirem as portas das Unidades para realização da pesquisa, contudo, devido às dificuldades diárias desses profissionais, que muitas vezes não podiam estabelecer contato ou estavam ausentes das Unidades, fomos impedidos de seguir com o planejado pelo, então, segundo cronograma.

O caminho para realização das entrevistas se tornou menos tortuoso após direcionarmos os contatos aos enfermeiros responsáveis técnicos das Unidades que estreitaram a comunicação com os demais enfermeiros e assim conseguimos elaborar uma agenda de entrevistas e finalmente iniciar o processo de obtenção dos dados de campo.

Mesmo em alguns momentos tendo que aguardar por diversas horas para conseguir realizar a entrevista proposta, me sinto grata por ter sido tão bem recepcionada pelos colegas enfermeiros que, entre suas agendas fatigantes, encontraram um espaço para que o estudo fosse realizado, sempre me recepcionando com um sorriso e um abraço reconfortante.

Infelizmente, após diversas tentativas, uma das Unidades foi excluída do estudo por apresentar demasiadas dificuldades que ultrapassavam nossas capacidades para estabelecimento de vínculo e participação nesta pesquisa por entender que o prolongamento na tentativa de alcançar aquele campo poderia prejudicar o planejamento do cronograma final.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

No intuito de organizar a apresentação dos resultados do estudo, em consonância com os objetivos da pesquisa, os mesmos foram categorizados em quatro subitens, sendo: 1) perfil e formação dos entrevistados – com o intuito de ilustrado nosso público pesquisado; 2) tempo de atuação em Saúde da Família; 3) facilitadores e dificultadores no processo de trabalho nas equipes de saúde da família; 4) o desenvolvimento de habilidades no percurso de trabalho na ESF e, por último, 5) as relações de trabalho na ESF como importante mecanismo para fortalecimento de práticas.

7.1 Perfil e formação dos entrevistados

Com a finalidade de elucidar o estudo, esta categoria foi definida para proporcionar uma visão do perfil dos entrevistados e seu tipo de formação, bem como explicitar os sentimentos dos entrevistados quanto à academia e o trabalho vivo na ESF.

De acordo com o informado na seção de metodologia, foram entrevistados oito enfermeiros, sete do sexo feminino e um do sexo masculino. Todos os entrevistados possuem o mesmo tipo de vínculo trabalhista: contratação por processo seletivo, com carga horária de 40 horas semanais; alguns com regime de 10 horas diárias exercidas em quatro dias úteis; e outros com carga horária diária de 8 horas, durante cinco dias úteis.

O número maior de mulheres está associado, na literatura, com a história da enfermagem, onde em seu início era uma profissão predominantemente feminina, que, no entanto, vem mudando o seu perfil profissional com o passar dos anos agregando mais a figura masculina sem perder, contudo, seu contingente majoritariamente feminino (SPLENDOR; ROMAN, 2003; ARAÚJO, OLIVEIRA, p. 5, 2009).

A idade, entre os pesquisados, variou entre 27 a 43 anos, com uma média de 34 anos.

A maioria dos entrevistados possui formação há mais de 7 anos em instituições privadas de ensino superior.

Quanto ao tempo de formação, observa-se que a maior parte dos entrevistados se formou num período posterior às discussões acerca dos currículos acadêmicos das instituições de ensino superior, ou seja, após a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001, que já apontavam a necessidade de uma formação integral com vistas aos serviços públicos de saúde.

Contudo, alguns discursos dos entrevistados trazem a angústia de saber que apesar de um contato breve com a saúde pública, a atuação na ESF requer mais conhecimentos do que receberam na sua formação, e, portanto, se sentem despreparados para essa atuação:

“(...) quando você está na prática você percebe que algumas coisas vão se encaixando. Diretamente para a atenção primária funciona, agora para a Estratégia não funciona, eu não vi a estratégia na graduação” (ENF4)

“a graduação é muito falha em relação ao preparo do enfermeiro, ele é formado generalista, então ele é formado para todas as áreas, porém ele não tem uma formação generalista, a gente vê “pincelamentos” de matérias relacionadas a todas as áreas, porém a gente não é preparado para área nenhuma, a gente é formado e jogado no mercado e aí depois você vai procurar uma especialização. Hoje estou na atenção básica e posso dizer que cai aqui de paraquedas”. (ENF2)

Entende-se que uma das propostas de Estratégia Saúde da Família, no exercício profissional do enfermeiro, é ampliar seu escopo de atuação, diferenciando suas ações de outros setores da saúde, no entanto, a graduação pode não associar adequadamente as diferentes disciplinas com a prática profissional o que pode provocar dificuldades na atuação do enfermeiro.

Silva e Sena (2006) demonstram, em estudo, que o ensino em enfermagem, por vezes, se dá de forma fragmentada, dissociando a prática da teoria, como se ambas não se encontrassem nas atividades laborais o que acaba

gerando prejuízos aos profissionais que estão na assistência, como podemos observar na fala do ENF2.

A formação acadêmica é a base de conhecimentos para o exercício de qualquer profissional e o meio pelo qual o conhecimento é concebido promove influência na qualidade dos serviços prestados.

É importante que a formação esteja associada à prática, ao contexto real com o qual o profissional irá se deparar, para que de forma sutil consiga estabelecer um paralelo entre sua formação e sua atuação (COSTA, MIRANDA, 2009, p.302).

À medida que o indivíduo se qualifica para aprimorar suas práticas, maior possibilidade terá para desempenhar o trabalho com mais habilidade (LEONELLO, MIRANDA NETO, OLIVEIRA, 2011, p. 1775).

Na literatura especializada, encontramos que a falta da capacitação para atuação na ESF pode “afetar profundamente a qualidade dos serviços prestados” (COTTA *et al.*, 2006, p.8). Esses autores ainda trazem a importância de uma formação voltada para a atenção integral e para o processo saúde-doença numa atenção coletiva (COTTA *et al.*, 2006, p. 8).

Conforme as DCN (2001, artigo 4º), os enfermeiros devem ter sua formação com base no desenvolvimento de determinadas habilidades e competências, sendo estas: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

De acordo com Uchimura e Bosi (2012) são esperadas algumas competências e habilidades dos enfermeiros que podem ser elencadas em três áreas correlativas: o conhecimento, as habilidades e as atitudes. Definindo o conhecimento como o “saber” – ou seja, a capacidade intelectual de compreender o que e como fazer; habilidades como o “saber fazer”, o enfermeiro assumindo seu papel técnico-científico no desenvolvimento de suas funções e, como atitudes – “saber ser e conviver/querer fazer”, isto é, aptidão para o desenvolvimento das relações interpessoais e a iniciativa (UCHIMIRA; BOSI, 2012, p. 150).

No entanto, observamos que a realidade dos entrevistados se distancia do preconizado na legislação. Quando questionados sobre a associação entre a formação e a prática como enfermeiro na equipe de saúde

da família evidenciou-se falhas nas metodologias de ensino, conforme falas abaixo:

*“agora a parte burocrática de coordenar equipe nenhuma das duas (**graduação e especialização**) não ensinou não, falam só que a gente coordena, mas não falam o que a gente faz exatamente”. (ENF2) – destaque nosso.*

“Em relação à saúde pública tivemos poucas cadeiras, e foi muito voltado ao modelo biomédico”. (ENF3)

Vale e Guedes (2004, p. 477) esclarecem que o estímulo ao desenvolvimento de competências, no que cabe à formação “se traduz na capacidade de mobilizar recursos cognitivos que agregam saberes, informações, habilidades operatórias, e essencialmente, as inteligências, para com eficácia e pertinência, enfrentar e solucionar uma série de situações ou problemas”.

Entendemos que a teoria e prática são indissociáveis na formação, uma vez que, os profissionais estando formados, serão - de alguma forma - requeridos a uma atuação satisfatória e resolutiva.

O enfermeiro tendo uma formação ‘generalista’ precisa ser habilitado ao desenvolvimento de ações nos diferentes ciclos de vida bem como nos diferentes setores administrativos e gerenciais que pode vir a exercer suas funções.

Assim, compreendemos que a formação do enfermeiro deve dialogar com os campos de atuação que este profissional pode vir a ser inserido, no artigo 5º, parágrafo único, as DCN trazem que:

A formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001, p. 3).

Entende-se, então, que a formação superior deve articular discussões acerca do Sistema Único de Saúde com ênfase na saúde coletiva, no atendimento individual e familiar, contemplando atributos da atenção básica, tais

como integralidade e longitudinalidade da atenção à saúde da população assistida.

Em estudo, Rocha e Almeida (2000, p. 97) sensibilizam os leitores quanto à possibilidade de a enfermagem estar desenvolvendo suas ações de forma percebida, ou seja, atividades que vão sendo realizadas e repassadas, sem talvez, um cuidado técnico-científico que fundamente suas atividades profissionais.

No entanto, também se faz necessário que o profissional esteja preparado para o desempenho de suas atribuições, buscando se qualificar por meios próprios ou por intervenção dos órgãos responsáveis pela contratação dos profissionais entendendo ser esse um ponto extremamente importante para a realização de suas funções proficientemente.

No que se refere à pós-graduação, a maioria dos entrevistados possuía curso de especialização ou residência em Saúde da Família (6 de um total de 8) associado a outras áreas (obstetrícia, acupuntura, neonatologia). Correlacionando a formação acadêmica com a profissional, entende-se a importância do curso *lato sensu* para o aprimoramento profissional, tendo por base uma possível ausência na formação superior de orientações voltadas à saúde pública:

“Na pós, vivencio mais, o que a gente lê e discute é muito o que está aqui na prática, me trouxe mais para a realidade. Logo que eu entrei aqui eu percebi que eu precisava fazer uma pós, eu acredito que a visão de quem tem uma pós ou residência é bem mais ampla”. (ENF3)

“Na pós, sim, eles direcionaram mais para a prática.” (ENF4)

“Em saúde da família, eu percebo sim, e consigo colocar em prática aquilo que aprendi na minha pós. Tem que ter um pouco de empenho do profissional.” (ENF6)

Ximenes Neto e Sampaio (2007, p. 691) colocam que “a debilidade do currículo da graduação motiva a superespecialização” que pode possibilitar o desenvolvimento de um conflito de identidade do profissional enfermeiro, não compreendendo, algumas vezes, suas reais atribuições como membro atuante de uma equipe na ESF.

Compreende-se como parte importante na construção do conhecimento profissional a educação permanente, na qual o trabalhador tem a oportunidade de discutir, apreender, resignificar suas ações e assim aprimorar e oferecer à população uma assistência cada vez mais amparada pela cientificidade do cuidado.

7.2 Atuação em Saúde da Família

Conforme proposto pelos objetivos específicos, esta categoria emergiu a fim de retratar a rotina de trabalho dos enfermeiros de uma forma ampliada na vivência diária, prática e gerencial dos entrevistados.

Com relação ao tempo de atuação na ESF, houve uma média de 5 anos e meio com uma divisão entre profissionais com atuação inferior a 5 anos e superior a 6 anos.

Nesses períodos informados pelos entrevistados já havia sido promulgada a PNAB com as orientações quanto as atribuições dos enfermeiros na atenção básica, que veio com o intuito de normatizar ações e orientar os atributos dos profissionais atuantes na Estratégia.

Os enfermeiros entrevistados demonstraram, em unanimidade, conhecimento quanto à Política Nacional de Atenção Básica (incluindo a promulgação de 2017) e das legislações vigentes que regulamentam as práticas da enfermagem na ESF, tais como os protocolos de enfermagem em atenção básica; carteira de serviços do município e a lei do exercício profissional.

Quanto às atividades desempenhadas dentro dos serviços de saúde, os profissionais citaram as consultas de enfermagem nos diferentes ciclos de vida/linhas de cuidados, visitas domiciliares, práticas educativas (em salas de espera, atividades em grupos), atividades do Programa Saúde nas Escolas (PSE), supervisão da equipe e gestão das salas de cuidados (vacinas, curativos, observação clínica, procedimentos e central de materiais e esterilização):

“Faço consultas de enfermagem com os pacientes preconizados pelo Ministério: hipertensos, diabéticos, atendo gestantes, crianças, faço acompanhamento de Puericultura e pediatria, que é até os 11 anos, faço ações de Saúde da Mulher, colho preventivo, faço visitas domiciliares, cuidados com curativos – com as feridas mais crônicas - administração da equipe, dos agentes comunitários de saúde e mais umas coisinhas a mais.”
(ENF3)

“A gente faz acompanhamento da gestante, da saúde da criança, do hipertenso, dos diabéticos, dos acamados, restritos, a gente atente todo mundo, todas as linhas de cuidado, inclusive a supervisão de equipe.” (ENF5)

“Atenção aos ciclos de vida, da criança, idoso, mulher, adolescente, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, procedimentos que são realizados aqui na clínica, visitas domiciliares, atividades de promoção de saúde, saúde na escola.” (ENF7)

Nosso estudo apresenta achados convergentes com o estudo de Acioli, Kebian, Faria, Ferraccioli, Correa (2014, p. 639) no qual as atividades com maior destaque citadas pelos entrevistados foram as consultas de enfermagem e outras atividades de cunho assistencial.

A realização de visitas domiciliares citada pelos entrevistados demonstra a realização dos cuidados além dos muros da Unidade de saúde, que além de possibilitar a ampliação das práticas aos usuários do território promove o estreitamento do vínculo entre usuários e equipe (ACIOLI, KEBIAN, FARIA, FERRACCIOLLI, CORREA, 2014).

Ações educativas, também relatadas pelos enfermeiros pesquisados, é uma importante tecnologia para o exercício do cuidado, e uma possibilidade

de estreitar o cuidado de forma dinâmica junto aos usuários (ACIOLI, KEBIAN, FARIA, FERRACCIOLLI, CORREA, 2014).

A PNAB apresenta em suas atribuições, específicas do enfermeiro de equipe, ações desenvolvidas nas ações de enfermagem – nos diferentes ciclos de vida -, prescrição e solicitação de exames pela enfermagem, realização de procedimentos e gestão da equipe, assim percebemos que a rotina retratada pelos entrevistados condiz com o esperado dos profissionais que atuam da ESF.

As atividades estão associadas com o que traz a legislação vigente quanto às atribuições do enfermeiro na equipe de Saúde da Família – a Política Nacional da Atenção Básica - entendemos como um importante processo para fortalecimento da identidade do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, potencializando suas práticas e possibilitando a realização de suas atribuições conforme o preconizado.

Não obstante, alguns profissionais relataram que desenvolvem, também, atividades que não estão previstas na legislação, seja por uma necessidade de resolução de determinada problemática ou por uma exigência superior:

“Sempre acho que a gente faz a mais do que está previsto em lei.” (ENF1)

“Tudo que não está ali fazemos, por exemplo, avaliar exames, lançar os exames no sistema, coleta de sangue domiciliar. Acho que isso acontece porque as pessoas acham que o enfermeiro tem que fazer.” (ENF2)

“Bastante, no nosso dia a dia, bastante. A gente passa a frente do que é nosso para tentar resolver.” (ENF4)

“A gente desenvolve várias, a gente tem um acúmulo de serviços. A gente faz em excesso. Se a gente cumprisse só o que está na carteira de serviços e na PNAB a gente conseguiria, com certeza, desenvolver um trabalho de ótima qualidade, mas com a sobrecarga fica difícil.” (ENF7)

Nessa linha, outro entrevistado demonstrou a insatisfação com a sobreposição de funções que pode levar a um desgaste do profissional, um encargo emocional e dificultar seu processo de trabalho:

“Acho que é uma tendência meio que geral o enfermeiro realizar atribuições que não são dele, inclusive a classificação das demandas. Tudo que é além da minha função, acaba gerando um estresse, e atrapalha minha produtividade real.” (ENF8)

Em estudo, Beck *et al.* (2009, p. 118) discutem que a medida que o enfermeiro realiza atribuições que não são de sua competência profissional acabam, por vezes, dificultando o reconhecimento por parte dos usuários dos serviços de saúde do papel real do enfermeiro como membro da equipe de saúde da Unidade.

Paula *et al.* (2014, p. 461) referenciam-se a dificuldade de contemplar aprimoramento profissional e educação permanente quando o enfermeiro está atravancado as atividades assistenciais e burocráticas nas equipes.

Oliveira (2006, p. 61) enfatiza que uma situação que pode proporcionar uma depreciação do enfermeiro pela sociedade é a dificuldade de perceber os diferentes atores na execução de suas atuações no ambiente de trabalho, o que vai ao encontro do estudo de Beck *et al.* (2009), onde o profissional pode ser reconhecido pelo que faz.

No entanto, se o profissional desenvolve diversas atribuições prejudica sua identificação e definição do seu papel num dado cenário.

Em estudo, Magalhães (2010, p. 9) discute um princípio importante da valorização profissional que está relacionado ao “conhecimento acerca das atribuições de cada profissional que proporciona maior aproveitamento das potencialidades dos membros da equipe”, assim, compreende-se que se não há uma divisão coerente com a prática, é mais difícil a associação das funções e especificidades de cada indivíduo em sua categoria profissional.

O estabelecimento da identidade profissional do enfermeiro está fortemente relacionado ao processo de construção de sua prática profissional e

é considerado um “processo dinâmico”, assim enquanto o próprio profissional segue realizando atribuições de outrem prejudica esse processo de aquisição de seu próprio reconhecimento profissional (OLIVEIRA, 2006, p. 61).

7.3 Facilitadores e dificultadores no processo de trabalho na ESF

A fim de evidenciarmos possíveis fatores que fragilizam e/ou potencializam as ações dos enfermeiros na sua atuação profissional, para cumprimento do objetivo geral deste estudo, os entrevistados foram questionados quanto às facilidades e dificuldades que observam em sua prática.

Entre as facilidades na prática assistencial e gerenciamento de equipe, destacaram-se: o acompanhamento em saúde da mulher, bem como no ciclo gravídico puerperal e, em saúde da criança:

“A parte mais fácil para mim de consulta é criança e pré-natal.” (ENF1)

“Eu adoro Saúde da Mulher.” (ENF2)

“Gestante, pré-natal, acolhimento mamãe-bebê, puericultura, eu posso dizer que manejo bem” (ENF8)

Essas afirmações estão discordantes com o estudo de Junqueira (2016) que apresenta como uma das dificuldades elencadas por enfermeiros a atuação nos ciclos de vida, percebemos que grande parte dos ciclos de vida, envolvendo infantil e saúde da mulher, são facilmente manejados pelos profissionais entrevistados, talvez esse fato pode estar associado às capacitações oferecidas pelos gerentes como forma de intensificar e aprimorar as práticas dos profissionais das Unidades.

Ferreira, Périco, Dias (2018, p. 706) identificaram facilidades semelhantes em estudo, apresentando as consultas de enfermagem como um mecanismo para potencializar as ações dos enfermeiros atuantes na ESF e possibilitar o estabelecimento de vínculo com os usuários dos serviços da APS.

Em estudo de Kawata *et al.* (2013, p. 964) achado semelhante ao do nosso estudo foi encontrado, trazendo como facilidade para atuação do enfermeiro nas consultas de enfermagem os ciclos de vida da criança e mulher.

A ESF se estabelece com o intuito de implementar as atribuições da atenção básica, sendo elas: a longitudinalidade, primeiro contato, integralidade, coordenação da assistência e orientação à família e comunidade, assim é exigido dos profissionais conhecimento, tanto científico quanto prático, para a atuação nessa área de cuidado (ESCOREL, GIOVANELLA, 2004).

Percebemos que apesar de os profissionais terem relatado na categoria anterior uma qualificação inespecífica na graduação, os mesmos se sentem confortáveis no desenvolvimento das ações em consultas de enfermagem e acompanhamento da população, talvez sendo essa prática associada ao desenvolvimento das atividades conforme os protocolos vigentes e de certa forma engessada.

Ferreira, Périco, Dias (2018, p. 708) discutem sobre a importância de programas de educação permanente para os profissionais enfermeiros objetivando promover um espaço para discussão e reflexão quanto às ações desempenhadas.

Outra facilidade elencada pelos entrevistados se relaciona com a possibilidade de capacitação facilitada pelos gestores locais, o que promove mudanças na prática do profissional:

“A empresa, o município, ele dá muitas capacitações, te dá a oportunidade de crescimento pessoal e profissional.”
(ENF2)

“Participamos de muitas oficinas de violência, ciclo de debates, comitês de mortalidade – local que você acaba trocando experiências, a experiência do outro nos ajuda a rever nossa prática.” (ENF3)

“Acredito que as capacitações tiveram impacto na minha prática.” (ENF5)

“Sim, no início a gente recebia um empenho muito grande em capacitações, eu confesso que percebo um declínio de 3-4 anos para cá, as capacitações diminuíram muito. Eu tive capacitações ótimas, muitas vezes com profissionais do Ministério da Saúde, a gente tinha um estímulo para estar cada vez mais capacitado para assistir nossos usuários.” (ENF6)

Entendendo que a falta de capacitação para atuação na ESF pode provocar dificuldades na atuação, observamos que os profissionais entrevistados são incentivados e capacitados pelos gestores, realidade também experienciada pelos enfermeiros de um estudo realizado no Rio Grande do Sul, onde a maioria dos entrevistados foram capacitados pelos gestores para atuação na ESF (RAMOS, HECK, CEOLIN, DILÉLIO, FACCHINI, 2009).

Ferreira, Périco, Dias (2018, p. 705) enfatizam a importância da educação permanente nas atividades laborais do enfermeiro como uma tecnologia essencial para suprir possíveis lacunas ocasionadas pela graduação ou pós-graduação.

Estudo de Antunes e Egry (2001) destacaram que uma possível falta de capacitação dos profissionais que atuam na ESF pode provocar uma série de dificuldades, no entanto, em nosso estudo em tela, todos os entrevistados referem a capacitações recorrentes que oportunizam a discussões e mudanças na prática profissional.

A autonomia do enfermeiro conseqüentemente estará associada à sua capacidade intelectual para desempenhar as funções a ele atribuídas, assim, à medida que o profissional se torna, de forma constante, participante no seu processo de aquisição e aprimoramento de habilidades, sua autonomia é ampliada (SOUZA *et al.*, 2012).

Contudo ainda se faz presente, como um desafio, a definição do papel do enfermeiro na ESF que, por desempenhar diversas funções dentro das equipes de saúde da família, pode não se perceber como um profissional com uma identidade profissional definida (MAGALHÃES, 2010, p. 5).

Para Rangel, Fugali, Backes, Gehlen e Souza (2011, p. 499), o enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família desenvolve funções como

“educador, prestador de cuidados, consultor, auscultador/identificador dos problemas da comunidade, articulador, integrador, planejador, interlocutor político”, que podem gerar conflitos na prática do profissional pelo fato de necessitar desempenhar diversas funções simultaneamente.

O enfermeiro, visto como um profissional multifacetado, que desempenha no decorrer de sua rotina de trabalho diferentes funções com necessidade de diversas habilidades, se torna essencial no processo de trabalho na ESF, pois este é considerado imprescindível na equipe (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

No que se refere às dificuldades, a maioria dos entrevistados citaram o excesso de trabalho como um importante complicador na atuação:

“A gente poderia ter mais tempo, a gente tem agenda, a gente classifica.” (ENF2)

“Eu acho assim, a gente tem muito compromisso a ser cumprido, não só não consulta, mas a função do enfermeiro aqui vai além do atendimento, não é que dificulte, é a sobrecarga. A sobrecarga burocrática atrapalha um pouco a qualidade na assistência.” (ENF3)

“O enfermeiro, ele fica tanto com a parte da assistência quando com a parte burocrática, e isso é muito cruel, porque falta tempo para a gente executar toda aquela demanda que é apresentada para a gente, tanto assistencial quanto gerencial da equipe.” (ENF4)

As dificuldades apresentadas condizem com os estudos de Magalhães (2010) e Barbiani, Dalla Nora e Schaefer (2016, p. 9) no que tange à sobrecarga devido ao desenvolvimento de ações que não são (apenas) da competência do enfermeiro, podendo ser realizada por outros profissionais da equipe: “[...] os enfermeiros se sentem insatisfeitos em relação à sobrecarga de trabalho ao realizarem atividades que também são de competência dos demais profissionais, prejudicando a abordagem ao cuidado integral.”

É importante que a divisão de trabalho, entre equipe técnica, seja feita de forma equitativa de forma a evitar a sobreposição de tarefas à determinada categoria profissional e gerar conflitos na atuação, tendo o profissional que negligenciar algumas de suas atribuições em detrimento de outras (CAÇADOR, BRITO, MOREIRA, REZENDE, VILELA, 2015, 614).

A sobrecarga de trabalho foi identificada em um estudo de Marques, Silva (2004, p. 548) onde citam que este fato pode gerar uma desmotivação dos profissionais envolvidos, além da descontinuidade das ações propostas na ESF, pela dificuldade de contemplar a programação planejada devido ao trabalho excessivo.

A inquietação dos profissionais pode estar associada à fragmentação da prática com a teoria, ou seja, uma dificuldade para entender o real papel do enfermeiro nas equipes de trabalho na Estratégia Saúde da Família (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010, p. 442).

A sobreposição de funções, tanto assistenciais como gerenciais, além das relacionadas à educação em saúde para prevenção de agravos, também pode se tornar um desafio para o enfermeiro e gerar uma desordem nas atribuições a serem executadas como afastar o profissional da assistência direta aos usuários dos serviços de saúde (SPAGNOULO; JULIANI; SPIRI; BOCCHI; MARTINS, 2012, p.227; ACIOLI, KEBIAN, FARIA, FERRACCIOLLI, CORREA, 2014; FERREIRA, PÉRICO, DIAS, 2018, p. 706).

Estudos ainda apontam para uma possível descontinuidade dos atributos da APS no desenvolvimento das atividades do enfermeiro quando este profissional é sobrecarregado pelas demandas e sobrecarga de trabalho, “a sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções do enfermeiro comprometem as ações da equipe, impossibilitam a longitudinalidade do cuidado e a efetivação das ações preconizadas pelas ESF” (CAÇADOR, BRITO, MOREIRA, REZENDE, VILELA, 2015, 614).

Acreditamos que por meio desta categoria conseguimos alcançar os objetivos elencados quanto à rotina dos profissionais enfermeiros atuantes na ESF e as eventuais atividades realizadas além do preconizado, entendendo ser um importante vertente para abrir espaços para discussões quanto a necessidade de rever formação e prática desses profissionais.

7.4 Desenvolvimento de habilidades no percurso do trabalho na ESF

No ambiente laboral, é importante que o profissional se permita transitar por diferentes saberes e possibilidades de práticas educativas e de ações em saúde com o objetivo de aprimorar habilidades na atuação do enfermeiro, assim, questionamos os entrevistados quanto à aquisição e desenvolvimento de habilidades na ESF, como uma proposta para identificar o proposto pelo objetivo geral deste estudo (COSTA; MIRANDA, 2008, p. 125).

O desenvolvimento de habilidades nos serviços foi algo identificado pelos entrevistados, que relataram, que - no período de atuação na ESF - percebem-se como profissionais mais qualificados para o desenvolvimento de suas atividades, tanto na assistência quanto no gerenciamento de pessoas:

“Com certeza. Identificar as gravidades de um caso clínico, alguns sintomas, algumas coisas que as pessoas trazem a gente consegue resolver, orientar, direcionar, aí vai ficando mais fácil, a gente acaba ficando melhor nessa questão prática” (ENF4)

“Sim, principalmente a melhora no processo de comunicação” (ENF5)

“Primeiro o tato para ouvir pessoas, uma escuta qualificada. Eu acho que eu sou uma profissional melhor agora do que antes da estratégia, pelo fato de eu conhecer, conseguir construir meu conhecimento, construir com a pessoa o cuidado.” (ENF8)

Entender o processo de trabalho na ESF como algo dinâmico e modificador de práticas e cenários é de suma importância para o aprimoramento de ações e melhoria nas condições de trabalho do profissional e o desenvolvimento de competências (GURGEL *et al.*, 2010).

Na literatura, verificamos que a aquisição de habilidades de comunicação é a mais utilizada no desenvolvimento de competências gerenciais

pelo enfermeiro na ESF (PAULA *et al.*, 2014, p. 459). Entendemos que, em um ambiente com diversidade de pessoas, a comunicação se torna fundamental para a construção de vínculos, realização de atividades e para a resolução de problemas.

“Aqui adquiri habilidades técnicas, habilidades interpessoais, habilidades de como lidar em situações de crise com usuários, aprendi a bater com amor quem me bate com ódio.” (ENF6)

Costa e Miranda (2009, p. 302) apresentam em estudo a importância de o enfermeiro ser um articulador ativo no seu processo de desenvolvimento de habilidades na Estratégia Saúde da Família, tanto para sua própria atuação quanto para mudanças no perfil da comunidade que atua.

Enquanto participante do seu processo de construção profissional, o enfermeiro se modifica e se reafirma enquanto um trabalhador com capacidades distintas e específicas para o desempenho de suas funções individuais, na equipe e no território sob sua responsabilidade.

Compreender o dinamismo no desenvolvimento de habilidades se faz necessário num campo profissional no qual as ações em saúde se dão de forma contínua e integral, assim o enfermeiro necessita estar constantemente na busca pelo seu espaço como responsável na identificação de possíveis agravos e corresponsável pelas mudanças de situações de saúde bem como mudanças nas práticas profissionais.

É importante o profissional se perceber como responsável pelo desenvolvimento de habilidades no ambiente laboral, muitas vezes, será necessário despende do seu tempo, algumas vezes já tão escasso, para promover para si o aprimoramento profissional e propiciar a ampliação de suas capacidades objetivando um melhor desenvolvimento de suas atribuições.

7.5 As relações interpessoais como importante mecanismo para fortalecimento de práticas

O desenvolvimento de habilidades nas relações interpessoais se torna importante num ambiente onde a prática profissional não é realizada isoladamente pelo profissional.

Oliveira, Moretti-Pires, Parente (2011, p. 540) e Araújo, Oliveira (2009, p. 5) reforçam a ideia de que na ESF o cuidado é compartilhado com as diversas áreas do saber e a atenção à saúde se dá de forma interdisciplinar, bem como a necessidade de um diálogo horizontal entre os diversos envolvidos no processo do cuidado.

A PNAB (2017, p. 24) enfatiza a importância da criação de vínculos dentro e entre as equipes de trabalho como um fator que promove a possibilidade de potencialização das ações planejadas e desenvolvidas.

Alguns entrevistados relataram dificuldades no trabalho de equipe, que prejudicaram as relações num dado momento ou seguem afetando até o presente e dificulta a realização das atividades diárias devido à ausência de um 'coleguismo' profissional:

“A dificuldade de relacionamento já me afetou mais, hoje me afeta menos. Essa divisão de classes me incomoda, mas não me afeta mais. Eu defini que agora é cada um no seu quadrado. Eu lido de forma indiferente com as relações interpessoais, eu me recolho, começo a ler mais, para ver até onde eu posso ir. Quando há um conflito de informação, eu busco por meios próprios para saber o que e como fazer. Eu sempre busco o que tem sido preconizado pelo Ministério de Saúde e legislação vigente.” (ENF2)

“O problema como unidade é que cada um quer olhar para sua equipe e assim você acaba sobrecarregando o outro” (ENF3)

“A relação é muito boa, mas tem tido conflitos devido ao desligamento de profissionais da Unidade, o que tem sido desestimulante. Observo que alguns profissionais não têm perfil para o serviço.” (ENF8)

Essa dificuldade também foi mencionada num estudo de Magalhães (2010, p. 8) no qual o autor identificou a necessidade de uma interação entre a enfermagem, em específico o enfermeiro, com os demais profissionais da equipe de trabalho como forma de promover mudanças e possibilitar as trocas necessárias para o desenvolvimento de boas práticas no ambiente laboral.

Caçador, Brito, Moreira, Rezende e Vilela (2015, p.613) discutem que o “bom relacionamento entre os profissionais propicia assistência adequada aos usuários e qualidade de vida no trabalho, prevenindo adoecimento, absenteísmo, sentimento de impotência e frustração” o que se torna imprescindíveis no ambiente laboral, tendo em vista ser importante tanto para o bom desempenho do profissional quanto para sua saúde mental.

As ações no ambiente de trabalho na ESF são improváveis de serem exitosas se realizadas de forma isolada, é importante que os diversos atores envolvidos no processo do cuidado e gestão das ações desenvolvam uma relação de parceria.

Outros profissionais relataram que possuem uma boa relação com os demais membros tanto da equipe quanto com os outros profissionais da Unidade o que possibilita trocas, amplia o conhecimento e facilita a convivência:

“Olha eu me sinto muito feliz por ter iniciado numa equipe multidisciplinar, porque eu sei que dessa forma com equipe multidisciplinar, cada um com sua qualificação, cada um agregando o seu saber, eu acho muito legal, é uma coisa que a gente não vive fora e eu acho isso muito importante, porque essa troca é legal, porque cada um tem um saber, cada um traz um pouquinho, cada um ajuda de uma forma e vai a equipe se formando e se integrando, eu gosto muito.” (ENF4)

“Eu consigo ter uma boa abordagem com toda a equipe daqui: médicos, enfermagem, agentes comunitários. Observo conflitos entre pessoas, independente de categoria profissional, pessoas pontuais.” (ENF6)

Uma das propostas da PNAB (2017, p. 24) é que o estreitamento das relações da equipe possibilite avanços das ações desenvolvidas pelas equipes que trabalham de forma interdisciplinar. No entanto, compreendemos que se esse vínculo interpessoal não é estabelecido pode provocar prejuízos no trabalho individual e coletivo.

Certo entrevistado apresentou que a relação entre os profissionais além dos muros das Unidades é um fator potencializador de práticas e com possibilidades de estreitamento de vínculos:

“Eu penso o seguinte, quando a gente não tem só um relacionamento de equipe, mas de amizade, isso facilita, ajuda, porque às vezes você está um dia chateada, não quer fazer as coisas, a gente faz por amizade com o colega, isso me ajuda demais. Conseguir estabelecer uma relação de trabalho muito boa.” (ENF5)

Tal fala demonstra a importância de relações interpessoais satisfatórias para o cumprimento das ações dentro do ambiente do trabalho, além de possibilitar uma “valorização dos diversos saberes” e proporcionar um sentimento de satisfação ao trabalhador (CAÇADOR, BRITO, MOREIRA, REZENDE, VILELA, 2015, 617).

Um dos fundamentos da Atenção Básica é propiciar um trabalho interdisciplinar para resolução de problemas e enfrentamento de situações, assim, na PNAB (2017), podemos encontrar a seguinte descrição da intencionalidade do desenvolvimento de ações em equipe:

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um

processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2017, p. 29).

Compreende-se que para uma assistência resolutiva faz-se necessário o papel de diferentes atores, realizando ações inter-relacionadas para alcançar o melhor para a equipe, unidade e o usuário do serviço. Os conflitos existentes devem ser solucionados de forma tal que as relações não sejam fragilizadas e o cuidado não seja prejudicado (MARTINS *et al.*, 2012).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro iniciou um processo de trabalho em saúde pública na antiguidade da profissão, cujo formato e expertise de trabalho, ao que tudo indica, foram relativamente se perdendo aos longos dos anos devido a sua institucionalização em ambientes hospitalares.

Contudo, observamos que a partir da implantação da ESF, o enfermeiro retomou as origens de atenção à saúde pública e coletiva, no entanto com atribuições modificadas, tendo, atualmente, uma maior autonomia e práticas fundamentadas em saberes técnicos e científicos que potencializam suas ações.

A implementação de um serviço de saúde acessível a todos e com possibilidades de continuidade da atenção veio para atender às necessidades de saúde da população brasileira.

Entendendo que a ESF surge para romper barreiras e estreitar vínculos, trabalhando com a promoção e prevenção em saúde e ampliando as possibilidades de diferentes categoriais profissionais na atuação com os usuários dos serviços, o enfermeiro depara-se na Estratégia com uma ampliação de suas possibilidades enquanto profissional técnico e cientificamente habilitado para oferecer cuidados integrais à saúde dos usuários.

Um insucesso na atuação pode estar ancorado numa formação profissional inadequada bem como na falta de uma política de capacitação eficiente após inserção no campo profissional. A busca constante de capacitações por parte dos profissionais não necessariamente produz uma inserção no serviço apropriada em um campo, como vimos, em que estes assumirão diversas funções e realizarão diferentes ações.

Conforme pudemos observar, o enfermeiro, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, está atuando de forma a distribuir seu tempo e compartilhar suas habilidades entre atividades administrativas, educativas e de assistência, o que pode gerar prejuízo ou limitar sua capacidade de exercer com satisfação - tanto pessoal quanto profissional - aquilo que é planejado, devido a uma possível rotina sufocante de tarefas.

Ressaltamos que, mesmo os entrevistados tendo sido inquiridos quanto à PNAB e sua releitura promulgada no ano de 2017, discussões mais

aprofundadas quanto aos impactos das mudanças da política e suas implicações nas ações de saúde no âmbito da ESF não foram pautas para reflexão nas entrevistas realizadas, pois apenas um dos enfermeiros demonstrou certa inquietação com a problemática.

É importante considerar que o cuidado ao outro não se dá de forma isolada, além de uma participação ativa daquele que quer ou precisa ser cuidado, é necessário haver uma interação entre as relações multiprofissionais, onde a atuação em conjunto pode ser tornar um importante potencializador de ações e práticas.

Por outro lado, a visibilidade dada ao enfermeiro na ESF é um importante “divisor de águas” para os profissionais, que se percebem mais reconhecidos e mais envolvidos, não apenas no cuidado, mas no gerenciamento das ações e esse reconhecimento parece motivar a busca pelo desenvolvimento de mais e melhores habilidades para uma atuação qualificada.

Percebemos, por meio deste estudo, que por mais que dificuldades sejam encontradas na prática profissional do enfermeiro, o profissional se sente confortável no desenvolvimento da maioria de suas atribuições na ESF – como o atendimento nos diferentes ciclos de vida, gerenciamento da equipe – por mais que nem sempre, esses profissionais tenham recebido na academia direcionamento para o desempenho de tais funções.

Por mais que o dia a dia do profissional seja exaustivo, e as dificuldades estejam presentes, observamos que o enfermeiro se sente feliz atuando na ESF, o profissional se percebe como um importante instrumento para efetivação do cuidado e o gerenciamento das atividades na Unidade de saúde e isso é um importante motivador.

Acreditamos que os objetivos desta investigação foram alcançados, mas percebemos que um percurso de estudo ainda deve ser realizado com o intuito de conhecer e discutir cada vez mais o real papel do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Concluimos nosso estudo compreendendo que um longo caminho vem sendo percorrido pela enfermagem, e que a definição de sua atuação se encontra constantemente em construção devido às mudanças recorrentes nos cenários de atuação e no mercado de trabalho. Apesar da existência de incertezas e mesmo turbulências, regra geral, entendemos que o enfermeiro vem

se destacando ao assumir um papel de líder de equipe e desempenhar suas funções de maneira autônoma nas consultas de enfermagem.

Torna-se necessário o estudo frequente das ações e práticas dos enfermeiros na ESF com o objetivo principal de identificar problemáticas passíveis de correção para aprimorar e melhor delimitar as atividades destes profissionais nesse campo de atuação, entendendo ser esse um importante passo para a consolidação da identidade profissional do enfermeiro e ratificar quanto à importância das ações do enfermeiro na atenção primária à saúde, nas equipes de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

9. REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; KEBIAN, L.V.A.; FARIA, M.G.A.; FERRACCIOLLI, P.; CORREA, V.A.F. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n.5, p. 637-642, set-out, 2014.

ANDRADE, A.C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, V. 60, N. 1, P. 96-98, jan-fev, 2007.

ANTUNES, M.J.M.; EGRY, E.Y. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107, mar., 2001.

ARAÚJO, M.F.S.; OLIVEIRA, F.M.C. A atuação do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a satisfação profissional. **CAOS- revista eletrônica de ciências sociais**, n.14, p. 3-14, set., 2009.

BACKES; D.S.; BACKES; M.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012.

BARBIANI, R.; DALLA NORA; C.R., SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2016;24:e2721. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BECK; C.L.C. *et al.* Identidade profissional de enfermeiros de serviços de saúde municipal. **Cogitare Enferm.**, v. 14, p. 114-119, 2009.

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez.,

1996. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/356.pdf. Acesso em: 12 mai 2016.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 15 jun 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 9 ago 2016.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 9 ago 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O papel da atenção primária na construção do SUS**. IN: _____. Atenção primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 17 mai 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Unidades Básicas de Saúde recebem R\$12,5 milhões**. Disponível em:

<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/08/unidades-basicas-de-saude-recebem-r-12-5-milhoes>. Acesso em 12 jul 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 13 fev 2018.

_____. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 10 jun 2018.

CAÇADOR, B.S.; BRITO, M.J.M.; MOREIRA, D.A.; REZENDE, L.C.; VILELA, G.S. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm**, n.19, v.3, p. 612-619, jul-set, 2015.

CAMPOS, F.E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades de atenção básica. **Rev. Bras. Educação Médica**, v.25, n.2, p. 53-59, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Paradoxos na construção do SUS. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 705-708, set., 2015.

CARNEIRO, A.D. *et al.* Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos éticos e legais. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.3, p. 756-765, 2008.

CASTRO-SANTOS, L.A.; FARIA, L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 35-44, jun., 2008.

CECCIM, R.B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde.** 2ª ed, rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em 20 jun 2018.

COSTA, G.M.C. *et al.* Uma abordagem da atuação histórica da enfermagem em face das políticas de saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 4, n. 10, p. 412-417, jan-mar, 2006.

COSTA, M.B.S.; LIMA, C.B.; OLIVEIRA, C.P. Atuação do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF) no estado da Paraíba. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. spe, p. 149-152, dez. 2000.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p. 300-304, mar-abril, 2009.

_____. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab. educ. saúde.** Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 503-518, 2008.

COTTA, R.M.M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços em saúde**, v.15, n. 3, jul-set, 2006.

DALPIAZ, A.K.; STEDILE, N.L.R. **Estratégia de Saúde da Família: Reflexão sobre algumas de suas premissas.** Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz/Maranhão, 2011.

DIAS, H.C.; PAIVA, K.C.M. Competências do enfermeiro: estudo em um hospital privado. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n. 3, mai-jun, 2011.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 40, p. 533-539, dez., 2006.

ESCOLA PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS E ENFERMEIRAS. In: **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escproenf.htm>. Acesso em 31 set 2018.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FARAGO, C.C.; FOFONCA, E. **A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações**. Resenha. Universidade Federal de São Carlos, 2011. Disponível em: <http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf>. Acesso em 20 jan 2017.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl 1, p. 704-709, 2018.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Ética e bioética em Enfermagem**. 2ª ed. rev., atual. e ampl.. Goiânia: AB, 2002.

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, v. 36, n.3, p. 427-432, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

FRIGOTTO, G. Trabalho. IN: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed, rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em 22 fev 2017.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, 120p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 05 ago 2016.

GIL, C.R.M.; MAEDA, S.T. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: SOARES, S.B.; CAMPOS, C.M.S (orgs). Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem. Barueri: Manole, 2013, p. 325-348.

GURGEL, M.G.I. *et al*. Promoção da saúde no context da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc Anna Nery**, v.15, n.3, p.610-615, jul-set, 2011.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr/jun, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográfico: dados gerais do município do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=330455&search=||infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>. Acesso em: 16 jun 2016.

ITO, E.E. *et al*. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 40, n.4, p. 570-575, 2006.

JUNQUEIRA, S.R. **Competências profissionais na Estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. Módulo Político Gestor. Disponível em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf. Acesso em 20 jun 2016.

KAWATA, L.S. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n.4, p.961-979, out-dez, 2013.

KLETEMBERG, D.F.; SIQUEIRA, M.T.A.D. A criação do ensino de enfermagem no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 61-67, 2003.

LEAL, P, B. **Mudanças no processo de trabalho do enfermeiro de saúde da família: uma análise da implantação dos protocolos de enfermagem para atenção primária no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, 2014.

LEONELLO, V. M.; MIRANDA NETO, M. V.; OLIVEIRA, M. A. C. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1774-1779, dez. 2011.

LIMA, D. M.C. **Estratégia saúde da família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade**, 2014. Dissertação (Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca). Rio de Janeiro, 2014.

MAGALHÃES, R.V. **Os desafios da prática do enfermeiro inserido no Programa Saúde da Família**, 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Coletiva. Belo Horizonte, 2010.

MARQUES, D.; SILVA. E.M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev. Bras. Enferm.**, v.57, n. 5, p.545-550, set-out., 2004.

MARTINS, A.R. *et al.* Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36, n. supl., p. 6-12, 2012.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção primária em saúde. IN: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009.

MEDEIROS, L.C.; TAVARES, K.M. O papel do enfermeiro hoje. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 50, n. 2, p. 275-290, abr-jun, 1995.

MEDEIROS, M.; TRIPPLE, A.F.V.; MUNARI, D.B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 10, n. 1, 2008.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde**. IN: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed, rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em 20 fev 2017.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MISHIMA, S.M. *et al.* Maria Cecília Puntel de Almeida: a trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 4, p. 773-780, out.-dez., 2009.

MONTENEGRO, L. C. **A formação do profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem de Minas Gerais, 2010.

MORE, C.L.O.O. A "entrevista em profundidade" ou "semiestruturada", no contexto da saúde. In: COSTA, A. P.; SOUZA, D. N.; OLIVEIRA, E. S.; RUA, M.; LINHARES, R. N.. (Org.). **ATAS: Investigação qualitativa nas Ciências Sociais**. 1raed. Lisboa - Portugal: Ludomedia - Portugal, 2015, v. 3, p. 126-131.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, v. 19, n. 4, p. 814-827, dez, 2010.

OGUISSO, T.; FREITAS, G.F. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. **Rev. Bras. Enf.**, v. 60, n. 2, p. 141-144, mar-abr, 2007.

OLIVEIRA, B. G. R. B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Rev. Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 60-67. Florianópolis, abr., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a07v15n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2017.

OLIVEIRA, H.M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011.

PAIM, J. S. Modelo de atenção à saúde no Brasil. IN: Bahia. Secretaria de Saúde. **Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. Escola Estadual de Saúde Pública – Salvador: SESAB, 2009.

PAIM, L. A formação de enfermeiros no Brasil na década de 70. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 185-196, abr./jun., 2001.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.15-35, jan-mar., 2014.

PAULA, M. *et al.* Características do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Min. Enf.**, v. 18, n. 4, p. 454-462, abr/jun, 2014.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 4, p. 393-398, jul/ago, 2002.

PEREIRA, R.T.A.; FERREIRA, V. A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. **Revista UNIARA**, v.17, n. 1, p. 99-111, jun., 2014.

RAMOS, C.S.; HECK, R.M.; CEOLIN, T.; DILÉLIO, A.S.; FACCHINI, L.A. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Ciênc. cuid. Saúde**, v. 8, n. supl., p. 85-91, dez., 2009.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos de graduação e pós-graduação**. 7ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

RANGEL, R.F.; FUGALI, M.M.; BACKES, D.S.; GEHLEN, M.H.; SOUZA, M.H.T. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**, v.16, n.3, p. 498-504, 2011.

RIO DE JANEIRO/SMSDC. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, observatório das Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Carteira de serviços. Relação dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Série F. Comunicação e educação em saúde. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>. Acesso em 19 fev 2017a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro. **PMS - Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017**. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em 12 fev 2017b.

_____. **Plataforma SUBPAV – Relação de Unidades**. Disponível em: <http://www.subpav.org>. Acesso em: 30 maio 2018.

RIZZOTO, M.L.F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Editora AB. Goiânia, 1999.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v.8, n.6, p. 96-101, dezembro, 2000.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n. 2, p. 221-224, mar-abr, 2007.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. O enfermeiro na equipe saúde da família: estudo de caso. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 252-256, abr/jul, 2009.

SCLIAR, M. *et al.* **Saúde pública: histórias: políticas e revolta**. Coleção Mosaico- ensaios e documentos. São Paulo: Ed Scipione, 2002.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.14, n.5, p.755-61, 2006.

SILVA, M.J.; SOUSA, EM.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.2, mar-abr, p. 315-321, 2011.

SILVA, V.G.; MOTTA, M.C.S.; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010.

SOUZA, D.F. *et al.* O papel do enfermeiro em uma estratégia de saúde da família: um relato de experiência. IN: XVI SEPE – Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão, 2012, Santa Maria. **Anais do SEPE**. Santa Maria: UNIFRA, 2012. Disponível em: <http://www.universidadefranciscana.edu.br/eventos/trabalhos/sepe2012/Trabalhos/5865.pdf>. Acesso em 3 jun 2018.

SPAGNUOLO, R.S.; JULIANI, C.M.C.M.; SPIRI, W.C.; BOCCHI, S.C.M.; MARTINS, S.T.F. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cien Cuid Saúde**, v.11, n. 2, p. 226-234, 2012.

SPLENDOR, V.L.; ROMAN, A.R. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. **Revista Contexto & Saúde**, v. 3, n. 04, p. 31-44, maio, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, junho de 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 13 jun 2016.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. IN: _____. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M. L. M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 16, n.40, p. 149-160, 2012.

VALE, E. G.; GUEDES, M. V. C. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. Brasília (DF). **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 57, n.4, p.475-478, 2004.

VASCONCELOS, R.B.; ARAÚJO, J.L.A prescrição de medicamentos pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.4, p. 743-750, 2013.

VIETTA, E.P.; UEHARA, M.; NETTO, K.A.S. Evolução da Enfermagem do contexto hospital escola: depoimentos de enfermeiros representantes da década de 70. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 135-154, dez, 1996.

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. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 2, p. 133-140, abr., 2007.

XIMENES NETO, F.R.G.; SAMPAIO, J.J.C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidade de qualificação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-695, nov-dez, 2007.

APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista

Perfil do entrevistado

Gênero

Idade

Formação e Exercício do trabalho

Ano de formação

Local de formação

Especialização ou residência (área e ano de conclusão)

Tempo de atuação em enfermagem

Tempo de atuação em Saúde da Família

Trabalho em APS

Quais ações executa no seu ambiente de trabalho?

Qual a rotina para realizar as ações?

Como você relaciona a formação acadêmica (a graduação e/ou a especialização possuíam foco no mercado de trabalho de enfermagem) que recebeu com as atividades profissionais na ESF?

Você recebeu alguma capacitação, foi direcionado a alguma formação, pelos gestores, para realização das atividades dentro da EqSF?

Você desenvolveu habilidades no âmbito do serviço? Quais?

Quais facilidades e dificuldades você vivencia para realização das ações de enfermagem?

Você conhece a carteira de serviços do município? E as ações preconizados na PNAB?

No cotidiano do seu trabalho, como você lida com as ações preconizadas na carteira de serviços do município e as elencadas na PNAB?

Há atividades que não são desenvolvidas na Unidade? Por que?

Há atividades não previstas que são realizadas no cotidiano do serviço? Por que?

Descreva, no cotidiano do serviço, a sua relação com os demais profissionais da EqSF. Como se dá o processo de trabalho nessas relações?

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – CEP UNESA e SMS/RJ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estamos realizando em três Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro e que tem como título: **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: (RE)CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL?**

Essa pesquisa tem como objetivo principal esclarecer algumas questões referentes aos principais desafios e facilidades colocados para o exercício do trabalho profissional do enfermeiro na ESF.

A sua participação é muito importante, pelo fato de você ser enfermeiro e atuar como tal numa equipe de saúde da família. Acreditamos que com as suas respostas e de outros enfermeiros, poderemos buscar compreender melhor o atual cenário profissional e as ações desenvolvidas pelos enfermeiros.

E para isso, pedimos o seu consentimento para realizarmos uma entrevista com o uso de um roteiro com 18 perguntas e que leva cerca de 40 minutos para ser respondido, sendo esse o único momento da sua participação. O roteiro tem perguntas sobre: sua idade, seu tempo de formação, capacitação, atuação dentro da unidade de saúde da família, dentre outras.

Antes do início dessa pesquisa, eu tirarei qualquer dúvida que você tenha, e as informações colhidas serão utilizadas somente nesse estudo.

Se você aceitar participar de forma voluntária, você deverá assinar esse termo em duas vias, sendo que você ficará com uma das vias. Nele terá todas essas informações e o contato telefônico dos pesquisadores Tainan Pires de Oliveira Cortinhas e Carlos Henrique Assunção Paiva, caso você venha a ter dúvidas ou queira retirar o seu consentimento na participação da pesquisa. Informo que você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isso lhe traga prejuízos.

Assinando esse documento, você não desiste de nenhum de seus direitos. Os pesquisadores deste estudo também poderão retirá-lo do estudo a qualquer momento, se eles julgarem que seja necessário para o seu bem-estar.

Você não será submetido a nenhum procedimento médico ou procedimento invasivo.

O risco ao qual você será exposto é considerado como mínimo, inerente a possibilidade de se sentir constrangido durante o estudo, no entanto, todos os cuidados serão tomados para que isso seja evitado.

As informações obtidas através das entrevistas, serão arquivados por um período de 5 anos e após descartados.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa, no telefone (21)2215-1485.

É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados em congressos e periódicos científicos. Isto porque, não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação, como seu nome ou seu endereço, ou seja, não será possível identificar os autores das informações dadas.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores, eu

residente à _____

concordo em participar do estudo intitulado **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: (RE)CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL?**

Eu fui orientado por Tainan Pires de Oliveira Luchetti Cortinhas (pesquisadora) que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma via da folha de informações, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelos pesquisadores Tainan Pires de Oliveira Luchetti Cortinhas e

Carlos Henrique Assunção Paiva e informar, a equipe de pesquisa responsável por mim, sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada dos pesquisadores.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Investigador:

Nome:

Data:

Assinatura:

Participante:

Nome:

Data:

Assinatura:

Pesquisadora: Tainan Pires de Oliveira Luchetti Cortinhas - CPF 011437261-62

Tel: (21) 97942-1435 Email: tainanpires@gmail.com

Orientador: Carlos Henrique Assunção Paiva

Tel: (21) 3231- 6135 Email: chapaiva@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: Tel: (21) 2215-1485, Email: cepsms@rio.rj.gov.br

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401, Centro – RJ- CEP: 20031-040