Produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: contributos para a gestão e o cuidado

Série Estudos e Inovações em Enfermagem - Volume 1

Organizadores

Elisangela Argenta Zanatta
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Lucimare Ferraz
Rosana Amora Ascari
Arnildo Korb

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – MPEAPS

EDITORA UDESC

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
Dilmar Baretta
Reitor
Luiz Antonio Ferreira Coelho
Vice-Reitor
Nerio Amboni
Pró-Reitor de Ensino
Letícia Sequinatto
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação
Mayco Morais Nunes
Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade
Marilha dos Santos
Pró-Reitora de Administração
Márcio Metzner
Pró-Reitor de Planejamento

Editora UDESC
Marcia Silveira Kroeff
Coordenadora

Conselho Editorial
Marcia Silveira Kroeff - Presidente
Alexandre Magno de Paula Dias - CESFI
Fernanda Simões Vieira Guimarães Torres - CEFID
Giovanni Lemos de Mello - CERES
Janine Kniess - CCT
Monique Vandresen - CEART
Nilson Ribeiro Modro – CEPLAN
Rafael Tezza - ESAG
Renan Thiago Campestrini - CEAVI
Rosana Amora Ascari - CEO
Roselaine Ripa - CEAD
Silvia Maria Favero Arend - FAED
Veraldo Liesenberg - CAV

Editora UDESC
Fone: (48) 3664-8100
E-mail: editora@udesc.br
http://www.udesc.br/editorauniversitaria

Produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: contributos para a gestão e o cuidado

Série Estudos e Inovações em Enfermagem – Volume 1

Organizadores

Elisangela Argenta Zanatta
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Lucimare Ferraz
Rosana Amora Ascari
Arnildo Korb

EDITORA UDESC

Comissão Organizadora do 1º Livro do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Dra. Elisangela Argenta Zanatta
Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche
Dra. Lucimare Ferraz
Dra. Rosana Amora Ascari
Dr. Arnildo Korb

Compilação e Editoração: Dra. Rosana Amora Ascari – UDESC e ArteSam

Diagramação: ArteSam

Projeto Gráfico/Capa: ArteSam

Ficha catalográfica:

P963 Produção do mestrado profissional em enfermagem na atenção primária à saúde: contributos para a gestão e o cuidado/Elisangela Argenta Zanatta [et al.] (Org) – Florianópolis: UDESC, 2020.
112 p. : il. ; color. – (Estudos e inovações em Enfermagem; 1)

Inclui Referências.
ISBN-e: 978-65-88565-06-3

1. Enfermagem – Pesquisa. 2. Saúde. I. Zanatta, Elisangela Argenta. II. Título.

CDD: 610.73 - 20. ed.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Mariana O. S. Pfleger CRB 14/1243
Biblioteca Central da UDESC

"...Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje [...]. Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos".

(Paulo Freire)

SOBRE OS AUTORES

Adriane Karal. Enfermeira. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). E-mail: adri.karal@hotmail.com

Ana Paula Lopes da Rosa. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). Servidora Pública na Atenção Primária Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. E-mail: ana.lopessrosa@gmail.com

Arnildo Korb. Biólogo. Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Paraná. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, campus Chapecó e do MPEAPS. E-mail: arnildo.korb@udesc.br

Carine Vendruscolo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, campus Chapecó e do MPEAPS. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Carise Fernanda Schneider. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). Servidora Pública na Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. E-mail: carisefs@yahoo.com.br

Chiela Karei Siega. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). E-mail: cheilasiega@gmail.com

Dara Montag Portaluppi. Acadêmica do Curso de Enfermagem – UDESC. E-mail: dara.portaluppi@hotmail.com

Denise Antunes de Azambuja Zocche. Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora Adjunta Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Campus Chapecó e do MPEAPS. E-mail: denise.zocche4@udesc.br

Edlamar Kátia Adamy Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora Adjunta Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Campus Chapecó e do MPEAPS. E-mail: edlamar.adamy@udesc.br

Elisangela Argenta Zanatta. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora Adjunta Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Campus Chapecó e do MPEAPS. E-mail: elisangela.zanatta@udesc.br

Ingrid Pujol Hanzen. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. E-mail: ingridhanzen@yahoo.com.b

Jucimar Frigo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora na Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó. E:mail: frigo.jucimar@gmail.com

Juliana Coelho de Campos. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). Coordenação de Projeto Especiais da Secretaria Estadual de Administração Prisional e Socioeducativa. E-mail: julianacdecampos@gmail.com

Leila Zanatta. Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Campus Chapecó do MPEAPS. E-mail: leila.zanatta@gmail.com

Lenita de Cássia Moura Stefani. PhD em Medicina Preventiva Veterinária (University of Maryland) Pós-PhD (University of Maryland. Professora Adjunta do Curso de Zootecnia da universidade do Estado de Santa Catarina, do mestrado em Zootecnia e do MPEAPS. E-mail: lenita.stefani@udesc.br

Letícia de Lima Trindade. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, campus Chapecó e do MPEAPS. E-mail: letrindade@hotmail.com

Lucimare Ferraz. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Uniuversidade Federal de São Paulo, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, campus Chapecó e do MPEAPS/ E-mail: ferraz.lucimare@gmail.com

Marta Kolhs. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora Adjunta Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Campus Chapecó. E:mail: marta.kolhs@udesc.br

Mônica Ludwig Weber. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). Associação Hospitalar Padre João Berthier São Carlos/SC. E-mail: monyludwig@hotmail.com

Rosana Amora Ascari. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora Adjunta Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Campus Chapecó. E:mail: rosana.ascari@udesc.br

Saionara Vitória Barimacker. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. E-mail: saionarabarimacker@yahoo.com.br

Silvana dos Santos Zanotelli. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora Adjunta Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Campus Chapecó. E:mail: silvana.zanotelli@udesc.br

Tavana Liege Nagel Lorenzon. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). Prefeitura Municipal de Três Passos/ RS. E-mail: tavanaliege77@gmail.com

Vanesa Nalin Vanassi. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC-CEO). Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. E-mail: vanesanalin@hotmail.com

LISTA DE SIGLAS

1" – Primeiro Minuto
5" – Quinto Minuto
AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários da Saúde
ADR - Agência de Desenvolvimento Regional
AEAT – Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMOSC - Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina
ANSI – American National Standards Institute
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Apgar – Teste desenvolvido por Virginia Apgar (1909-1974), realizado no recém-nascido para avaliar o estado geral e vitalidade.
APS – Atenção Primária à Saúde
BIREME – Biblioteca Regional de Medicina, hoje denominada Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
C – Concordo
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Superior
CC – Círculo de Cultura
CE – Consulta de Enfermagem
CEO – Centro de Educação Superior do Oeste
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CiaTox – Centros de Informação e Assistência Toxicológica
CID-10 – Código Internacional de Doença
CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIR - Comissão de Integração Ensino Serviço
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONSUNI – Conselho Universitário
CP - Concordo Plenamente
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
D – Discordo
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DE – Diagnóstico de Enfermagem
DINTER – Doutorado Interinstitucional
DNA – Ácido Desoxirribonucléico
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
E - Enfermagem
EP – Educação Profissional
EPI – Equipamento de proteção individual
EPS – Educação Permanente em Saúde
eSF – equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
Et al – e outros

Etc – entre outros
FAO – Food and Agriculture Organization of the Unitad Nations
FASSUP – Fluxograma do acolhimento no serviço de saúde na unidade prisional
Fator Rh – Sistema de grupo sanguíneo identificado, descoberto a partir do sangue do macaco Rhosus
FC – Frequência Cardíaca
FENF/UERJ – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
FR – Frequência Respiratória
GESTRA – Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho
GF - Grupo Focal
GFS – Grupos Focais
GHS – Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals
GM – Gabinete Ministerial
GM/MS – Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde
GTES - Gestão do trabalho e Educação em Saúde
HIV – Human Immunodeficiency Virus
HRO – Hospital Regional do Oeste
IMC – Índice de Massa Corporal
IVC – Índice de Validação de Conteúdo
IVC - Índice de Validade do Conteúdo
Km – Kilômetros
LABIGEPS - Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPA – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MP – Mestrado Profissional
MPEAPS - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
MS – Ministério da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NC/ND – Nem Concordo, Nem Discordo
NE – Nível de Evidência
NHB - Necessidades Humanas Básicas
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
Nº - Número
NR – Norma Regulamentadora
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
p – Página
PA – Pressão Arterial
PC – Perímetro Cefálico
PE – Processo de Enfermagem
PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PICOT – População, Intervenção, Comparação/Conduta, Outcomes, Tempo
PL – Projeto de Lei

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSIPCF – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PR – Paraná

PT – Perímetro Torácico

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RC – Roda de Conversa

RI – Revisão Integrativa

RS – Rio Grande do Sul

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SC – Santa Catarina

SCIELO – Medline e a biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Library

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TC – Tecnologias do Cuidado

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDUCC – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFFS – Universidade Federal do Fronteira Sul

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UP – Unidade Prisional

VDRL – Venereal Disease Reserch Laboratory

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

PREFÁCIO **13**

Criação e projeções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde na Universidade do Estado de Santa Catarina 15

PARTE I – ESTUDOS DESENVOLVIDOS COM RECURSOS DO COFEN, EDITAL CAPES/COFEN nº 27/2016 ..... **21**

Capítulo 1 - A Consulta de Enfermagem na Saúde da Mulher, com Foco no Processo de Enfermagem e no Cuidado Transcultural: Revisão Integrativa de Literatura 23

Capítulo 2 - Construção e Validação de Um Instrumento de Coleta de Dados para a Consulta de Enfermagem à Criança na Atenção Primária à Saúde 33

Capítulo 3 - Desafios na Gestão das Equipes de Saúde da Família e Proposições para a Qualificação das Atividades dos Enfermeiros Gerentes 48

PARTE II – ESTUDOS, ENVOLVENDO CUIDADO E TECNOLOGIAS EM SAÚDE **61**

Capítulo 4 - Riscos Ocupacionais da Atividade Leiteira: Observações e Registros pela Lente da Enfermagem 63

Capítulo 5 - Atenção Primária à Saúde nos Casos de Intoxicação por Agrotóxicos: Uma Revisão Narrativa da Literatura 69

Capítulo 6 - A Consulta de Enfermagem no Pré-Natal na Perspectiva da Teoria Transcultural do Cuidado: Uma Revisão Narrativa 79

PARTE III- ESTUDOS ENVOLVENDO A GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE **91**

Capítulo 7 - Desenvolvimento do Fluxograma do Atendimento Inicial de Saúde às Mulheres Privadas de Liberdade 93

Capítulo 8 - Grupo Focal: Uma Estratégia Metodológica de Coleta de Dados na Construção de Fluxogramas Assistenciais em Enfermagem 98

Capítulo 9 - Itinerário de Educação Permanente para Melhores Práticas em Enfermagem na Rede de Atenção 103

PREFÁCIO

A obra se constitui de apresentação e três partes distribuídas em 9 capítulos. Inicia com o texto intitulado, "Criação e projeções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde na Universidade do Estado de Santa Catarina", no qual as autoras fazem um resgate do desafio de criar um mestrado profissional.

Na continuidade, podemos perceber os caminhos traçados para inovar no trabalho acadêmico, notadamente no mestrado profissional, em que há destaque às metodologias, técnicas, teorias e muita criatividade. As autoras buscam inovação nas temáticas, nos cenários, dando visibilidade a novos atores em cena, a novos problemas, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim procedem quando buscam pesquisar junto à comunidade rural, encontrando um jeito de atender às mulheres privadas de liberdade ao realizarem um círculo de cultura na busca de um itinerário.

É bem possível a quem se dispuser a conhecer a obra *Produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: contributos para a gestão e o cuidado* em toda sua extensão, enfrentará um grande desafio, do qual poderá adquirir muito conhecimento novo. Não é livro feito para ser lido de uma única vez como um romance. Será necessário um mergulho na intimidade da obra a fim de compreender a profissão de enfermagem atualmente. Ele também serve de guia a novas abordagens na APS.

Na obra são exploradas muitas faces da profissão, desde as teorias que deram fundamento científico ao saber da Enfermagem até o saber buscado como complemento em outras áreas, como sociologia e educação. Desta forma, penso estar contribuindo para a divulgação do livro e respondendo, adequadamente, ao convite de prefaciar essa edição.

À sustentação da proposta contida neste livro, as autoras montaram algumas ideias em torno da APS, com olhos de artistas, mãos literárias e saber científico. Assim, foram muito sagazes ao abordarem vários temas, todos de muito interesse à área. São, por assim dizer, pesquisadoras curiosas que, através de suas lentes bisbilhoteiras, percorrem a história e a legislação da enfermagem tal como se estivessem em uma aula de anatomia, examinando detidamente um corpo. Melhor ainda, produzindo conhecimento novo, fazendo-nos pensar sobre.

Suas lentes poderosas dissecam, separam, criam e reconstituem a organização do trabalho de enfermagem e em saúde, oferecendo ao leitor uma excelente obra de consulta; um trabalho, cujo resultado torna outros possíveis, porque dá pistas a muitas outras pesquisas.

São criativas as pesquisadoras, preenchem lacunas, detectam com precisão as tendências que elevarão a profissão a outros patamares de maior complexidade e destaque. Nada do que é tendência, inovação e novo escapou à captura do olhar destas pesquisadoras. Ao mesmo tempo se destacaram, oferecendo oportunidades a novos pesquisadores

Por fim, faz-se necessário destacar o papel do Conselho Federal de Enfermagem-Cofen que, ao financiar a Pós-Graduação na modalidade mestrado profissional, trouxe destaque à Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), temática central na visibilidade profissional da Enfermagem; provocando a qualificação dos enfermeiros, melhorando o cuidado e protegendo a sociedade.

Propositadamente, escolhi o que abordar neste texto. No entanto, qualquer deslocamento possibilita um novo olhar. A partir do meu lugar, esta é uma obra de referência à enfermagem e terá ampla ressonância no meio acadêmico. Se constitui leitura obrigatória àqueles que querem conhecer a enfermagem.

Joel Rolim Mancia[1]

Criação e projeções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde na Universidade do Estado de Santa Catarina

Arnildo Korb
Carine Vendruscolo
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Edlamar Kátia Adamy
Elisangela Argenta Zanatta
Ivete Maroso Krauzer
Letícia de Lima Trindade
Rosana Amora Ascari

A trajetória profissional da Enfermagem no Oeste Catarinense percorre um itinerário permeado por mudanças e adaptações que contribuem para a construção da identidade profissional, considerando-se a necessidade de empregabilidade e de responsabilidades inerentes ao exercício laboral, assim como a busca por constante aperfeiçoamento. Essa realidade culminou com o esforço político, mediante programas de governo que incentivaram o acesso da população à formação superior. Tais programas implicaram aumento de profissionais ingressantes no mercado de trabalho, inclusive na área de enfermagem (VENDRUSCOLO et al., 2019). A importância da Universidade para a sociedade é inquestionável, todavia o aprimoramento de dispositivos de interação entre universidade, mercado e sociedade se faz necessário à promoção do desenvolvimento socioeconômico do país (AUDY, 2017).

Conhecer os elementos que compuseram a história do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) implica resgatar a trajetória do Curso de Graduação em Enfermagem, as experiências e os saberes que sustentaram sua construção e que o mantém como um dos melhores Cursos de Enfermagem do Brasil.

O Curso de Graduação em Enfermagem foi criado devido ao intenso processo de mobilização da comunidade de toda a região do Oeste de Santa Catarina (SC), havendo forte apoio da Prefeitura Municipal de Palmitos. Trata-se de um curso público, gratuito e que iniciou as atividades no ano de 2004, caracterizado como "Enfermagem com ênfase em Saúde Pública", oferecendo 45 vagas semestrais, duração mínima de

quatro anos em período integral e atividades correlatas aos estudantes. Seu funcionamento provisório teve inauguração no Centro Comunitário Evangélico do município de Palmitos/SC. No ano de 2005, a sede própria foi inaugurada, construída em parceria com a Prefeitura Municipal de Palmitos, Macrorregião Oeste de SC (ADAMY et al., 2016).

O curso foi reformulado, passando a se integralizar em, no mínimo, cinco anos e admitindo 30 ingressantes a cada semestre, conforme exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Nos primeiros oito anos, tornou-se referência na região por desenvolver projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária junto às comunidades urbana e rural e, ainda, integrado aos serviços que atendem a área hospitalar e de Atenção Primária à Saúde (APS)[2]. Essa lógica de integração com os serviços e foco nas necessidades e demandas, in loco regionais, atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme prescrito na Constituição Brasileira (VENDRUSCOLO et al., 2016). Assim, desde o início, a Enfermagem da Udesc também apoiou iniciativas de docentes na criação de estratégias pedagógicas coerentes com essas prerrogativas constitucionais, com as DCN e com as políticas do Ministério da Saúde (MS), como a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), entre outras.

Em 2012, o curso teve sua sede transferida para Chapecó, município polo da macrorregião do Oeste de SC. Tal mudança ocorreu em virtude da localização geográfica de Palmitos —que deixou de ser atrativo para estudantes com a vinda de outras Universidades à região e, principalmente, pela dificuldade relacionada aos campos de estágio e aulas teórico-práticas.

Na busca de qualificação do corpo docente, o Departamento de Enfermagem com o apoio da Udesc e do Centro de Educação Superior do Oeste (CEO), buscou a realização de um Doutorado Interinstitucional (DINTER), o qual foi promovido através do convênio entre o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Udesc como entidade receptora em 2013, a qual permitiu o doutoramento de dez professoras do Departamento de Enfermagem e contou com o financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foi a partir dos movimentos desencadeados pelo Dinter que os professores da Enfermagem Udesc começaram a amadurecer a ideia da Pós-Graduação.

Neste contexto, também emergiram os grupos de pesquisa em enfermagem, primeiramente, em 2013, o Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA), seguido pelo Grupo de pesquisa Cuidado Humano e o Processo de Saúde e Adoecimento e o Grupo Ambiente, Desenvolvimento e Saúde Humana. Em 2019, foi criado o Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS). Os grupos impulsionaram e vêm dando visibilidade em âmbito nacional e internacional à produção acadêmica e técnica do curso.

O desenvolvimento do curso e os movimentos de qualificação do corpo docente motivaram a criação de um Grupo de Trabalho por meio da Portaria nº 05 de 07/02/2014, designando a comissão de elaboração do projeto à criação de um Mestrado Profissional em Enfermagem.

As ações extensionistas e de pesquisa realizadas no município e Região constituíram a base para a construção de um vínculo com os serviços de saúde e comunidade, integrando e fortalecendo o ensino e os serviços, bem como as relações sociais da Universidade com os municípios da Região Oeste do estado de SC, que se tecem por meio das práticas de ensino, intervenções via projetos de pesquisa e extensão. Esta integração sustentou a proposta de criação do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), que teve sua aprovação nas instâncias da Udesc em 02 de julho de 2015 pela Resolução 036/2015/CONSUNI e iniciou suas atividades em agosto de 2017, após recomendação pela CAPES, em 2016.

O foco do MPEAPS nesse nível de atenção à saúde tem suas raízes na própria vocação do curso de graduação, conforme mencionado, cujos trabalhos dos docentes, voltados à comunidade local, em sua maioria, tinham alinhamento com essa proposta organizacional do SUS. Nessa mesma linha, a escolha da Promoção da Saúde como referencial, expressa a vontade dos docentes do Curso em priorizar e produzir a saúde como resultante de um conjunto de valores: equidade, justiça social, ética, autonomia dos indivíduos, dentre outros, ao encontro do prescrito na Carta de Ottawa à Promoção da Saúde (WHO, 1986).

O Mestrado Profissional (MP) é uma modalidade de formação stricto sensu, tendo por objetivo suprir demandas sociais, políticas e econômicas, associadas à qualificação de trabalhadores em serviço, mediante à "capacitação de pessoal para a prática profissional avançada e transformadora de procedimentos e processos aplicados, por meio da incorporação do método científico, habilitando o profissional para atuar em atividades técnico-científicas e de inovação" (NATIONAL NURSING CENTERS CONSORTIUM, 2014, p. 20). No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apostou na qualificação de, aproximadamente 500 profissionais ao longo de quatro anos e passou a apoiar pesquisas por meio dos MP em parceria com a CAPES, sobretudo direcionadas à temática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (CAPES, 2016).

---

[1] *Professor-Universidade do Vale do Rio do Sinos/UNISINOS.*

As atividades acadêmicas do MPEAPS da Udesc tiveram início em agosto de 2017, após recomendação pela CAPES em 2016, tendo uma proposta curricular direcionada à qualificação dos enfermeiros para o exercício da prática profissional avançada e transformadora, atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho, promover a articulação entre a formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas, visando à eficácia e à eficiência das organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas e geração e aplicação de processos de inovação. No primeiro ano, o MPEAPS teve um projeto de pesquisa aprovado no Edital de apoio a Programas de Pós-Graduação da área de enfermagem - modalidade MP (CAPES, 2016).

A primeira seleção para o MP contou com 43 inscritos para dez vagas, apresentando uma concorrência de 4,3 candidatos por vaga. No segundo processo seletivo, ocorrido em 2018, concorreram 40 candidatos para dez vagas. Em seu terceiro processo coletivo contou com 56 inscritos. Entre os participantes, em ambos os processos, estavam enfermeiros do município de Chapecó e das Regiões Oeste, Meio Oeste, Extremo Oeste e Norte catarinense e dos estados do Rio Grande do Sul (RS) e Paraná (PR).

Nesse contexto do trabalho em saúde e enfermagem na APS, o curso de Mestrado busca contribuir com a qualificação profissional do enfermeiro, visando ao desenvolvimento de suas habilidades e competências na realização de ações de cuidado em saúde e enfermagem para a rede de atenção à saúde, sobretudo na realização de cuidados complexos e à implementação de tecnologias em saúde. Assim, o MPEAPS iniciou suas atividades com dez enfermeiras que atuavam em serviços de saúde, sendo duas vinculadas a hospitais (um filantrópico e outro privado), sete às Unidades de Saúde da Família da região oeste de SC e noroeste do RS e uma à Secretaria de Justiça e Cidadania de SC. A proposta curricular estava direcionada à qualificação dos enfermeiros para o exercício da prática profissional avançada e transformadora, ao atendimento das demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho, à promoção da articulação entre a formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas, com vistas à eficácia e à eficiência das organizações públicas e privadas, por meio da solução de problemas e geração e aplicação de processos de inovação.

Ao longo destes dois anos de criação do curso, destaca-se a relevância e o impacto da formação dos profissionais da enfermagem no âmbito da Pós-Graduação stricto sensu, que evidenciam a necessidade e importância da oferta desse Mestrado na Região:

— oportunidade de continuidade na formação profissional em áreas que exijam maior qualificação em serviços de saúde regionais, pois no estado de SC os Programas stricto sensu estãoconcentrados na capital, distante 552 km do Oeste Catarinense;

— fortalecimento do município de Chapecó e Região como polo de formação na área da enfermagem, além de ser referência à economia regional, estadual e nacional, bem como para os serviços de saúde e Instituições de Ensino Superior. Na Região Oeste de Santa Catarina, há cinco Cursos de Graduação em Enfermagem (três em Chapecó, um em Xanxerê e outro em São Miguel do Oeste). Em Chapecó, além da UDESC, a UFFS e a Unochapecó oferecem este Curso de bacharelado. Ainda, na região meio oeste, um curso em Concórdia (distante 82 Km) e outro em Joaçaba (distante 160 km).

— atender a demanda de qualificação dos enfermeiros, especialmente, da APS para o desenvolvimento de um trabalho na ótica da rede de atenção à saúde, visto que o município de Chapecó é uma referência às redes de atenção psicossocial, rede cegonha e de urgência e emergência, oferecendo serviços de alta e média complexidade de saúde na região oeste de SC, sudoeste do Paraná e Noroeste do Rio Grande do Sul, atendendo a uma população de mais de 1,5 milhões de habitantes;

— acolher a demanda da educação continuada e permanente na área de enfermagem, pois as Regiões Oeste e Extremo Oeste contribuem fortemente à qualificação de enfermeiros.

Cabe destacar que os profissionais da enfermagem, que atuam na Região, desenvolvem práticas de assistência na atenção hospitalar pública e privada, APS, indústrias e cooperativas e, práticas educativas na formação de pessoal em cursos técnicos de enfermagem e da área da saúde. Neste cenário, vislumbra-se grande demanda de formação de profissionais voltados ao trabalho em redes, que busquem o fortalecimento da atenção à saúde ofertada à população em quaisquer que sejam os estágios de atenção.

Para acatar essas demandas, o MPEAPS se apresenta com a seguinte configuração:

Área de Concentração: Promoção da Saúde na Atenção Primária, que propõe seu desenvolvimento por meio de duas linhas de pesquisa: atuação científica etecnológica, sendo:

1. **Tecnologias do Cuidado (TC):** Investiga, aprimora e produz conhecimento e tecnologias para o cuidado em práticas avançadas de enfermagem nas redes de atenção, enfocando na promoção da saúde.
2. **Gestão do trabalho e Educação em Saúde (GTES):** Estuda e propõe intervenções no contexto do processo de gestão do trabalho e educação em

saúde, a fim de desenvolver a autonomia e fortalecer a tomada de decisão do enfermeiro à resolução de problemas e promoção da saúde.

É importante registrar ainda que, ao longo desses dois anos, vêm sendo fortalecidas as parcerias de integração ensino-serviço junto aos setores representantes da gestão e gerenciamento dos serviços de saúde (Agência de Desenvolvimento Regional (ADR), Secretarias de Saúde Municipais, Secretaria de Estado da Saúde de SC, Hospital Regional do Oeste (HRO), Comissão de Integração Ensino Serviço (CIR), Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSC)), além de divulgação nos conselhos municipais de saúde, com gestores (secretários municipais de saúde) da Região Oeste do estado. Essa aproximação tem como propósito o fortalecimento da ideia sobre a importância da qualificação dos enfermeiros para os serviços de saúde e, com isso, estimular a sua participação e entrada no MPEAPS, além de contar com o apoio dos gestores na liberação e incentivo aos ingressantes.

Em meados de 2019, a primeira turma apresentou os seus Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), cumprindo, dessa forma, com todos os requisitos para receber o título de Mestre em Enfermagem. Para a finalização do Mestrado, cada estudante precisou, além de cumprir com os créditos em disciplinas, produzir pelo menos um produto, cujo objetivo principal era o de auxiliar na melhoria da prática profissional em enfermagem.

Atualmente, o curso se encontra com dez docentes permanentes e três colaboradores e duas turmas em andamento, sendo 20 Enfermeiras, duas vinculadas à Associação Lenoir Vargas Ferreira, representada pelo Hospital Regional do Oeste (hospital de referência ao parto e pré-natal de alto risco, traumatologia, oncologia e neurologia) e Hospital da Criança (hospital de referência em oncologia pediátrica); 15 à APS da região Oeste e Meio Oeste de SC e Noroeste do RS, uma vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de SC e outra ao Programa Melhor em Casa e uma Enfermeira, que atua na área de saúde do trabalhador junto à empresa do ramo da Agroindústria.

Os resultados, até o presente, obtidos com as provocações e ações do MPEAPS da UDESC evidenciam os aspectos positivos desse modelo de formação stricto sensu e já são visíveis os seus impactos na sociedade. Os reflexos no cotidiano dos profissionais demonstram uma perspectiva de maior reconhecimento profissional e financeiro, o despertar da visão crítica sobre os processos e produtos de trabalho e, sobretudo reflexos na qualidade da assistência ao usuário do SUS em todos os estágios de atenção.

Apesar de recente, a proposta demonstra ter promovido maior aproximação entre profissionais, docentes e discentes de graduação e pós-graduação em enfermagem, principalmente relacionada às atividades de ensino, pesquisa e extensão, fomentando iniciativas intersetoriais e parcerias com a comunidade.

Quando olhamos para esta história, sabemos que o desafio de produzir saberes e integrar os serviços na busca de melhoria à saúde da população, acima de tudo na APS, permanece. É preciso seguir alinhavando, tecendo e articulando, por meio de estudos e reflexões, os saberes produzidos pelas práticas profissionais com os conhecimentos e "caminhos" construídos na criação e implementação de tecnologias, voltados à melhoria do cuidado e da gestão em enfermagem e saúde.

Na conquista por seu espaço, a enfermagem busca firmar-se como ciência e desenvolve pesquisas que subsidiam a sua prática mediante um corpo de conhecimento próprio e, também, por meio da interlocução com outros campos de saber. O cuidado de Enfermagem se desenvolve com o saber científico da enfermagem, mas também, a partir da criação e do aprimoramento de formas de lidar com a diversidade humana, oferecendo aos indivíduos e coletividades respostas aos seus desassossegos. Nessa direção, o MPEAPS da UDESC deixa suas marcas na história da profissão em SC, destacando-se como primeiro Mestrado de Enfermagem na Região Oeste de SC.

Referências

ADAMY, EK., VENDRUSCOLO, C., FINGER, K., CADONÁ, TM. Dez anos de história: marcos do ensino de enfermagem no Oeste Catarinense. **Hist enferm Rev eletrônica** [online]. v. 7, n. 1, 2016. p. 327-35, 2016. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/a02.pdf. Acesso em: 25 ago. 2019.

AUDI, JÁ. inovação, o desenvolvimento e o papel da Universidade. **Estud. av.** [online]. v. 31, n. 90, p. 75-97, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ea/v31n90/0103-4014-ea-31-90-0075.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES - Brasil). Edital nº 27 de 2016. **Apoio a programas de pós graduação da área de enfermagem - modalidade mestrado profissional**. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/05122016-Edital-27-Capes-COFEN.pdf

NATIONAL NURSING CENTERS CONSORTIUM (NNCC). 2014 **Global Advanced Practice Nursing Symposium**. United State of America, 2014. Disponível em: http://www.nncc.us/images_specific/pdf/GlobalAPNSymposiumFINAL.pdf. Acesso em: 11 set. 2019

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, sérvios e tecnologia. UNESCO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. T**he Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva, 2018.

VENDRUSCOLO, C., PRADO, ML., KLEBA, ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 9, p. 2949-2960, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2949.pdf. Acesso em: 23 ago. 2019.

VENDRUSCOLO, C., MAFFISSONI, A. L., PÉRTILLE, F., et al. Trajetória e atuação profissional das enfermeiras da região oeste de Santa Catarina: um resgate histórico. **Enfermagem Brasil** [online], v. 18, n. 1, p. 56-64, 2019. Disponível em: https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2451/html. Acesso em: 12 set. 2019

PARTE I – ESTUDOS DESENVOLVIDOS COM RECURSOS DO COFEN, EDITAL CAPES/COFEN nº 27/2016

Capítulo 1

A Consulta de Enfermagem Na Saúde da Mulher, com Foco No Processo de Enfermagem e no Cuidado Transcultural: Revisão Integrativa de Literatura

Ana Paula Lopes da Rosa
Denise Antunes de Azambuja Zocche

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde ao primeiro patamar de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a APS de qualidade é um desafio, considerando a dimensão territorial do país, as inúmeras diferenças socioeconômicas da população e as desigualdades de acesso à saúde. Há de se considerar que os profissionais atuantes nesse nível de complexidade nem sempre têm a qualificação adequada para oferecer um serviço com segurança e qualidade à população. A atual situação política e econômica do país preocupa, a notável reforma na saúde pública do Brasil deixa o sistema sob ameaça. É imprescindível fortalecer a APS no Brasil para garantir a efetivação dos princípios do SUS, como a universalidade, a equidade e a atenção integral à saúde. A APS desempenha papel fundamental na saúde da mulher (STEIN, FERRI, 2017).

A consulta de enfermagem é entendida como ferramenta que possibilita a integralidade na assistência à saúde. Nesse sentido, consta em alguns estudosa evidência de que a consulta de enfermagem é um dos principais eixos de sustentação às políticas públicas de saúde (SAPAROLLI, ADAMI, 2010).

A enfermagem tem sido reconhecida como arte e ciência desde sua consolidação enquanto profissão;

dessa forma, expandir o conhecimento sobre a arte de cuidar se torna um desafio. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho que propicia ao enfermeiro instrumentos à aplicação de conhecimentos técnico-científicos, voltados ao cuidado humano nos diversos estágios de atenção à saúde (FERNANDES et al., 2011). Conforme a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 de 2009, a SAE é definida como organizadora do trabalho do enfermeiro e responsável pela efetivação do processo de enfermagem, o qual se traduz num método de orientação do cuidado do enfermeiro e dos registros da prática profissional (COFEN, 2009).

Avalia-se importante à evolução da enfermagem como profissão e ciência, que haja uma relação intrínseca entre a teoria, a pesquisa e a prática profissional, de modo que a prática possa ser permeada por teorias validadas. Teoria é um conjunto de conceitos que projetam a visão sistêmica do fenômeno. As teorias de enfermagem são utilizadas para a descrição, explicação, diagnóstico e prescrição de ações à prática profissional, trazendo cientificidade ao exercício da enfermagem (BOUSSO, POLES, CRUZ, 2014).

Considerando a dimensão cultural do cuidado, a enfermagem tem buscado, constantemente, adequar a assistência prestada ao contexto cultural em que se insere o indivíduo. Nesse sentido, a teoria proposta por Madeleine Leininger, denominada de Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), surgiu para a compreesão de tais diferenças. A TDUCC determina que a visão de mundo e as estruturas socioculturais dos indivíduos influenciam, diretamente, no seu estado de saúde. O enfermeiro, ao reconhecer a cultura e seus influenciadores, estaria apto a desenvolver um cuidado mais eficaz, através de ações e decisões de forma congruente (SEIMA et al., 2011).

O método delineado por Leininger é representado pelo modelo Sunrise ou Sol Nascente, composto por quatro níveis, identificando o nível de abstração que varia do mais abstrato (nível I) ao menos abstrato (nível IV). O nível IV do modelo Sunrise, abrange a tomada de decisões e ações de cuidados desempenhadas pela Enfermagem, envolve a preservação e manutenção (das ações benéficas ou que não oferecem risco), acomodação e negociação (das ações benéficas ou que não oferecem risco) e a repadronização e restruturação cultural do cuidado (das ações prejudiciais à saúde) (BETIOLLI et al., 2013).

O desenvolvimento desta revisão foi induzido pela necessidade de um suporte técnico-científico à elaboração de um instrumento para consulta de enfermagem na saúde da mulher, considerando a enfermagem transcultural. Logo, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Como a consulta de enfermagem na saúde da mulher está sendo desempenhada na Atenção Primária, considerando as etapas do Processo de Enfermagem e a Teoria Transcultural de Leininger? Sendo assim, objetiva-se nesta pesquisa analisar a produção científica sobre a consulta de enfermagem à saúde da mulher na Atenção Primária, com foco no processo de enfermagem e na Teoria Transcultural de Leininger.

Este estudo deriva do macroprojeto intitulado "Estratégias para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado à mulher e à criança", contemplado pelo Edital CAPES/COFEN nº 27/2016, desenvolvido no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Metodologia

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura. A revisão integrativa (RI) busca identificar o estado do conhecimento sobre determinado tema, através da análise das pesquisas relevantes que oferecerão suporte à tomada de decisão e contribuirão à melhoria da prática clínica. A RI, além de sintetizar o conhecimento sobre um determinado assunto, também serve para evidenciar lacunas que necessitam ser preenchidas na área pesquisada (POLIT, BECK, 2006).

Para o desenvolvimento desta RI, foi utilizado um protocolo de pesquisa contendo nove etapas, baseado no modelo criado por Zocche et al., (2018). São elas: identificação da questão de pesquisa; validação do protocolo; seleção e extração dos estudos; validação da seleção dos estudos; seleção e extração de dados; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados; discussão dos resultados e considerações finais. As etapas do desenvolvimento desta revisão estão descritas a seguir: identificação da questão de pesquisa, através do uso da estratégia PICOT[3]; validação do protocolo por avaliadores; seleção e extração dos estudos (critérios de inclusão, critérios de exclusão, bases de dados, escolha dos descritores, estratégias de cruzamentos); validação da seleção dos estudos por revisores; seleção e extração dos dados; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados; discussão dos resultados; considerações finais.

As buscas pelos artigos, para compor a amostra da RI foram realizadas através do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); trata-se de uma plataforma coordenada pelo Centro Latino-americano de informação em Ciências da Saúde (BIREME), que agrega diversas bases de dados bibliográficos produzidos pela Rede BVS; dentre as principais, destacam-se a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEdline e a biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SciELO) (PORTAL

[3] *PICOT – População, Intervenção, Comparação (Conduta), "Outcomes" (Desfecho) e Período de Tempo.*

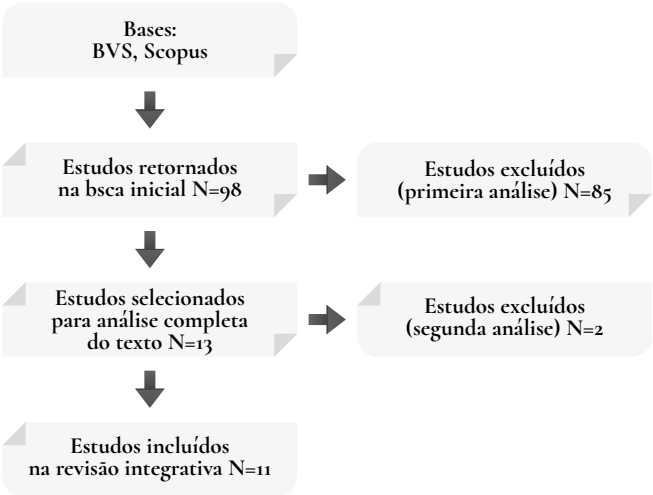
REGIONAL DA BVS, 2018). Também foram feitas buscas na base de dados da Scopus.

Para a busca na BVS, utilizaram-se os seguintes descritores: Processo de enfermagem; Consulta de Enfermagem; Saúde da mulher; Teoria de enfermagem; Terminologia padronizada em enfermagem. Com a mesma representação, selecionaram-se os termos em inglês para a busca na base da Scopus: Nursing process; Office nursing; Women's health; Nursing theory; Standardized nursing terminology. Os seguintes cruzamentos foram realizados: "Processo de enfermagem" AND "Consulta de enfermagem" AND "Saúde da mulher"; "Processo de enfermagem" AND "Saúde da mulher" AND "Teoria de enfermagem"; "Processo de enfermagem" AND "Saúde da mulher" AND "Terminologia padronizada em enfermagem"; "Nursing process" AND "Office nursing" AND "Women's health"; "Nursing process" AND "Women's health" AND "Nursing theory"; "Nursing process" AND "Women's health" AND "Standardized nursing terminology".

Fizeram parte dos critérios de inclusão do estudo, trabalhos publicados em formato de artigo científico (artigos originais, revisões integrativas, revisões sistemáticas, relatos de experiências, ensaios teóricos), publicados no período de 2009 a 2018 com disponibilização online de texto completo; artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; pesquisas que abordavam o tema no título, resumo ou palavra-chave. Foram excluídos da pesquisa: teses, dissertações, reflexões, carta e editoriais e trabalhos duplicados. A busca de dados ocorreu no mês de setembro de 2018.

Na etapa de seleção e extração dos dados da amostra, foram realizadas as buscas nas referidas bases de dados, seguindo os cruzamentos e aplicando os filtros propostos, resultando num total de 98 artigos, conforme está indicado no fluxograma de seleção apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Síntese do processo de seleção dos artigos para a revisão integrativa



Fonte: Os Autores (2019).

Após, seguiu-se à leitura individual dos títulos e resumos de todos os artigos encontrados. Os estudos que atenderam os critérios foram separados e organizados segundo o tipo de artigo, ano de publicação, tipo de estudo, temática, especificando sua inclusão ou motivo de exclusão da amostra, assim, totalizando 13 artigos. Posteriormente, os artigos selecionados foram lidos na íntegra e a amostra final foi constituída de 11 artigos. A exclusão dos artigos da amostra, após sua leitura na íntegra, deu-se pelo fato de os estudos estarem relacionados à temática, porém investigavam a opinião dos usuários a respeito da consulta de enfermagem, não determinando como a consulta estava sendo desempenhada pelo profissional enfermeiro.

Para a análise dos artigos selecionados, considerou-se a resolução do COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do seu processo, determinando a metodologia para o desenvolvimento do processo de enfermagem nas suas etapas sistemáticas e inter-relacionadas. Dessa forma, seguiu-se com o levantamento dos temas de significação e organização em categorias apresentadas na sequência.

Resultados

A seguir, apresenta-se de forma detalhada o processo de categorização da amostra, análise e interpretação dos dados, resultados e discussão. No Quadro 1, expõe-se a descrição dos estudos incluídos na amostra para análise, quanto à abordagem, ano de publicação, nível de evidência (NE), objetivos e resultados.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados que respondem à questão de pesquisa

Autores	Título	Tipo de Estudo Abordagem	Ano	NE	Objetivos	Resultados
A1. MOURA, C. F. S.; LOPES, G. T.; SANTOS, T. C. F	Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática	Qualitativo, histórico-social	2009	IV	Discutir a inserção da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro na humanização e desmedicalização da assistência à mulher no município do Rio de Janeiro.	Evidenciaram que a FENF/UERJ contribuiu para a humanização da assistência à mulher, o que ocorreu na implantação da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco, na qualificação de enfermeiras obstétricas para a rede municipal de saúde e no processo de criação e implantação da Casa de Parto, demonstrando que os docentes tiveram papel relevante no processo de humanização e desmedicalização da assistência à mulher.
A2. OLIVEIRA. M. M. C. et. al	Análise das investigações em enfermagem e o uso da teoria do cuidado cultural	Qualitativo, pesquisa bibliográfica	2009	IV	Identificar e analisar os objetos de estudo das dissertações e teses com enfoque na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.	Os dados evidenciam que o processo saúde-doença recebe influência socioeconômica e cultural, sendo necessário conhecer o contexto cultural do cliente para que as ações de saúde alcancem o resultado esperado. A Teoria do Cuidado Cultural possibilita conhecer as crenças, valores e mitos presentes nas pessoas para, assim, desenvolver junto delas os diferentes modos de cuidar.
A3 TEIXEIRA, C.A.B. et al	Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica	Qualitativo, descritivo	2012	IV	Analisar a percepção das enfermeiras e usuárias em relação às ações que favorecem a comunicação eficaz durante a consulta de enfermagem ginecológica.	Na visão das enfermeiras, para se comunicar bem, tem que se fazer entender. Utilizam diversas formas de tecnologia na educação e promoção da saúde, facilitando a comunicação interpessoal e a descontração durante a consulta ginecológica. Para as usuárias, o fator tempo é um empecilho no processo de comunicação. A comunicação enfermeira-usuária se faz parcialmente e de forma segura na visão das usuárias, mas a enfermeira necessita aperfeiçoar o relacionamento interativo na prática da consulta.
A4 SALIMENA, A. M. O. et al	Conhecimentos e atitudes de mulheres varredoras de rua sobre o cuidado ginecológico	Qualitativo	2012	IV	Identificar seu conhecimento sobre o corpo e como se cuidam em relação às alterações ginecológicas.	Déficit e autocuidado por parte das mulheres, desconhecimento sobre o próprio corpo. O enfermeiro possui amplo campo de ação como educador, na prevenção e na conduta terapêutica das alterações ginecológicas, com vistas a propiciar melhor qualidade de vida. A interação profissional/cliente, durante a consulta ginecológica, é excelente oportunidade para criar laços de confiança e caminhar na construção do conhecimento sobre saúde.
A5 LEMOS, R.X; RAPOSO, S.O.; COELHO, E.O.E.	Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo	Qualitativo, descritivo	2012	IV	Identificar os principais problemas e complicações do puerpério imediato e elaborar diagnósticos de enfermagem, seguindo a taxonomia II da NANDA pertinente para cada problema.	Reforça o valor da utilização do processo de enfermagem na gestão dos riscos relacionados à saúde da puérpera e demonstra o quanto o trabalho da equipe de enfermagem pode contribuir na identificação e minimização de riscos à saúde da puérpera.
A6 COELHO, M.M.F. et al.	Aplicabilidade da CIPE® fundamentada na teoria da modelagem e modelagem de papel	Qualitativo, estudo de caso	2014	IV	Analisar a proposta de plano educativo organizado por meio do processo de enfermagem, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), fundamentada pela Teoria da Modelagem e Modelagem de Papel, a um grupo de mulheres em Maracanaú-CE, Brasil.	Dois diagnósticos centrais emergiram das necessidades apresentadas pelo grupo: saúde comprometida e conhecimento adequado, assim como formulação de resultados e intervenções de enfermagem. O estudo aponta a possibilidade de aplicação do processo de enfermagem apoiado pela CIPE® e ações educativas baseadas na Teoria da Modelagem e Modelagem de Papel.
A7 SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. et al	Como os profissionais da atenção básica enfrentam a violência na gravidez?	Qualitativo	2014	IV	Conhecer como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família reconhecem e enfrentam o fenômeno da violência doméstica contra as mulheres grávidas	Identificaram-se: invisibilidade da violência doméstica diante do baixo número de notificações de casos; falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde com relação ao fenômeno; dificuldades profissionais no processo de identificação e intervenção devido a questões pessoais, a posturas preconceituosas e moralistas e ao método de trabalho pautado nos aspectos biológicos e, por fim, a importância do vínculo entre os profissionais da saúde e a mulher grávida no processo de identificação e intervenção da violência doméstica.

A8 OLIVEIRA, E.C.; LEITE, J.L.; FULY, P.S.C.	A Gerência do Cuidado à Mulher Idosa Com HIV/Aids em um Serviço de Doenças Infecto-Parasitárias	Qualitativo, Exploratório, descritivo	2015	IV	Identificar as implicações da consulta de enfermagem para gerência do cuidado à mulher idosa com HIV/AIDS.	Deficiências no processo de comunicação entre a equipe de enfermagem e a clientela dificultam a educação para o autocuidado. A enfermeira desempenha um papel ativo nesse processo. As evidências apontam que o planejamento do cuidado não ocorre de forma intuitiva ou assistematizada, embora o método não seja bem definido. Reconhecimento da CE como ferramenta na gestão do cuidado.
A9 APARECIDA et. al.	Expectativas e satisfação de gestantes: desvelando o cuidado pré-natal na atenção primária	Qualitativo	2016	IV	Analisar a percepção de mulheres primíparas sobre o cuidado pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, Londrina-PR, Brasil.	Apreendeu-se o cuidado pré-natal como momento essencial à gravidez segura, embora centrado na figura do médico e; garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem precocemente. Por outro lado, revelou-se insatisfação a partir do acolhimento na entrada à unidade de saúde até o acesso às consultas e orientações insuficientes, apesar de alguns discursos apontarem necessidades e satisfação pontual.
A10 SILVA, L.A. et al	O cuidado no pré-natal: um valor em questão	Qualitativo Fenomenológico	2017	IV	Compreender os valores instituídos nos discursos dos profissionais da saúde sobre a assistência pré-natal.	Os profissionais relataram uma concepção vital de seus valores com base no pensamento Scheleriano, e somados para que a rede de atenção ao pré-natal tenha uma adequação com foco na mulher, em prol de um avanço qualificado da assistência pré-natal.
A11 FOSTER, L. B. et.al.	O acolhimento nos moldes da humanização aplicada ao processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal	Qualitativo	2017	IV	Descrever as estratégias utilizadas pelo enfermeiro no pré-natal, voltadas para o acolhimento nos moldes humanizados e em seu processo de trabalho	Ressaltamos a importância da necessidade de se buscar a reorganização de serviços, que modificaria o perfil do trabalho do profissional de saúde, onde encontraria uma qualidade na assistência prestada, tendo sempre em vista o processo de trabalho, que é um processo sequencial e de continuidade das ações em busca de atingir objetivos.

Fonte: Os Autores (2019).

Ao analisar a síntese da produção científica detalhada no Quadro 1, verificou-se que a maioria dos artigos da amostra foram publicados em 2012 (36,36%). Considerando os objetivos do estudo, pode destacar-se algumas similaridades entre os artigos: quatro deles têm como objetivo conhecer ou descrever a expectativa da mulher sobre seu próprio corpo e sua saúde, bem como a assistência de enfermagem que ela recebe ou a expectativa do enfermeiro sobre o trabalho que realiza na saúde da mulher; tres artigos objetivaram descrever situações relacionadas ao processo de trabalho e gestão do cuidado do enfermeiro; dois artigos analisaram a aplicabilidade de diagnósticos de enfermagem, utilizando as taxonomias; um dos artigos se referiu à integração ensino-serviço com o objetivo de aprimorar os recursos humanos e materiais na saúde e outro enfocou na TDUCC, embora não especificamente relacionado à saúde da mulher.

Todos os artigos da amostra são classificados, quanto ao método, de abordagem qualitativa, tendo nível de evidência IV (evidências derivadas de um único estudo descritivo equalitativo), sendo sete estudos do tipo descritivo, um do tipo histórico-social e outro estudo bibliográfico; um estudo de caso e um estudo fenomenológico. Estes resultados corroboram com os apresentados por Leite e Mendes (2000); a pesquisa qualitativa é uma tendência da produção científica na enfermagem. Em sua pesquisa, os autores determinam que a maioria dos trabalhos publicados pela enfermagem são do tipo descritivo e exploratório, servindo de subsídio aos novos projetos. Apesar de tais pesquisas objetivarem aprimorar a qualidade do ensino e dos serviços prestados, há muitas lacunas e temáticas ainda intocáveis. Souto et al., (2007), também, encontrou tal tendência em seus estudos, acreditando que a predileção por pesquisas qualitativas na enfermagem se deve ao fato de a profissão ter sido construída, tendo base filosófica, fenomenológica e humanista, dedicando-se à compreensão e explicação dos fenômenos sociais.

Quanto aos sujeitos dos estudos, os profissionais representam quase a totalidade, evidenciados em seis artigos; dois deles trazem as mulheres como foco; outros dois trazem as mulheres e profissionais, juntamente, como alvo e dois artigos têm como foco os estudantes e o ensino. Resultados semelhantes foram encontrados na caracterização das pesquisas em saúde da mulher, feitas por Souto et al., (2007).

As temáticas gestação e pré-natal, parto e puerpério agruparam a maior parte dos artigos analisados (n=6); três artigos trazem uma abordagem relacionada à ginecologia; um artigo aborda a saúde da mulher sem especificar período e, outro, discute sobre teoria de enfermagem, não aplicado exclusivamente às mulheres. Tal fato evidencia a tendência dos estudos na saúde da mulher, ainda, serem predominantes no ciclo gravídico-puerperal, muito embora se tenha discutido sobre a assistência à mulher de forma integral. Em seus estudos, Rabelo e Silva (2016), ao analisarem diversos artigos, demonstraram predominância naqueles relacionados ao cenário do parto. As características dos artigos que compuseram a amostra estão representadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorização dos artigos analisados, conforme as características.

CARACTERÍSTICAS	N	%
ABORDAGEM		
Qualitativa	11	100
Quantitativa	0	0
Quanti-Qualitativa	0	0
SUJEITOS		
Profissionais	6	54
Mulheres	2	18
Mulheres/Profissionais	2	18
Estudantes	1	10
TEMÁTICAS		
Gestação e pré-natal, parto e puerpério	6	54
Ginecologia	3	26
Saúde da mulher (período não definido)	1	10
Teoria de Enfermagem	1	10

Fonte: Os Autores (2019).

As referências encontradas contribuem para responder à questão de pesquisa deste estudo. Os resultados serão apresentados a seguir, organizados em categorias identificadas a partir dos temas convergentes nos artigos analisados, a saber: fragilidades e potencialidades na Interação profissional – usuário; SAE e estruturação do Processo de Enfermagem.

Discussão

Fragilidades e potencialidades na interação profissional – usuário

Dos artigos que compuseram a amostra, cinco deles evidenciaram fatores importantes na ação e interação entre o profissional e o usuário para aprimoramento da assistência prestada às mulheres. A comunicação, a humanização e o acolhimento constituíram os temas mais enfocados.

Com relação à comunicação, Teixeira et al., (2009) reconhece ser fundamental o investimento nesta ferramenta ao aprimoramento da relação interpessoal do enfermeiro com o usuário; a comunicação é definida como um fator importante no processo de acolhimento, por meio do qual se desenvolve confiança e empatia. Em seus estudos, as enfermeiras reconheceram a necessidade de falar, tocar, ouvir, mostrar-se interessadas, estar acessível para o esclarecimento de dúvidas e se fazer entender, como atos que predispõem um acolhimento efetivo. O acolhimento é uma diretriz que proporciona a execução dos princípios fundamentais do SUS, além de garantir o vínculo entre o profissional e o usuário. Os estudos de Silva et al., (2017) corroboram esta afirmação, evidenciando o acolhimento como norteador da atenção integral à saúde das mulheres.

Tem-se em Oliveira, Leite, Fuly (2015), que uma das habilidades importantes do enfermeiro no desempenho da consulta seja a de ouvir. Ele deve procurar conhecer a realidade dessas mulheres, oferecendo um espaço terapêutico para que elas revelem suas necessidades e seus conhecimentos espontaneamente. A partir das necessidades levantadas nas consultas, o enfermeiro deve buscar (re) significar o espaço de cuidado. Tal estudo apresenta similaridade com dados observados por Teixeira et al., (2009); em suas observações de consulta de enfermagem, dados sobre a boa interação entre o enfermeiro e a mulher, uma vez que o profissional demonstrava interesse na fala da usuária, incentivando e acolhendo suas expressões, ouvindo com atenção e transmitindo confiança durante todo o processo de atendimento. Dessa forma, durante a entrevista e anamnese, o profissional que desenvolve boa comunicação apresenta uma postura diferencial.

Um dos artigos trouxe, como fragilidades no processo de interação profissional-usuário, a falta de apresentação e cumprimento formal durante a consulta de enfermagem, além da ausência de gestos acolhedores durante o exame físico. Teixeira et al., (2009) percebeu em suas observações que, na maioria das consultas, a enfermeira cumprimentava e sorria para as usuárias, entretanto se atentou ao fato de o profissional não se apresentar ou se identificar ao usuário nem cumprimentar com um aperto de mão. Além disso, não percebeu um toque afetivo ou gesto cuidadoso a fim de aliviar a tensão durante o exame ginecológico. O autor enfatiza a importância da postura profissional, a fim de suavizar a tensão naturalmente experimentada pela maioria das mulheres durante os procedimentos de exame físico.

O fator tempo também foi relatado em um dos artigos da amostra, como sendo uma fragilidade da consulta de enfermagem, responsável por limitar o potencial do enfermeiro. Teixeira et al., (2009) identificou o tempo como um obstáculo da comunicação, causando interferência direta na qualidade do atendimento. Ao questionar as enfermeiras sobre essa variável, elas relataram uma rotina de atendimentos intensa, a qual não permitia dialogar de forma satisfatória com as usuárias. As falhas de comunicação entre o profissional e o usuário prejudicam, de modo significativo, as ações para o fortalecimento do autocuidado (OLIVEIRA, LEITE, FULY, 2015).

Embora, a maioria dos estudos tenha sido desenvolvida, visando ao cenário da gravidez, parto e puerpério, um dos artigos sinaliza a necessidade de formação e capacitação profissional para tratar de questões relacionadas à violência doméstica. Apresenta-se em Salcedo-Barrientos et al., (2014) as fragilidades profissionais em lidar com essa temática, e a própria falta de prática do profissional em identificar casos de violência nos serviços de saúde.

As expectativas dos usuários sobre a assistência recebida nos serviços de saúde são mencionadas em

quatro artigos. Teixeira et al., (2009) e Oliveira, Leite, Fuly (2015) destacam, mais detalhadamente, que as usuárias se sentiam bem, porém tensas durante o exame físico-ginecológico. Algumas delas referiram sentimentos negativos relacionados ao exame ginecológico que, para os autores, sugere a necessidade de promover um ambiente que seja acolhedor e capaz de minimizar essas emoções negativas. Algumas usuárias entrevistadas, nesses estudos, revelaram a importância de receber um atendimento livre de preconceitos e com respeito a seus direitos.

Pelos estudos, confirmam-se que as atitudes e os procedimentos adotados pelo profissional durante a consulta são capazes de influenciar todo o contexto do atendimento, tanto positiva quanto negativamente. Uma comunicação eficaz e uma abordagem adequada e acolhedora é imprescindível à consolidação do plano de cuidados, evitando prejuízos ao usuário.

Sistematização da assistência de enfermagem e estruturação do processo de enfermagem

Conforme análise dos estudos que compuseram a amostra final, três autores apontam que a assistência de enfermagem não ocorre de forma empírica ou assistematizada, muito embora, em nenhum dos artigos, há referência de todas as fases do processo de enfermagem detalhadamente; os estudos se detêm à abordagem de algumas fases, com ênfase no diagnóstico de enfermagem.

Em Oliveira, Leite, Fuly (2015), têm-se evidências de que o planejamento do cuidado é pensado cuidadosamente, seguindo uma sistematização. Assim, o profissional traça estratégias para atingir os objetivos de sua clientela, sendo imprescindível considerar um método para efetivar o cuidado em saúde. O estudo pondera que a sistematização do cuidado não se refere somente ao trabalho do profissional, mas se estende a todo o processo de trabalho desempenhado pela equipe, considerando que toda a interação entre a equipe de saúde ocorre com a finalidade de produzir o cuidado. Percebe-se, no discorrer do referido texto, que os autores lançam mão dos termos metodologia, conceito básico e teoria para definir as estratégias à sistematização do cuidado. Apreende-se que, em Oliveira, Leite, Fuly (2015), o termo processo de enfermagem não é mencionado como a metodologia utilizada para organizar o cuidado. Lemos, Raposo, Coelho (2012) e Coelho et al., (2014), justificam a importância da SAE no processo de trabalho, uma vez que direciona as intervenções de enfermagem. Coelho et al., (2014) ainda ressalta a importância de utilizar o processo de enfermagem voltado às ações educativas na Atenção Básica.

A resolução COFEN 358/2009 determina que, para a efetivação da SAE, é necessário um suporte teórico em todas as etapas do processo de enfermagem. Considerando as cinco etapas do processo de enfermagem, definidas na referida resolução – histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Frente ao exposto, apresentaremos a análise dos artigos quanto a presença dessas etapas.

Em relação ao histórico de enfermagem, Oliveira, Leite e Fuly (2015) evidenciam a importância de conhecer as necessidades da clientela para a efetivação da consulta. Em sua pesquisa, Coelho et al., (2014), realizaram uma dinâmica de criatividade e sensibilidade, que tinha por foco o processo de enfermagem em todo o percurso metodológico. O histórico ou coleta de dados se deu através da modelagem de papel, em que se investigaram as necessidades de cada mulher. A modelagem foi direcionada pela Classificação Internacional à Prática de Enfermagem (CIPE®); os diagnósticos, resultados e intervenções foram descritos em consonância com os problemas de saúde e as respectivas alternativas de resolução elencadas pelo próprio grupo.

O diagnóstico de enfermagem relacionado à saúde das mulheres tem sido objeto de estudos para muitos estudiosos. Por exemplo, Lemos, Raposo, Coelho (2012) desenvolveram um estudo, tendo por objetivo a identificação das principais publicações do puerpério imediato, havendo a elaboração dos diagnósticos de enfermagem para cada problema identificado. Coelho et al., (2014) objetivou analisar a proposta de um plano educativo às mulheres no climatério, por meio do processo de enfermagem.

Em relação ao uso de sistemas de linguagens padronizadas, verificou-se que tais estudos analisados selecionaram taxonomias diferentes no levantamento dos diagnósticos de enfermagem. Lemos, Raposo, Coelho (2012) optaram pelo uso da taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), sendo a pesquisa voltada ao ambiente hospitalar (puerpério imediato). Já, em Coelho et al., (2014), tem-se a CIPE® como a terminologia selecionada, sendo que o estudo foi desenvolvido na atenção primária (climatério).

Especificamente, Lemos, Raposo, Coelho (2012) não justificam a opção por NANDA, porém ratificam seu estudo na perspectiva da relevância de estudar os diagnósticos de enfermagem, uma vez que a classificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem permite determinar os resultados de cada procedimento adotado, reafirmando a importância do cuidado do enfermeiro com o cliente e a instituição. Coelho et

al., (2014) considerou a CIPE® mais adequada para seu estudo; a escolha foi justificada pelo autor devido à simplicidade e clareza da linguagem adotada e às inúmeras possibilidades de diagnósticos e intervenções existentes na CIPE®, já que considera os diferentes perfis e aspectos culturais de nossa clientela. O autor considera que unificar a linguagem, de forma sistematizada, contribui no fortalecimento da enfermagem enquanto profissão. Ambos os estudos enfatizam o diagnóstico de enfermagem como importante parte do processo de enfermagem na gestão dos riscos à saúde da mulher e sua identificação tem potencial para minimizar tais riscos.

Considerando os aspectos relacionados à implementação de enfermagem, Coelho et al., (2014), através da dinâmica de modelagem direcionada pela CIPE®, descreveram os diagnósticos, resultados e intervenções em consonância com os problemas de saúde e as respectivas alternativas de resolução elencadas pelo próprio grupo.

Portanto, os aspectos relativos à avaliação de enfermagem foram citados nos estudos de Oliveira, Leite e Fuly (2015), os quais definiam a avaliação de enfermagem como base para elaborar ou readequar um plano de cuidado eficaz que comtemplasse as reais necessidades das mulheres. Os autores delineiam a respeito da importância da análise minuciosa dos problemas desencadeados pelo processo de trabalho, a fim de garantir qualidade na assistência.

Outra caracterização dos estudos diz respeito à aplicação da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Moura, Lopes e Santos (2009) abordam em seu estudo uma reflexão quanto ao cuidado prestado pelo enfermeiro à sua clientela, considerando a diversidade cultural existente. Os dados da pesquisa evidenciam a influência dos aspectos socioculturais sobre o processo saúde-doença do indivíduo e, através da Teoria Transcultural é possível produzir modos de cuidar adequados aos valores e crenças de cada indivíduo e comunidade.

Considerações Finais

Esta revisão integrativa permitiu conhecer as premissas da consulta de enfermagem e proporcionar uma reflexão sobre o modo como a consulta de enfermagem tem sido desenvolvida, levando em consideração a relação entre o profissional e o usuário, bem como a forma de organização de trabalho das instituições.

Os resultados evidenciados na primeira categoria designam as fragilidades e potencialidades na interação profissional-usuário e apontam que conhecer as expectativas dos usuários sobre a assistência recebida, bem como o patamaar de satisfação daqueles, constitui importante ferramenta na análise da prática cotidiana do enfermeiro, na efetividade e resolubilidade das ações desenvolvidas nos serviços de saúde e, assim, reorientando o processo de trabalho, com vistas a qualificar a assistência. Além disso, quando há inconformidade entre o cuidado prestado e a percepção ou necessidade do usuário, de forma que ele tenha uma experiência insatisfatória da consulta, podemos produzir descrédito da profissão frente à população.

A partir dos resultados expostos na segunda categoria -— SAE e Estruturação do Processo de Enfermagem, presume-se, aqui, que a consulta de enfermagem é desenvolvida, partindo de um caminho metodológico, muitas vezes, não bem definido. A efetivação do processo de enfermagem, considerando suas etapas inter-relacionadas e interdependentes, está sujeita a múltiplos fatores, relacionados ao próprio conhecimento técnico do enfermeiro, bem como a fatores relacionados à ambiência e processo de trabalho. Apesar dos estudos analisados nesta revisão comtemplarem diversos contextos, percebe-se a importância da consulta de enfermagem como espaço à autonomia profissional; sendo assim, é imprescindível a formação e capacitação dos profissionais para a utilização do processo de enfermagem de forma integral.

Observa-se, nesta revisão, que a maioria dos estudos tinha como cenário o período gravídico-puerperal, apontando várias lacunas como a atenção à saúde mental da mulher, saúde da mulher no climatério-menopausa, saúde da mulher na adolescência e à sexualidade feminina. Durante as consultas de enfermagem na saúde da mulher, é muito comum surgirem questões relacionadas à sexualidade que, muitas vezes, o profissional não tem embasamento teórico-prático para desenvolver cuidado nessa área; tal fato sinaliza a necessidade de se discutir essa temática.

Ademais, pelo estudo, foi-nos permitido identificar as seguintes estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante a consulta de enfermagem, que favorecem o seu processo de trabalho: a humanização, através do acolhimento; ambiente acolhedor, com organização das estruturas disponíveis; a organização dos fluxos de trabalho, com vistas à garantia do tempo adequado para as consultas e o aprimoramento do conhecimento técnico-científico, afiançando a autonomia profissional.

A realização desta revisão reafirma a necessidade de prosseguir os estudos relacionados ao processo de enfermagem e à sua sistematização da assistência, bem como o conhecimento das condições em que vem sendo desenvolvido no cotidiano de trabalho do enfermeiro e os impasses a sua implementação. Dessa forma, reafirmando o processo de enfermagem como suporte tecnológico à produção do cuidado com qualidade e resolubilidade, permitindo, assim, melhor visibilidade, credibilidade e cientificidade de nossa profissão.

Referências

BETIOLLI, SE. et al. Decisões e Ações de Cuidados em Enfermagem Alicerçadas em Madeleine Leininger. **Cogitare Enfermagem** [online], v. 18, n. 4, p. 775-781, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Notebook/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_483649282022.pdf. Acesso em: 14 fev. 2018.

BOUSSO, RS; POLES, K; CRUZ, DALM. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 48, n. 1, p. 141-145, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100141&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 mai. 2018.

COELHO, MMF. et al. Aplicabilidade da CIPE® fundamentada na teoria da modelagem e modelagem de papel. **Rev. bras. enferm** [online], v. 67, n. 3, p. 438-442, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0438.pdf. Acesso em 13 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 03 mar, 2018.

FERNANDES, GCM. et al. As expressões da Arte em Enfermagem no Ensino e no Cuidado em Saúde: Estudo Bibliométrico. **Rev. Texto Contexto Enferm**. [online] v. 20, n. 1, p. 167-174, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/20.pdf. Acesso em: 25 abr. 2018.

LEITE, JL.; MENDES, IAC. Pesquisa em enfermagem e seu espaço no CNPQ. **Esc. Anna Nery. Rev. de enferm**. [online], v.4, n.3, p.389-394, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267822303_Researches_in_nursing_and_its_in_CNPq_abstract. Acesso em 14 de dez. 2019.

LEMOS, RX; RAPOSO, SO.; COELHO, EOE. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. **Rev. Enf. Centro Oeste Mineiro**, [online]v. 2, n. 1, p. 19-30, 2012. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/183/252. Acesso em 05 set. 2018.

MOURA, CFS; LOPES, GT; SANTOS, TCF. Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. **Rev. enferm. UERJ**, [online], v. 17, n. 2, p. 182 – 187, 2009. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a07.pdf. Acesso em 08 jun. 2018.

OLIVEIRA, EC; LEITE, JL; FULY, PSC. A gerência do cuidado à mulher idosa com HIV/AIDS em um serviço de doenças infecto-parasitárias. **Rev. Enf. Centro Oeste Mineiro**[online], v. 5, n. 1, p. 1486-1496, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/634>. Acesso em: 25 set. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F.;BECK, C.T. **Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization**. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2006. p. 457-494.

PORTAL REGIONAL DA BVS. Disponível em: http://bvsalud.org/sobre-o-portal/. Acesso em 10 de out. 2018.

RABELO, ARM.; SILVA, KL. Cuidado de si e relações de poder: enfermeira cuidando de outras mulheres. **Rev. Bras. Enferm**. [online], v. 69, n. 6, p. 1204-1214, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601204&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 dez. 2018.

SALCEDO-BARRIENTOS, DM. et al. Como os profissionais da atenção primária lidam com gestantes vítimas de violência doméstica? **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 22, n. 3, p. 448-453, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00448.pdf. Acesso em: 24 set. 2018.

SAPAROLLI, ECL; ADAMI, NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Rev. esc. enferm**. [online], v. 44, n. 1, p. 92-98, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a13v44n1.pdf . Acesso em: 10 fev. 2018.

SEIMA, MD. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Esc. Anna Nery**, [online], v. 15, n. 4, p. 851-857, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a27v15n4.pdf. Acesso em: 03 mai. 2018.

SILVA, LA et al. O cuidado no pré-natal: um valor em questão. **Cogitare Enferm**. [online], v. 22, n. 2, 49548, 2017. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49548/pdf. Acesso em: 11 set. 2018.

SOUTO, CMRM; PESSOA, MMCD; ARAÚJO, TL. Tendências das pesquisas de enfermagem em saúde da mulher no período de 2001 a 2005. T**exto contexto – enferm**. [online] v. 16, n. 4, p. 719-726, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a17v16n4.pdf. Acesso em 10 jan. 2019.

STEIN, AT; FERRI, CP. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. **Rev Bras Med Fam Comunidade** [online] v. 12, n. 39, p. 1-4, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1586. Acesso em: 10 nov. 2017.

TEIXEIRA, CAB et al. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta

de enfermagem ginecológica. **Rev. APS**, [online], v. 12, n. 1, p. 16-28, 2009. Disponível em: http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14149/7656. Acesso em 29 set. 2018.

ZOCCHE, DA. et al. Construção de um protocolo de revisão integrativa: contribuições para fundamentação teórica e qualificação das práticas em saúde. In: 13º CONGRESSO INTERNACIONAL REDE UNIDA, 2018, Manaus. **Anais do 13º Congresso Internacional Rede Unida**, 2018. v. 4

Capítulo 2

Construção e Validação de Um Instrumento de Coleta de Dados Para a Consulta de Enfermagem à Criança na Atenção Primária à Saúde

Chiela Karei Siega
Ingrid Pujol Hanzen
Edlamar Kátia Adamy
Silvana dos Santos Zanotelli
Dara Montag Portaluppi
Elisangela Argenta Zanatta

Introdução

A preocupação com a saúde infantil vem sofrendo transformações ao longo dos anos; com isso, políticas públicas que visam a sua proteção e cuidado integral têm sido implementadas. No Brasil, os marcos principais advêm da Constituição Federal de 1988, do Estatuto da Criança e Adolescente em 1990, da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994 e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015 (GÓES et al., 2018; TOSO et al., 2017).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações destinadas ao cuidado infantil são especialmente desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) por uma equipe multiprofissional que compõe a ESF (FURTADO et al., 2018).

O enfermeiro, integrante dessa equipe, desenvolve o Processo de Enfermagem (PE) no contexto da APS, usualmente, designado de Consulta de Enfermagem (CE). O PE, voltado à criança, tem como principal objetivo a identificação dos problemas de saúde de forma sistematizada, contribuindo para o bem-estar da criança ao propor ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (COFEN, 2009; SILVA et al., 2014).

A Consulta de Enfermagem em puericultura é ferramenta essencial para o acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil. É por meio dela que são realizadas ações de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, verificação da situação vacinal, promoção do aleitamento materno, orientações sobre alimentação saudável, higiene, prevenção de acidentes, violências e identificação de outras situações que possam comprometer a saúde da criança (FIEWSKI, 2017; GÓES et al., 2018).

Para sua operacionalização, preconiza-se uma sequência sistematizada de etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico, prescrição, implementação e avaliação de enfermagem, respaldadas pelas legislações vigentes, sendo uma atividade privativa do enfermeiro. A CE sistematizada deve, ainda, ser orientada por suporte teórico que fundamente suas etapas, bem como deve ser registrada formalmente (BRASIL, 1986; COFEN, 2009; COSTA et al., 2018; SILVA et al., 2014).

As Teorias de enfermagem ajudam a conceituar ou explicar fenômenos verificados na experiência prática do enfermeiro, por meio de pesquisas, com o intuito de que seus atributos sejam reconhecidos. Também são formados por conceitos e definições que direcionam as ações do enfermeiro, tornando o cuidado sistemático (BOUSSO, POLES, CRUZ, 2014; DOURADO, BEZERRA, ANJOS, 2014).

Desse modo, elegeu-se a Teoria de Wanda Horta como suporte teórico desta pesquisa, por entender que seus conceitos se aproximam da realidade vivenciada pelos enfermeiros que atuam no local do estudo. Nesse sentido, Horta (1979) compreende que o cuidado de enfermagem é prestado ao ser humano e não a sua doença, bem como reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade. Além disso, ela entende que para a enfermagem atuar com eficiência, o cuidado deve ser prestado por meio de uma metodologia de trabalho fundamentada cientificamente (HORTA, 1979).

Assim, quando a Consulta de Enfermagem é entendida pelos enfermeiros como uma metodologia de trabalho que organiza e sistematiza o cuidado, nesse caso a criança, é possível reconhecer alterações em sua saúde, realizar um planejamento do cuidado singular e eficaz, bem como investir na promoção da saúde (OLIVEIRA, BORGES, 2017).

Com base nessas considerações e enquanto enfermeiras atuantes na APS, sentíamos a necessidade de contribuir para a organização e melhoria da assistência prestada à saúde da criança, com vistas ao atendimento das legislações vigentes que regulamentam a atuação do enfermeiro e auxiliar na implementação da PNAISC.

Essa pesquisa integra o macroprojeto intitulado —"Estratégias para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado à mulher e à criança", contemplado pelo Edital CAPES/COFEN nº 27/2016, que tem como proposta fortalecer a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde, priorizando o cuidado materno infantil na região Oeste e Meio Oeste do estado de Santa Catarina e, também, representa importante estratégia de formação em saúde, especialmente, na enfermagem por meio do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Tem-se, neste capítulo, o objetivo de apresentar o processo de construção e validação de um instrumento de coleta de dados à Consulta de Enfermagem para a criança de zero a dois de idade na APS, orientado pela Teoria de Wanda Horta.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa-ação conduzida a partir de Thiollent (2011). O autor destaca que a pesquisa-ação tem bases empíricas e é realizada por meio do levantamento de problemas por um grupo de pessoas e por pesquisadores, de forma que as soluções possam ser buscadas de forma coletiva (THIOLLENT, 2011).

A pesquisa-ação tem como ponto forte a sua flexibilidade como método participativo de investigação, conferindo a participantes e pesquisadores papel ativo e de intervenção na solução dos problemas levantados. Esse método se utiliza de várias técnicas para encontrar as soluções necessárias, como seminários, atividades em grupo, reuniões (PICHETH, CASSANDRE, THIOLLENT, 2016).

Thiollent (2011) apresenta um roteiro com 12 fases para o desenvolvimento da pesquisa-ação, contudo o autor diz que não deve ser visto como exaustivo; os pesquisadores e os demais participantes devem decidir juntos o que podem fazer, tendo o roteiro como um ponto de partida. Neste estudo foi realizada uma adaptação às seis etapas, conforme quadro que segue:

Quadro 1 – Fases da pesquisa-ação adaptadas de Thiollent (2011)

Etapas de acordo com Thiollent	Etapas adaptadas para o estudo
1. Fase exploratória 2. Tema de pesquisa 3. Colocação dos problemas	1. Fase exploratória
4. Lugar da teoria 5. Hipóteses	2. Diagnóstico de situação
6. Seminário 7. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa 8. Coleta de dados	3. Coleta de dados: Entrevistas e Grupos Focais 4. Seminário integradores
9. Aprendizagem 10. Saber formal e saber informal 11. Plano de ação	5. Planejamento de qualificação dos profissionais enfermeiros
12. Divulgação externa	6. Publicização

Fonte: Os Autores (2019).

Os cenários da pesquisa foram dois municípios, Chapecó situado no Oeste e Caçador no Meio Oeste de Santa Catarina, locais de atuação das enfermeiras mestrandas, sendo que a pesquisa foi desenvolvida entre os meses de maio a novembro de 2018.

Participaram da pesquisa 11 enfermeiros no município de Chapecó e 15 em Caçador. Foram utilizados como critérios de inclusão: ser enfermeiro e atuar na assistência à criança na APS no município e como critérios de exclusão: enfermeiros que estivessem em afastamento, por motivo de licença ou atuando no cargo há menos de seis meses, período mínimo considerado para que o profissional estivesse integrado ao serviço.

Destaca-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC sob CAAE nº 79513617.6.0000.0118, via Plataforma Brasil pelo Parecer nº 2.630.923 em 02/05/2018.

Resultados

Na **fase exploratória**, foi realizada uma Revisão Integrativa (RI) de Literatura, utilizando-se um Protocolo de RI (ZOCCHE et al., 2018), objetivando a identificação das tecnologias do cuidado para o acompanhamento da criança de zero a cinco anos de idade na APS.

Como principais achados, identificaram-se tecnologias leves e leve-duras. Em relação às tecnologias leves, destacam-se o acolhimento, o vínculo, o reconhecimento de saberes do paciente e as trocas realizadas com os profissionais, respeitando as crenças e valores, importantes para a aproximação do enfermeiro junto à criança e família, realização da escuta qualificada, avaliação da criança na sua integralidade e o fortalecimento da corresponsabilização nos cuidados em saúde e enfermagem, requisitos necessários à primeira etapa da CE em puericultura, bem como nas seguintes.

Quanto às tecnologias leve-duras, destacam-se a caderneta de saúde da criança, a visita domiciliar, o prontuário da criança e a Consulta de Enfermagem reforçando, então, a CE como ferramenta essencial para o enfermeiro na APS poder desenvolver um cuidado sistematizado.

A etapa de **diagnóstico de situação** foi realizada, objetivando traçar o perfil epidemiológico da saúde infantil por meio dos dados disponíveis nos sistemas de informação em saúde, dentre eles o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o sistema próprio em que os municípios utilizam como prontuário eletrônico, armazenamento de dados e gerador de informações, o WinSaúde.

Os principais achados em relação à morbidade hospitalar em crianças menores de um ano de idade, no ano de 2018, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) foram: afecções originadas no período perinatal, Doenças do aparelho respiratório e Doenças infecciosas e parasitárias (DATASUS, 2018). Em relação à APS, quanto ao motivo de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram: Nasofaringite aguda (resfriado comum), Otite externa não especificada, Doença do refluxo gastroesofágico sem esofagite, dentre outras (CAÇADOR, 2018; CHAPECÓ, 2018). Estes dados subsidiaram a construção do instrumento de coleta de dados à CE com vistas à integralidade da saúde infantil.

Para a fase da **coleta de dados**, foram utilizadas duas estratégias: entrevistas e grupos focais (GF). As entrevistas serviram para nortear o planejamento dos GFs, tornaram possível compreender a percepção dos enfermeiros acerca da CE e deram subsídio para que os encontros fossem assertivos e direcionados às principais demandas e necessidades dos profissionais.

A fase dos **seminários integradores** ocorreu seguindo um roteiro para o desenvolvimento dos GFs, momento em foi possível construir e validar o instrumento de coleta de dados ou Histórico de Enfermagem à CE, à criança de zero aos dois anos de idade. Foram realizados cinco GFs, sendo que, no GF um, foi realizada a validação dos dados das entrevistas e efetuadas as discussões sobre a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 de 2009 (COFEN, 2009), com ênfase ao Histórico de Enfermagem e na Teoria de Wanda Horta.

No GF dois, foi iniciada a elaboração do instrumento de coleta de dados, partindo de um modelo de Histórico de Enfermagem pré-organizado pelas mestrandas e apresentado aos enfermeiros (BRASIL,

2012; BRASIL, 2017; CHAGAS et al., 2016; DANTAS, 2016; VIERA et al., 2017). Ao término, foi proposto aos enfermeiros a utilização do instrumento de coleta de dados, ou seja, do Histórico de Enfermagem (anamnese e exame físico) pelo período de 30 dias, durante o qual deveriam ser realizadas anotações dos pontos positivos, negativos e sugestões para discussão no encontro subsequente.

No GF três, foi realizada discussão do Histórico de Enfermagem e feitas as adequações propostas pelos enfermeiros. A adequação realizada foi quanto à forma de apresentação do instrumento, sugerindo-se o formato em check list, considerado pelos enfermeiros como facilicitador ao seu preenchimento no momento da consulta. Foi proposto novo período de testes do instrumento, de 30 dias.

No GF quatro e cinco, promoveram-se discussões sobre o instrumento e as vivências dos enfermeiros no processo de utilização do Histórico de Enfermagem. Após esse momento, não havendo mais necessidade de modificações, foi realizada a validação do conteúdo do instrumento por meio do Índice de Validade do Conteúdo (IVC), que mede a concordância entre as opiniões dos especialistas. Nesse caso, os especialistas foram considerados os enfermeiros experts que realizavam a CE em puericultura na APS. O IVC tinha de ser igual ou superior a 0,80, taxa de concordância entre especialistas estipulada para o instrumento (POLIT, BECK, 2011).

Esse método emprega a utilização da escala do tipo Likert com pontuação de um a quatro, sendo: 1- Inadequado; 2- Parcialmente adequado; 3- Adequado; 4- Totalmente adequado. O seu score é calculado por meio da soma de concordância dos itens, divididos pelo número total de respostas. Caso algum critério não alcance três ou quatro, seu conteúdo precisa ser revisto para a readequação e posterior validação. O instrumento de Consulta de Enfermagem teve pontuação 1,0 (100%) não sendo necessária a revisão.

A fase de **planejamento de qualificação dos profissionais enfermeiros** ocorreu durante toda a realização da pesquisa, proporcionada pelas discussões e construções nos GFs, planejados e conduzidos pelas mestrandas e professoras (orientadora e coorientadoras) sobre as temáticas que envolveram o desenvolvimento da pesquisa: Processo de Enfermagem – Resolução COFEN nº 358/2009; Teorias de enfermagem – Teoria de Wanda Horta; Consulta de Enfermagem em puericultura; Exame físico da criança; discussões sobre as temáticas e trocas de experiências, as quais enriqueceram os debates.

Na última fase de **publicização e socialização dos produtos**, o instrumento de coleta de dados para a Consulta de Enfermagem, nos dois municípios, foi compartilhado com a Coordenação de Atenção Básica e com todos os enfermeiros atuantes na APS para sua implementação durante as CE em puericultura. Além disto, em um dos municípios, foi desencadeado um movimento pelos enfermeiros para a elaboração de um Protocolo de puericultura com a inserção do produto elaborado, visto que o município ainda não tinha padronizado a rotina de cuidados à saúde da criança. No outro município, o instrumento de coleta de dados à criança foi incorporado ao Protocolo municipal vigente.

A partir da pesquisa-ação, construção conjunta aos enfermeiros da APS, discussões e validação, foi possível elaborar o instrumento de coleta de dados para subsidiar a Consulta de Enfermagem à criança de zero a dois anos de idade, apresentado na sequência:

Quadro 2 – Instrumento de coleta de dados para a CE à criança de zero a dois anos de idade na Atenção Primária à Saúde.

► **Acolhimento**

Proporcionar a interação da família, ouvir as queixas principais, dúvidas, bem como a sabedoria popular.

► **Identificação**

Nome: Sexo: Data de Nascimento: Idade: Nº Declaração Nascido Vivo:	Nome da Mãe: Criança acompanhada por:

Fonte: Os Autores (2019).

► 1ª Consulta de Enfermagem

• Anamnese	
1) Dados socioeconômicos e culturais	Número de pessoas residentes na casa: Número de cômodos: Número de pessoas que trabalham: Mãe trabalha fora: Sim ( ) Não ( ) Com quem a criança dorme: O quarto da criança recebe sol: Sim ( ) Não ( ) Possui água encanada: Sim ( ) Não ( ) Coleta de lixo: Sim ( ) Não ( ) Esgoto: Fossa séptica ( ) Rudimentar ( ) Religião:
2) Antecedentes	**- Familiares** Doença hereditária familiar: Pai: Saudável ( ) Sífilis ( ) HIV ( ) Alergias ( ) Doenças mentais ( ) Diabetes ( ) Alcoolismo ( ) Drogas: ( ) Qual: Outros:
	- Maternos Idade materna: Tipo sanguíneo e Fator Rh: Saudável ( ) Sífilis ( ) HIV ( ) Alergias ( ) Doenças mentais ( ) Diabetes ( ) Alcoolismo ( ) Drogas: ( ) Qual: Outros: Uso de medicamentos: Sim ( )Não ( ) Qual:
	- História obstétrica Gesta _____ Para_____ Parto: Vaginal_____ Cesáreo_____ Aborto_____ Outro:_____ Número de filhos vivos: Doenças:
	- História obstétrica atual Gestação planejada: Sim ( ) Não ( ) Número de consultas pré-natal: Pré-natal Alto Risco: Não ( ) Sim ( ) Motivo: Complicações na gestação: Tipo de parto: Local do parto: Intercorrências no puerpério:
	- Nascimento do filho atual Idade gestacional: APGAR[4]: 1": 5": Peso: Altura: Perímetro cefálico: Perímetro abdominal: Perímetro torácico: Intercorrências neonatais: Sim ( )Não ( ) Qual:
	- Triagem neonatal: Teste do olhinho: Sim ( ) Não ( ) Teste do coraçãozinho: Sim ( ) Não ( ) Teste do pezinho: Sim ( ) Não ( ) Resultados: Teste da orelhinha: Sim ( ) Não ( ) Reteste ( ) Vacinação no momento da consulta: Em dia ( ) Em atraso ( )
3) Amamentação	Pega: Boa pega ( ) Pega insatisfatória ( ) Causa: Tipo: Aleitamento materno exclusivo ( ) Misto ( ) Fórmula ( ) Transição ( ) Da família ( )

4) Eliminações fisiológicas	Urina: frequência, cor, quantidade, cheiro Fezes: frequência, cor, quantidade, cheiro
5) Sono e repouso	Perguntar/observar: rotina, frequência, alterações
6) Cuidados de higiene	Perguntar/observar: banho, troca de fralda, unhas, cabelos, cavidade oral
7) Hábitos	Perguntar/observar: uso de chupetas, mamadeira, crenças populares
8) Interação mãe-bebê	Perguntar/observar: depressão pós-parto, dificuldades
• Exame físico - céfalo-podálico	
1) Inspeção geral	Observações gerais da criança como a presença de má formação, sinais de angústia respiratória, postura, características do choro e espontaneidade da criança. Estado geral: Bom estado geral ( ) Regular estado geral ( ) Mau estado geral ( ) Nível de consciência: Acordado ( ) Dormindo ( ) Sonolento ( ) Ativo ( ) Hipoativo ( ) Inativo ( ) Choro ( ) Sorridente ( ) Brincando ( )
2) Antropometria	Peso: Estatura: IMC (Índice de Massa Corporal): PC (Perímetro Cefálico): PT (Perímetro Torácico): PA (Perímetro Abdominal):
3) Sinais vitais	FC (Frequência Cardíaca): FR (Frequência Respiratória): Temperatura axilar:
4) Pele e mucosas	Cor: Corada ( ) Pálida ( ) Cianose ( ) Icterícia ( ) Ressecada ( ) Íntegra ( ) Presença de lesões: Sim ( )Não ( ) Local: Presença de manchas: Não ( ) Sim ( ) Local: Presença de edema: Não ( ) Sim ( ) Local: Petéquias: Não ( ) Sim ( ) Local: Hematomas: Não ( ) Sim ( ) Local: Hemangioma: Não ( ) Sim ( ) Local: Miliária: Não ( ) Sim ( ) Local: Eritema: Não ( ) Sim ( ) Local:
5) Crânio	Crânio simétrico: Sim ( ) Não ( ) Deformidades: Não ( ) Sim ( ) Local: Fontanela anterior: Plana ( ) Abaulada( ) Deprimida( ) Fechada( ) Posterior: Plana ( ) Abaulada ( ) Deprimida ( ) Fechada ( ) Presença de cabelos: Sim ( ) Não ( ) Presença de lesões/descamações: Sim ( ) Não ( )
6) Orelhas	Orelhas simétricas: Sim ( ) Não ( ) Presença de deformidades: Sim ( ) Não ( )
7) Face	Face simétrica: Sim ( ) Não ( ) Face sindrômica: Sim ( ) Não ( ) Presença de malformações ou deformidades: Não ( ) Sim ( ) Local:
8) Olhos	Olhos simétricos: Sim ( ) Não ( ) Estrabismo: Sim ( ) Não ( ) Nistagmo: Sim ( ) Não ( ) Presença de sobrancelhas/cílios: Sim ( ) Não ( ) Movimento palpebral: Sim ( ) Não ( )
	Conjuntivite: Sim ( ) Não ( )
	Edema: Sim ( ) Não ( ) Teste de reflexo fotomotor: Olho D Sim ( ) Não ( ) / Olho E Sim ( ) Não ( )

[4] *APGAR: sistema de pontuação rápido para avaliar o estado clínico do recém-nascido no 1º e 5º minutos de vida, sendo avaliado: cor, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e respiração. (AMERICAN ADEMY OF PEDIATRICS, 2015).*

9) Nariz	Nariz simétrico: Sim ( ) Não ( ) Presença de secreções: Sim ( ) Não ( ) Sangramento nasal: Sim ( ) Não ( )
10) Boca	Alterações morfológicas: Sim ( )Não ( ) Qual: Palato íntegro: Sim ( ) Não ( ) Presença de frênulo de lábio superior e de língua: Sim ( ) Não ( ) Presença de úvula: Sim ( ) Não ( ) Monilíase: Sim ( ) Não ( ) Dentes: Sim ( ) Não ( ) Higiene oral adequada: Sim ( ) Não ( )
11) Pescoço	Presença de linfonodos palpáveis: Sim ( ) Não ( ) Torcicolo congênito: Sim ( ) Não ( )
12) Tórax	Tórax simétrico: Sim ( ) Não ( ) Forma: Arredondada ( ) Elíptica ( ) Em barril ( ) Mamas: Simétricas ( ) Assimétricas ( ) Nódulos ( ) Secreção mamária: Sim ( )Não ( )Aspecto: Ausculta pulmonar: Murmúrios vesiculares ( ) Sibilos ( ) Roncos ( ) Estertorescriptantes ( ) Estertores bolhosos ( )
13) Coração	Sons cardíacos pediátricos normais: Sim ( ) Não ( ) Sopros cardíacos: Sim ( ) Não ( )
14) Abdome	Abdome simétrico: Sim ( ) Não ( ) Forma: Globoso ( ) Plano ( ) Flácido ( ) Pendular ( ) Escavado ( ) Presença de hérnia umbilical: Sim ( ) Não ( ) Presença de hérnia inguinal: Sim ( ) Não ( ) Presença do coto umbilical: Sim ( ) Não ( ) Alterações (onfalite)? Ruídos hidroaéreos: Sim ( ) Não ( ) Palpação: Indolor ( ) Doloroso ( ) Presença de massas/alterações ( )
15) Quadril	Manobra de Ortolani: Sim ( ) Não ( )
16) Genitália	**- Feminina** Intróito vaginal visível: Sim ( ) Não ( ) Presença de sinéquia vaginal: Sim ( ) Não ( ) Meato urinário com localização normal: Sim ( ) Não ( ) Presença de secreções: Sim ( ) Não ( ) Aspecto: Presença de lesões: Sim ( ) Não ( ) Presença de sujidade: Sim ( ) Não ( ) Presença de eritema: Sim ( ) Não ( ) **- Masculino** Testículos na bolsa escrotal: Sim ( ) Não( ) criptorquidia lateral D ( ) criptorquidia lateral E ( ) criptorquidia bilateral ( ) Presença de hidrocele: Sim ( ) Não ( ) Fimose: Sim ( ) Não ( ) Meato urinário: Normospadia ( )Hipospádia ( ) Epispádia ( ) Presença de secreções: Sim ( )Não ( )Aspecto: Presença de lesões: Sim ( ) Não ( ) Presença de sujidade: Sim ( ) Não ( ) Presença de eritema: Sim ( ) Não ( )
17) Ânus e reto	Permeabilidade anal: Sim ( ) Não ( ) Posição do orifício normal: Sim ( ) Não ( ) Presença de fissuras, escoriações: Sim ( ) Não ( ) Presença de eritema/hiperemia: Sim ( ) Não ( ) Sinais de violência: Sim ( ) Não ( )

18) Coluna vertebral	Presença de deformidades ou anormalidades:Sim ( ) Não ( )Qual: Coluna vertebral: Alinhada ( ) Escoliose ( ) Cifose ( ) Lordose ( )
19) Membros	**- Superiores** Musculatura: Eutrófica ( ) Atrófica ( ) Presença de deformidades: Sim ( ) Não ( ) Local: Mobilidade articular: Sim ( ) Não ( ) Polidactilia: Sim ( ) Não ( ) Sindactilia: Sim ( ) Não ( ) **- Inferiores** Musculatura: Eutrófica ( ) Atrófica ( ) Presença de deformidades: Sim ( ) Não ( ) Local: Mobilidade articular: Sim ( ) Não ( ) Deformidade nos joelhos: Geno valgo ( ) Geno varo ( ) Pé torto congênito ( ) Pé valgo ( ) Pé varo ( ) Metatarso varo ( ) Metatarso valgo ( ) Polidactilia ( ) Sindactilia ( )
20) Avaliação neurológica	**- Reflexos primitivos** Reflexo de sucção: Sim ( ) Não ( ) Extrusão: Sim ( ) Não ( ) Preensão palmo-plantar: Sim ( ) Não ( ) Moro: Sim ( ) Não ( ) Babinski: Sim ( ) Não ( ) Reflexo de engatinhar: Sim ( ) Não ( ) Reflexo de procura: Sim ( ) Não ( ) Reflexo de marcha: Sim ( ) Não ( ) Tônico-cervical: Sim ( ) Não ( )

Fonte: Os Autores (2019).

► Consultas subsequentes (de acordo com a idade)

• Anamnese	
1) Dados socioeconômicos e culturais	Verificar se houve alguma alteração
2) Antecedentes	- Maternos
	Saudável ( ) Sífilis ( ) HIV ( ) Alergias ( ) Doenças mentais ( ) Diabetes ( ) Alcoolismo ( ) Drogas: ( ) Qual:
	Outros:
	Uso de medicamentos: Sim ( ) Não ( ) Qual:
3) Amamentação	Pega: Boa pega ( ) Pega insatisfatória ( ) Causa:
	Tipo: Aleitamento materno exclusivo ( ) Misto ( ) Fórmula ( ) Transição ( ) Da família ( )
	Perguntar/observar frequência, tempo, regurgitação, eructação
4) Identificação de desmame	Idade:
	Motivo:
	Alimentação complementar (tipo do leite, preparo, quantidade, aceitação da criança, regurgitação, eructação. No caso de outros alimentos: como foi preparado, quantidade, líquidos ingeridos e frequência)
5) Eliminações fisiológicas	Urina: frequência, cor, quantidade, cheiro
	Fezes: frequência, cor, quantidade, cheiro
6) Sono e repouso	Perguntar/observar: rotina, frequência, alterações
7) Hábitos de higiene	Perguntar/observar: banho, troca de fralda, unhas, cabelos, cavidade oral
8) Hábitos	Perguntar/observar: uso de chupetas, mamadeira, crenças populares
9) Interação mãe-bebê	Perguntar/observar: depressão pós-parto, dificuldades

• Exame físico - Céfalo-podálico	
21) Inspeção geral	Observações gerais da criança, sinais de angústia respiratória, postura, características do choro e espontaneidade da criança. Estado geral: Bom estado geral ( ) Regular estado geral ( ) Mau estado geral( ) Nível de consciência: Acordado ( ) Dormindo ( ) Sonolento ( ) Ativo ( ) Hipoativo ( ) Inativo ( ) Choro ( ) Sorridente ( ) Brincando ( )
22) Antropometria	Peso: Estatura: IMC: PC: PT: PA:
23) Sinais vitais	FC: FR: Temp. axilar: Saturação de oxigênio:
24) Pele e mucosas	Observar cor, presença de manchas, lesões, edema ou alterações
25) Crânio	Observar deformidades, fontanela anterior (losango, fecha-se do 9º ao 18º mês), posterior (triangular, fecha-se até 2º mês)
26) Orelhas	Observar presença de secreções. Orientar teste da orelhinha
27) Face	Avaliar presença de alterações
28) Olhos	Observar simetria, estrabismo, nistagmo, sobrancelhas, cílios, movimento palpebral, edema, conjuntivites. Realizar teste de reflexo fotomotor
29) Nariz	Observar presença de secreções
30) Boca	Observar mucosas e presença de alterações (monilíase oral)
31) Pescoço	Avaliar a presença de linfonodos
32) Tórax	Observar simetria, forma, presença de mamas, respiração. Realizar ausculta pulmonar
33) Coração	Realizar ausculta cardíaca
34) Abdome	Observar forma, respiração abdominal. Verificar a presença de hérnia umbilical, inguinal, massas abdominais. Realizar ausculta abdominal
35) Quadril	Realizar manobra de Ortolani
36) Genitália	- Feminina Observar aspecto, sinéquia vaginal, presença de secreções, sangramento, cuidados de higiene - Masculino Observar aspecto, secreção, sangramento, identificar a presença dos testículos (criptorquidia lateral ou bilateral, ocorre geralmente nos 3 primeiros meses), hidrocele, fimose, cuidados de higiene
37) Ânus e reto	Observar permeabilidade anal, presença de fissuras, eritema, sinais de violência
38) Coluna vertebral	Verificar anormalidades, deformidades
39) Membros	- Superiores Verificar mobilidade das articulações e presença de deformidade - Inferiores Verificar mobilidade das articulações e presença de deformidade

40) Avaliação neurológica	- Reflexos primitivos Tônico-cervical (3/4 meses): Sim ( ) Não ( ) Moro (3/4 meses): Sim ( ) Não ( ) Reflexo de sucção (6 meses): Sim ( ) Não ( ) Extrusão (6 meses): Sim ( ) Não ( ) Preensão palmo-plantar (6 meses): Sim ( ) Não ( ) Reflexo de engatinhar (6 meses): Sim ( ) Não ( ) Babinski (1 ano): Sim ( ) Não ( ) Reflexo de procura (1ª infância): Sim ( ) Não ( ) Reflexo de marcha (indefinido): Sim ( ) Não ( )

Marco do desenvolvimento infantil na faixa etária de zero a dois anos de idade

Preencher na Caderneta de Saúde da Criança

Criança responde às manifestações do adulto (sons, movimentos):

1º mês	Olha para a pessoa que o observa; dá mostras de prazer e desconforto; acompanha objetos em um campo visual; reage a um som; eleva a cabeça.	Sim ( ) Não ( )
2º mês	Observa rosto da mãe/observador; dá mostras de prazer e desconforto; fixa e acompanha objetos em um campo visual; colocada de bruços, levanta a cabeça e ombros; sorriso social; abre as mãos.	Sim ( ) Não ( )
3º mês	Observa rosto da mãe/observador; dá mostras de prazer e desconforto; acompanha objetos em um campo visual; colocada de bruços, levanta a cabeça e ombros; sorriso social; começa a diferenciar dia/noite; postura passa da posição lateral para linha média; emite sons/balbucia; adquire noção de profundidade.	Sim ( ) Não ( )
4º mês	Fixa e acompanha objetos em um campo visual; sorri espontaneamente; começa a diferenciar dia/noite; postura passa da posição lateral para linha média; emite sons/balbucia; preensão voluntária das mãos, rola da posição supina para prona; ri, emitindo sons e sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo; vira a cabeça em direção a uma voz ou som.	Sim ( ) Não ( )
5º mês	Postura passa da posição lateral para linha média; emite sons/balbucia; conta com a ajuda de outra pessoa, mas não fica passiva; preensão voluntária das mãos, ri, emitindo sons e sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo; vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro; reconhece quando se dirigem a ela; senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; segura e transfere objetos de uma mão para a outra.	Sim ( ) Não ( )
6º mês	Conta com a ajuda de outra pessoa, mas não fica passiva; preensão voluntária das mãos, ri, emitindo sons e sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo; vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro; reconhece quando se dirigem a ela; senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; segura e transfere objetos de uma mão para a outra; apresenta reações a pessoas estranhas; imita pequenos gestos ou brincadeiras; arrasta-se ou engatinha.	Sim ( ) Não ( )
7º mês	Rola da posição supina para prona; segura e transfere objetos de uma mão para a outra; apresenta reações a pessoas estranhas; imita pequenos gestos ou brincadeiras; arrasta-se ou engatinha; senta-se sem apoio.	Sim ( ) Não ( )
8º mês	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro; reconhece quando se dirigem a ela; senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; segura e transfere objetos de uma mão para a outra; apresenta reações a pessoas estranhas; imita pequenos gestos ou brincadeiras; arrasta-se ou engatinha.	Sim ( ) Não ( )

9º mês	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro; reconhece quando se dirigem a ela; senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; segura e transfere objetos de uma mão para a outra; apresenta reações a pessoas estranhas; imita pequenos gestos ou brincadeiras; arrasta-se, engatinha ou anda com apoio; pega objetos, usando o polegar e o indicador; emprega pelo menos uma palavra com sentido; faz gestos com a mão e a cabeça.	Sim ( ) Não ( )
10º mês	Senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; segura e transfere objetos de uma mão para a outra; apresenta reações a pessoas estranhas; imita pequenos gestos ou brincadeiras; arrasta-se, engatinha ou anda com apoio, fica em pé sem apoio; pega objetos, usando o polegar e o indicador; emprega pelo menos uma palavra com sentido; faz gestos com a mão e a cabeça.	Sim ( ) Não ( )
11º mês	Anda sozinha, raramente cai; apresenta reações a pessoas estranhas; imita pequenos gestos ou brincadeiras; arrasta-se, engatinha, anda sem apoio; fica em pé sem apoio; pega objetos, usando o polegar e o indicador; emprega pelo menos uma palavra com sentido; faz gestos com a mão e a cabeça.	Sim ( ) Não ( )
12º mês	Imita pequenos gestos ou brincadeiras; engatinha, anda sozinho; pega objetos usando o polegar e o indicador; emprega pelo menos uma palavra com sentido; faz gestos com a mão e a cabeça.	Sim ( ) Não ( )
13º mês	Indica o que quer sem que seja pelo choro, com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar; pega objetos, usando o polegar e o indicador; fala pelo menos uma palavra com sentido; anda sozinha, tem bom equilíbrio; faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.); leva alimentos à boca sozinha.	Sim ( ) Não ( )
14º mês	Tira sozinha peças de roupas; pega objetos, usando o polegar e o indicador; fala pelo menos uma palavra com sentido; anda sozinha, tem bom equilíbrio; faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.); leva alimentos à boca sozinha; corre e sobe degraus baixos.	Sim ( ) Não ( )
15º mês	Combina duas ou três palavras, tira sozinha peças de roupas; anda sozinha, dificilmente cai; leva alimentos à boca sozinha; corre e sobe degraus baixos.	Sim ( ) Não ( )
16º, 17 e 18 meses	Usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca; combina duas ou três palavras; tira sozinha peças do vestuário; anda para trás; constrói torre de dois cubos.	Sim ( ) Não ( )
19º, 20, 21, 22 e 23 meses	Constrói torre de três cubos sem deixar cair ao tirar a mão; aponta duas figuras de um grupo de cinco figuras; chuta uma bola sem se apoiar; tira sozinha qualquer peça do vestuário; combina duas ou três palavras; usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca.	Sim ( ) Não ( )
24º mês	Usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca; combina duas ou três palavras; diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seus; veste-se com auxilio; usa frases, início do controle esfincteriano; reconhece cores; brinca com outras crianças; imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe irmãos, etc.); pula com os dois pés; constrói torre de seis cubos sem que caia ao retirar a mão.	Sim ( ) Não ( )

Fonte: Os Autores (2019).

Discussão

A construção de um instrumento de coleta de dados, para a Consulta de Enfermagem à criança de zero a dois anos de idade, é importante para instrumentalizar os enfermeiros na sistematização das suas etapas, bem como garantir a orientação do cuidado por um modelo teórico e subsidiado cientificamente.

Instrumentos que orientam a CE são importantes tecnologias que direcionam os enfermeiros no desenvolvimento de sua prática assistencial, como também colaboram para a educação em saúde, otimizando a comunicação com o paciente e seus familiares (FILGUEIRAS et al., 2019). Ainda, é possível considerar que a utilização de instrumentos padronizados na rotina do enfermeiro torna suas ações efetivas, eficazes e seguras, pois o profissional necessita de constantes capacitações que possibilitem o desenvolvimento de habilidades e o aprimoramento de conhecimentos sobre a temática (FILGUEIRAS et al., 2019).

A CE em puericultura é o momento em que se estabelece o vínculo entre o profissional, a criança e a família; nesse período, orientações adequadas são fundamentais à continuidade da assistência. A primeira CE é importante para a identificação de informações e dados fundamentais ao enfermeiro; é no decorrer dela que o profissional conhecerá a criança e sua família, como também sua situação de saúde pregressa e atual, sendo possível identificar situações de risco e vulnerabilidades que poderão interferir no processo de crescimento e desenvolvimento saudável, a exemplo da prematuridade (menos de 37 semanas gestacional), APGAR menor ou inferior a sete no 5º minuto, criança residente em área de risco, dentre outros (BRASIL, 2012; BRITO, et al., 2018; DANTAS, 2016).

Nesse sentido, Horta (1979) traz em sua Teoria as Necessidades Humanas Básicas (NHB) como parte integrante do ser humano; são estados de tensão conscientes ou inconscientes, resultado de desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais que resultam em problemas de enfermagem e que dela necessitam de cuidado. Horta (1979) traz, a partir de João Mohana (1963), as necessidades divididas em três estágios: psicobiológicas, psicossociais e psicoespierituais, as quais estão interconectadas, pois fazem parte do todo, o ser humano (HORTA, 1979).

Já, as consultas subsequentes devem ser pactuadas com os pais e família da criança, devendo ser levado em consideração o contexto de vida da família, necessidades individuais, as NHB afetadas, vulnerabilidades e a capacidade de adaptação da família aos novos desafios, sendo que as crianças com maior necessidade devem ser vistas, frequentemente, pelos profissionais. Para isto, o Ministério da Saúde (MS) prevê um calendário mínimo de consultas de rotina, sendo sete no primeiro ano de vida (1º semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), duas no segundo ano de vida (18º mês e 24º mês) e a partir do terceiro até o sexto ano, consultas anuais próximas ao mês de aniversário (BRASIL, 2012; FIEWSKI, 2017; HORTA, 1979).

Diante disto, esta pesquisa nos proporcionou a construção coletiva de um instrumento de coleta de dados para a CE à criança de zero a dois anos de idade, contemplando os aspectos que os enfermeiros consideraram relevantes e dados que a literatura discute, ancorados na Teoria de Wanda Horta, a fim de subsidiar uma tomada de decisão assertiva com vistas à integralidade do cuidado. Possibilita, também, a coleta de informações para auxiliar as demais etapas da CE num processo sistemático da assistência.

Evidencia-se que a coleta de dados é a primeira etapa da CE, sendo de grande importância para todo o processo, pois representa a base às informações que subsidiarão a construção das demais etapas. O Histórico de Enfermagem é visto por Horta (1979) como um roteiro sistematizado para que seja realizado o levantamento de dados do ser humano sobre informações significativas ao enfermeiro, tornando possível a identificação de problemas (HORTA, 1979).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 de 2009 define a etapa da Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem como um processo sistemático e contínuo que deve ser realizado por meio de técnicas e métodos variados, tendo como finalidade a obtenção de informaçõesa respeito da pessoa, família ou coletividade e sobre suas respostas em certos momentos do processo saúde e doença (COFEN, 2009).

Assim, nesse instrumento de coleta de dados à CE, foi introduzido na anamnese uma categoria referente aos dados socioeconômicos e culturais das crianças e suas famílias, considerados pelos enfermeiros desta pesquisa fatores importantes para um cuidado integral.

É importante que o enfermeiro integre, na rotina da CE, conhecimento e valorização do contexto de vida da criança e sua família, devendo estar atento às situações relacionadas ao ambiente, à cultura, aos aspectos econômicos, sociais e comunitários, visando ao atendimento das necessidades de cuidado e possibilitando continuidade e longitudinalidade da assistência (MOREIRA, GAÍVA, 2017). Horta (1979), também, orienta que no Histórico de enfermagem sejam observados e questionados ao indivíduo ou família, questões relacionadas ao meio ambiente, recreação, participação social, vida profissional, dentre outros, refletindo, assim, a importância desta categoria (HORTA, 1979).

Aspecto relevante a ser investigado em relação à saúde infantil está relacionado aos antecedentes familiares, principalmente o materno, pois podem revelar situações que foram identificadas e tratadas

no período pré-natal, evitando complicações durante a gestação e parto, evitando ou diminuindo riscos à saúde da criança como a sífilis congênita e HIV. Devem ser observadas, ainda, questões relacionadas à saúde mental materna, interação binômio mãe-bebê, pois quando alterada exerce influência no desenvolvimento da criança (ANDRADE et al., 2015; DANTAS, 2016; RIBEIRO, PEROSA, PADOVANI, 2014).

Situações relacionadas aos antecedentes da criança, tais como o desenvolvimento da amamentação, as eliminações, sono e repouso são importantes de ser investigados, pois também contribuem para o crescimento e desenvolvimento adequados, assim como ao bem-estar da criança (ANDRADE et al., 2015; BRASIL, 2012; HORTA, 1979).

O exame físico é visto, pelos enfermeiros da pesquisa, como uma etapa imprescindível da coleta de dados, pois fornece informações sobre as condições de saúde da criança. Nesse sentido, o exame físico tem como objetivo reconhecer alterações; para isso, o enfermeiro deve ter conhecimento sobre o que é normal, respeitando a individualidade e o contexto de cada criança. A fim de que o acompanhamento do desenvolvimento ocorra de forma assertiva, e o enfermeiro identifique as suas etapas, é necessário que os profissionais detenham aprofundamento científico básico dos aspectos fundamentais, para que possam identificar problemas no decorrer da assistência (ALMEIDA et al., 2016a). Para Horta (1979), o exame físico tem a finalidade de identificar problemas de enfermagem, sendo que leva em consideração condições gerais do ser humano, sinais vitais, condições físicas, queixas do paciente e problemas identificados (HORTA, 1979).

Outros aspectos que os enfermeiros da pesquisa consideraram importante contemplar, no instrumento de coleta de dados para a CE à criança, foram os marcos do desenvolvimento infantil, já que os avaliaram necessários para identificar a evolução do desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

É sabido que nos primeiros anos de vida da criança, especialmente nos dois primeiros anos, ela passa por um período de crescimento e desenvolvimento acelerado e, por isto, está mais vulnerável a possíveis distúrbios. O desenvolvimento da criança representa uma modificação progressiva do seu crescimento, maturação e aprendizagem, como também de aspectos psíquicos e sociais que a moldam, podendo essas modificações serem identificadas por meio dos marcos do desenvolvimento de acordo com a faixa etária vivenciada pela criança (ALMEIDA et al., 2016b; DANTAS, 2016; VIERA, SILVA, TOSO, 2017).

Desse modo, o acompanhamento desse processo por meio de instrumentos, é essencial para detectar problemas e alterações. Assim, os marcos do desenvolvimento são importantes, pois constituem uma modalidade preventiva de intervenção, bem como contribuem à identificação precoce de possíveis alterações e encaminhamento para avaliação mais completa. Além disto, a partir dos marcos do desenvolvimento é possível captar a percepção dos pais e família sobre o desenvolvimento da criança, fortalecendo a continuidade e o estímulo ao cuidado infantil na família e comunidade (ALMEIDA et al., 2016b; VIERA, SILVA, TOSO, 2017).

A construção e validação conjunta de um instrumento de coleta de dados para a CE à criança, utilizando-se dos GF foi de fundamental importância, porque proporcionou que os enfermeiros identificassem suas necessidades prioritárias, possibilitando que o instrumento construído estivesse adequado à realidade local. A pesquisa-ação e as oficinas desenvolvidas com os enfermeiros foram essenciais à construção do conhecimento sobre a temática, subsidiando a operacionalização da CE à criança na APS.

A elaboração coletiva de instrumentos, nesse estudo, à coleta de dados, contribui para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, baseado nas vivências do enfermeiro para sistematizar e padronizar a assistência, também, favoreceu à comunicação eficiente entre o enfermeiro e a criança e sua família e com a equipe de saúde. Ainda, o levantamento dos dados é considerado alicerce para a construção do cuidado, em que se fundamentam os diagnósticos e intervenções de enfermagem (DANTAS, 2016; MONTEIRO et al., 2016).

Diante disto, espaços de Educação Permanente em Saúde, realização de treinamentos e oficinas são essenciais à potencialização de conhecimentos dos profissionais enfermeiros sobre o desenvolvimento infantil, ao aprimoramento do cuidado e à promoção da saúde infantil, sendo que é, também, evidenciado o aumento da utilização de instrumentos sistematizados na avaliação das crianças atendidas, a partir dessas atividades (GÓES et al., 2018; RECIHERT et al., 2015).

Considerações Finais

O instrumento de coleta de dados para a Consulta de Enfermagem em puericultura, elaborado e validado de maneira conjunta com os enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde, foi importante para que estes profissionais se sentissem parte deste processo, o que possibilitou momentos de reflexão, discussões e troca de saberes, resultando no seu comprometimento com a transformação da realidade vivenciada.

Além disto, o instrumento elaborado à coleta de informações na etapa do Histórico de Enfermagem contempla a investigação necessária, a fim de que o enfermeiro obtenha informações para a organização das demais etapas da CE, prerrogativa à tomada de

decisão assertiva, segura e integral, fundamentada cientificamente, atendendo, ainda, as recomendações das legislações vigentes quanto à realização da CE sistematizada.

Torna-se importante reforçar que o instrumento de coleta de dados padronizado traz qualidade e segurança à assistência prestada pelos profissionais, tornando suas ações resolutivas e integrais, favorecendo os processos de trabalho.

Esse instrumento trará impacto positivo à saúde infantil, já que, por meio da operacionalização da CE sistematizada, são abordados diferentes aspectos da saúde infantil, tais como aspectos físicos, psíquicos, sociais, econômicos, garantindo, assim, a integralidade do cuidado, permitindo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento adequados e a detecção precoce de riscos e problemas, corroborando os pressupostos da Teoria proposta.

Referências

ALMEIDA, AC de et al. **Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil–Revisão sistemática de literatura**. Revista Paulista de Pediatria, [online] v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016a. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215001173 Acesso em: 23 abr. 2019.

ALMEIDA, ER et al. **Relato Sobre A Construção de um Protocolo de Enfermagem em Puericultura na Atenção Primária**. Rev. Enf. UFPE [online], v. 10 n. 4 p. 683, 2016b. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11006/12373 Acesso em: 04 abr. 2019.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetricians and gynecologists. Committee on Obstetric Practice. The apgar score**. Pediatrics, [online], v. 136, n. 4, p. 819-822, 2015. Disponível em: https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/136/4/819.full.pdf Acesso em: 06 mai. 2019.

ANDRADE, RD et al. **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm [online], v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 1986, Seção 1, p. 9273.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento** (Cadernos de Atenção Básica nº 33). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta de Saúde da criança: passaporte da cidadania**. 11º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BOUSSO, RS; POLES, K; CRUZ, D de ALM da. **Conceitos e teorias na enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], v. 48, n. 1, p.144-8, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/html/3610/361033335018/ Acesso em: 17 abr. 2019.

BRITO, GV de et al. **Consulta de Puericultura na Estratégia de Saúde da Família: Percepção dos Enfermeiros**. Rev. APS [online], v.21, n.1, p.48-55, 2018. Disponível em: http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/16040/8301 Acesso em 22 abr. 2019.

CAÇADOR. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório. Fichas de Atendimentos. Caçador, 2018.

CHAGAS, CB da Luz et al. **Consulta de enfermagem em puericultura**. In: SOUSA, FGMacedo de; COSTENARO, RGS (Org). Cuidados de enfermagem à criança e ao adolescente na Atenção Básica de Saúde. Porto Alegre: Moriá, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358 de 2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 04 abr. 2019.

COSTA, P et al. **Diagnósticos de enfermagem em consultas de atenção primária à saúde de recém-nascidos**. Rev Bras Enferm [online], v. 71, n.6, p. 2961-8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-2961.pdf Acesso em: 04 abr. 2019.

DANTAS, CN. **Software-Protótipo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil a partir da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem** (CIPE®). 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3882246 Acesso em: 22 abr. 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Morbidade hospitalar do SUS – Por local de residência** – Santa Catarina. 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def Acesso em: 10 abr. 2018.

DOURADO, SBPB; BEZERRA, CF; DOS ANJOS, CCN. **Conhecimentos e aplicabilidade das teorias de enfermagem pelos acadêmicos**. Revista de Enfermagem

da UFSM [online], v. 4, n. 2, p. 284-291, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/9931 Acesso em: 17 abr. 2019.

FIEWSKI, MFC. O programa de puericultura. In: TOSO, BRG de O; VIEIRA, CS; FIEWSKI, MFC (Org). **Cuidado de Enfermagem ao neonato, à criança e ao adolescente na Atenção Primária à Saúde**. Cascavel: Edunioeste, 2017. p.81-94.

FILGUEIRAS, TF et al. **Instrumento para consulta de enfermagem a gestantes com diabetes mellitus**. Rev Rene [online], v. 20:e40104, p.1-8, 2019. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/40104/pdf_1. Acesso em: 15 abr. 2019.

FURTADO, MC de C et al. **Ações e Articulações do enfermeiro no cuidado da criança na Atenção Básica**. Texto & Contexto Enfermagem, [online]v. 27, n. 1, e0930016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e0930016.pdfAcesso em: 26 nov. 2018.

GÓES, FGB et al. **Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura**. Rev. Bras. Enferm. [online], v. 71, supl.6, p. 2808-2817, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034716720180012028 08&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 02 abr. 2018.

HORTA, W de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

MONTEIRO, FPM et al. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem: "Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente"**. Rev Bras Enferm [online] v. 69, n. 5, p. 855-63, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500855/. Acesso em: 27 abr. 2019

MOHANA, J. O mundo e eu. Rio de Janeiro: AGIR; 1963.

MOREIRA, MD de S; GAÍVA, MAM **Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem**. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online, [online]v. 9, n. 2, p. 432-440, 2017. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5909456 Acesso em: 22 abr. 2019.

OLIVEIRA, CS de; BORGES, M da S. **Representações sociais de enfermeiros que cuidam crianças sobre a sistematização da assistência de enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, [online]v. 38, n.3, p. e:66840, 2017. Disponível em: https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/66840 Acesso em: 04 abr. 2019.

PICHETH, SF; CASSANDRE, MP; THIOLLENT, MJM. **Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo**. Educação [online], v. 39, n. esp. (supl), s3-s13, 2016. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/24263/15415 Acesso em: 29 jan. 2019.

POLIT-O'HARA, D; BECK, CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Chapecó– Gestão 2018-2021. Chapecó, 2017.

REICHERT, AP da S et al. **Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], v. 23, n. 5, p. 954-62, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/html/2814/281442225023/ Acesso em: 23 abr. 2019.

RIBEIRO, DG; PEROSA, GB; PADOVANI, FHP. **Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida**. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 19, n. 1, p. 215-226, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n1/215-226/pt/ Acesso em: 23 abr. 2019.

SILVA, ICA et al. **Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento**. Revista de Enfermagem UFPE [online], v. 8, n. 4, p. 966-973, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9767 Acesso em: 04 abr. 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TOSO, BRG de O et al. **Atenção Primária à Saúde da Criança**. In: TOSO, BRG de O; VIEIRA, CS; FIEWSKI, MFC (Org). **Cuidado de Enfermagem ao neonato, à criança e ao adolescente na Atenção Primária à Saúde. Cascavel: Edunioeste**, 2017. p.27-40.

VIERA, CS et al. **Consulta de enfermagem ao recém-nascido**. In: TOSO, BRG de O; VIEIRA, CS; FIEWSKI, MFC (Org). Cuidado de Enfermagem ao neonato, à criança e ao adolescente na Atenção Primária à Saúde. Cascavel: Edunioeste, 2017. p. 95-124.

VIERA, CS; SILVA, RMM da; TOSO, BRG de O. **O desenvolvimento infantil**. In: TOSO, BRG de O; VIEIRA, CS; FIEWSKI, MFC (Org). Cuidado de Enfermagem ao neonato, à criança e ao adolescente na Atenção Primária à Saúde. Cascavel: Edunioeste, 2017. p.151-170.

ZOCCHE, DA; et al. **Construção de um protocolo de revisão integrativa: contribuições para fundamentação teórica e qualificação das práticas em saúde**. In: 13º Congresso Internacional Rede UNIDA. v. 4, Suplemento 1, 2018, Manaus. Anais eletrônico do 13ª Congresso Internacional da Rede UNIDA. Manaus: Rede UNIDA, 2018. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/5/menu/anais/?title=Elisangela Acesso em: 11 fev. 2019.

Capítulo 3

Desafios na Gestão das Equipes de Saúde da Família e Proposições para a Qualificação das Atividades dos Enfermeiros Gerentes

Carise Fernanda Schneider
Letícia de Lima Trindade
Carine Vendruscolo
Mônica Ludwig Weber

Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o centro de articulação da rede de atenção, ordenadora do cuidado e das ações assistenciais (BRASIL, 2017). Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um artifício importante na reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma inovação tecnológica, capaz de trazer mudanças nas concepções de saúde, nas práticas e na finalidade da assistência, pois se constitui de princípios teóricos e políticos utilizados para superar os conceitos tradicionais da prática (SORATTO et al., 2015).

A APS deve ser orientada conforme as necessidades de saúde de uma determinada população e contar com estratégias que reflitam as condições socioeconômicas de cada comunidade (ANDRADE, BUENO, BEZERRA, 2014). Em fevereiro de 2019, o Brasil contava com uma cobertura de ESF de 63.83%, num total de 42.917 equipes de Saúde da Família (eSF), que atendiam a 133.092.093 pessoas. Na região Sul do País, no mesmo período, havia cobertura de 66,04%, com 6.196 equipes, atendendo a 19.652.015 pessoas. A cobertura de ESF em Santa Catarina (SC) era de 79.62% (BRASIL, 2018). Esses dados demonstram alta cobertura populacional no Estado e evidenciam a importância de haver métodos e planos estratégicos traçados em conjunto com a população, que visem garantir assistência contínua, tendo o maior índice de resolubilidade possível.

A gestão em saúde possui, na sua conjuntura de atividades, a oportunidade de conhecer e tratar de perto os processos relacionados ao cotidiano da população atendida. Para tanto, são necessárias estratégias de trabalho em equipe e ações ligadas ao ambiente e ao contexto socioepidemiológico da população, além dos demais setores institucionais. Nesse cenário, o gerente de APS deve ser um profissional que, além de experiente, conheça e compartilhe com a equipe as diretrizes desse segmento assistencial, reconheça as necessidades e desenvolva ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) no serviço sob sua gerência, articulando com as instâncias necessárias, visando à qualificação do trabalho e à assistência prestada aos usuários (BRASIL, 2017).

No contexto da ESF, o enfermeiro se distingue por algumas singularidades em relação ao trabalho dos demais profissionais, pelo modo indissociável como executa as atividades assistenciais-gerenciais, articulando saberes filosóficos, políticos e técnicos. A esse profissional são incumbidas responsabilidades pela normatividade da organização do serviço, pelas necessidades de saúde dos usuários, pelas demandas de coordenação do trabalho da enfermagem e pelas atividades gerenciais da instituição, quando nessa função (LEAL, MELO, 2018).

Recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017) reconheceu a figura do gerente de eSF e definiu as suas atribuições que, dentre várias, incluem: divulgar as diretrizes da APS; orientar a programação das equipes; avaliar resultados e propor estratégias para o alcance de metas de saúde; monitorar os processos de trabalho; mediar conflitos; desenvolver uma gestão participativa e incentivar a corresponsabilidade entre os envolvidos no cuidado; estimular o trabalho em equipe; gerir os recursos materiais e identificar as necessidades de formação e qualificação dos profissionais.

A legislação não prevê que o desempenho dessas atividades seja de uma profissão em particular, entretanto no Brasil é, prioritariamente, desempenhada por enfermeiros que têm, na sua formação peculiar amplitude curricular, com aspectos que proporcionam a aquisição de competências e habilidades importantes ao desempenho da função de gerente (FERNANDES, CORDEIRO, 2018). Dessa forma, para garantir o êxito no gerenciamento, as instituições de ensino se voltam à formação de profissionais reflexivos e críticos, qualificados à realização de ações e capazes de transformar a prática e fortalecer o SUS (TONHOM, MORAES, PINHEIRO, 2016).

Cabe, ainda, resgatar que o processo de trabalho da enfermagem aponta para uma perspectiva de atuação em quatro dimensões: o cuidado direto aos indivíduos ou grupos, a dimensão educativa, constituída por processos de formação profissional, a dimensão administrativo-gerencial e a dimensão investigativa, havendo a produção de conhecimentos para orientar os processos de cuidar, gerenciar e educar em saúde (PIRES, 2009; BERTONCINI, PIRES, RAMOS, 2011). Partindo dessa contextualização, é oportuno identificar os desafios enfrentados por enfermeiros gerentes da ESF, por se acreditar que as melhores práticas gerenciais estão centradas na possibilidade de aproximar a teoria da prática, construir maneiras eficazes de enfrentar os desafios do cotidiano e provocar mudanças no processo de gerenciamento.

Nessa perspectiva, questionou-se: Quais os desafios dos enfermeiros gerentes na condução das eSF? Assim, objetivou-se a identificação dos desafios enfrentados por enfermeiros gerentes da ESF.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa, cujas reflexões foram embasadas em Thiollent (2011), além da própria experiência dos autores no campo da gestão egerenciamento em enfermagem. Em meio a isto, a pesquisa-ação surge como um método que possibilita não apenas a discussão dos temas em debate, mas a produção do conhecimento e alcance de novas experiências (THIOLLENT, 2011). Essa modalidade de pesquisa participante, no contexto deste estudo, possibilitou o diagnóstico das necessidades e a proposição de uma ação, visando à qualificação das atividades dos enfermeiros, considerando a importância da atuação dos participantes na mudança e na transformação da realidade.

A pesquisa foi realizada em um município do Oeste catarinense, com 53 ESF distribuídas em 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os participantes foram enfermeiros reconhecidamente atuantes como gerentes de UBS, tendo, no mínimo, seis meses de atuação no cargo. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam afastados por qualquer motivo no momento da coleta de dados. Dessa maneira, integraram o estudo 17 enfermeiros, visto que oito não atenderam aos critérios de inclusão e um optou por não participar da pesquisa.

O diagnóstico da situação ocorreu concomitantemente à etapa da produção das informações, a partir do levantamento do perfil dos enfermeiros gerentes de UBS, por meio de roteiro de entrevista semiestruturada. Utilizou-se como estratégia à coleta de dados, produção e o registro das informações, uma entrevista semiestruturada que permitiu a identificação do perfil sociolaboral dos participantes, bem como questões relacionadas ao processo de trabalho. Fez-se um teste do instrumento de entrevista, mediante realização com um profissional enfermeiro da APS não participante do estudo.

Também, foram efetivadas rodas de conversa (RC) com os gerentes, identificadas aqui por RC. Foram conduzidas por um roteiro, tendo questões disparadoras no tema como forma de incentivar o debate e a interação entre os participantes, aplicadas em quatro encontros, com duração de uma hora e meia cada. Teve-se por objetivo a apresentação pessoal e profissional dos participantes, explanação dos objetivos da pesquisa, contextualização sobre o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da APS, reflexão sobre as dificuldades e os desafios enfrentados pelos gerentes e, ao final, uma proposição à qualificação das atividades gerenciais e assistenciais desses profissionais. Assim, os participantes foram levados a explorar as perspectivas individuais e as compartilhar com o grupo, na intenção de compor o produto final do estudo que foi uma proposta de EPS, construída a partir das reflexões dos participantes.

As entrevistas e as rodas de conversa foram previamente agendadas e, durante seu desenvolvimento, gravadas, mediante autorização dos sujeitos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra.

O tratamento das informações ocorreu por meio da Análise Temática, acompanhando a proposta operativa de Bardin (2016), seguindo as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (inferência e interpretação). Na pré-análise, procedeu-se à leitura inicial dos documentos que compuseram a pesquisa, escolha dos documentos a serem submetidos à análise e a formulação de hipóteses à interpretação final. Na exploração do material, trataram-se os materiais por meio da sua codificação e foram escolhidas unidades para a categorização. Na última fase, realizou-se o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos dados (BARDIN, 2016). Emergiram, no processo de análise 11, categorias que representaram os desafios dos enfermeiros gerentes. Neste manuscrito será discutida a categoria "Desafios das gerências nas UBS", assim como as subcategorias contidas. Ainda, como produto desse processo, será relatado o movimento de educação permanente que iniciou nas rodas de conversa e culminou com a elaboração de material pedagógico do tipo minicurso, vinculado ao Telessaúde/Santa Catarina - SC.

A pesquisa integra o macroprojeto — "Estratégias para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado à mulher e à criança na perspectiva da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger" — e contou com o financiamento Edital nº 27/2016 CAPES/COFEN, a qual foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC, via Plataforma Brasil, sob parecer nº 2.630.923 em 02/05/2018. Além disso, seguiu todas as orientações dos padrões éticos exigidos pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Para a garantia do anonimato, os enfermeiros entrevistados foram identificados pela letra E, seguida de um número arábico e suas falas nas rodas de conversa, reconhecidas por roda de conversa (RC).

Resultados

O perfil dos gerentes da atenção primária em saúde investigada

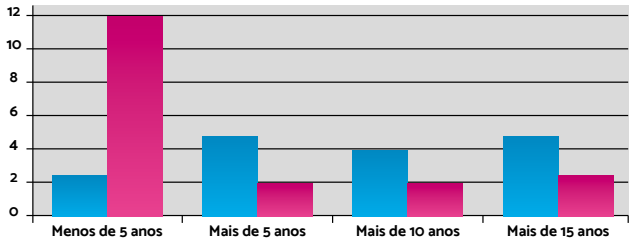
Por meio da pesquisa, foi-nos mostrado predomínio de profissionais do sexo feminino (n:15/89%), com variação entre 24 e 50 anos. Todos os entrevistados possuíam carga horária de trabalho semanal de 40 horas.

Em relação à especialização, a maioria (n:9/52%) a possuía em Saúde Pública-Coletiva ou em Saúde da Família, porém também identificaram-se especialistas em Gestãoe Gerenciamento em Saúde (n:4/23%) e em Enfermagem do Trabalho (n:3/17%). Ainda, dois enfermeiros concluíram o curso de Mestrado e um deles estava em andamento neste curso.

No que se refere à qualificação à gestão do trabalho, apenas dois gerentes foram qualificados para a atividade há mais de dez anos, conforme as falas a seguir:

> *Eu me lembro de que nós recebemos um curso de gerência logo que o [Secretário de Saúde] assumiu [...] tem mais de 10 anos (E3).*
>
> *[...] Teve uma [qualificação para gestão do trabalho em equipe] em 2005, em que a gente fez um curso para gestão (E17).*

Gráfico 1: Apresentação do tempo de formação e o tempo de experiência como gerente de UBS



Fonte: Os Autores (2019).

Os dados sobre o tempo de atuação como gerente de UBS tiveram uma amplitude de oito meses a 23 anos. O gráfico 1 busca apresentar o tempo de formação e a experiência profissional.

No que se refere aos anos de experiência como gerente na UBS atual, 58% (n:10) ocupavam esse cargo na mesma UBS há menos de dois anos. Cabe salientar que 35% (n:6) dos enfermeiros gerenciavam a mesma UBS há mais de três anos e somente 5% (n:1) deles, há mais de dez anos.

Algumas unidades de saúde detêm número expressivo de profissionais, enquanto que outras são compostas por menos de dez pessoas. Os dados revelam serviços que possuem de oito a 72 profissionais

lotados numa mesma unidade. A maioria (n:29/82%) das eSF estão completas e todas oferecem atendimento especializado de ginecologista e pediatria. Esses profissionais complementam a assistência como apoio no atendimento médico da população. Entre as equipes incompletas, evidenciou-se a falta de Agentes Comunitários da Saúde (ACS) (n:3/17%). Além disso, há uma Equipe Transitória, situada no interior, cujo médico cumpre uma jornada de 20 horas semanais.

As equipes contam com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). O município possui cinco equipes de Nasf-AB, entretanto alguns gerentes destacam dificuldades relacionadas à falta de profissionais nas equipes do Nasf-AB, como fisioterapeutas. No Quadro 1 estão as equipes de Nasf-AB no cenário.

Quadro 1 - Composição das equipes de Nasf-AB no município

Equipe/Profissionais	Nasf-AB AB OESTE	Nasf-AB CENTRO	Nasf-AB LESTE	Nasf-AB SUL	Nasf-AB NORTE
Psicólogo	1	1	1	1	1
Educador físico	1	1	1	1	1
Nutricionista	1	1	2		1
Assistente Social	1	1		1	1
Fisioterapeuta					
Farmacêutico	1	1	1	1	1

Fonte: Os Autores (2019).

Apesar da falta de alguns profissionais no Nasf-AB e dos limites na atuação das equipes, 64% (n:11) dos entrevistados acreditam que a equipe de apoio é fundamental no processo de trabalho das UBS.

Os desafios e obstáculos para a gestão da ESF

O questionamento sobre as dificuldades enfrentadas pelos gerentes da APS fez emergir diversos obstáculos vivenciados pelos enfermeiros no cotidiano, os quais foram apresentados em 11 subcategorias de análise, sendo elas:

Figura 1 - As subcategorias de análise sobre os desafios na gerência

Fonte: Os Autores (2019).

De forma prevalecente, emergiram os **limites da gestão para a garantia de resolutividade** que, na opinião dos participantes, representam os principais obstáculos à solução da maior proporção dos problemas da UBS.

> *Às vezes, a gente se sente uma incompetente, impotente. Parece que não queremos resolver as coisas [...]. Ficamos retrabalhando. Poderíamos utilizar o tempo para fazer outras coisas, mas [...] tem que procurar o e-mail de novo [por exemplo]. É tudo trabalho dobrado. Você não otimiza o teu tempo dentro da unidade de saúde e a gente trabalha de bombeiro o dia inteiro (RC).*
>
> *Eu queria, efetivamente, conseguir fazer gestão, consegui sentar, olhar os indicadores, trabalhar em cima daquilo, ver o recurso humano que eu tenho e o que pode ser melhor aproveitado [...] (RC).*

Outro obstáculo, apresentado pelos participantes, foram as questões associadas às **dificuldades operacionais, relacionadas à escassez de recursos materiais e ou falta de manutenção dos equipamentos**. As falas dos participantes remeteram a um dilema diário para garantir materiais de consumo suficientes ao trabalho das equipes, bem como à peregrinação diante da necessidade de manutenção dos equipamentos permanentes.

Fizeram duas salas novas na nossa estrutura do posto. Muito bonito! Mas, não tem móvel! Eu tenho consultório, mas daí não tem uma mesa, não tem cadeira, não tem computador, não tem um cabo para internet (E13).

Tudo precisa de manutenção, tudo precisa de um olhar. Se hoje a minha maca tinha um rasgo pequeno, daqui a um ano ela estará toda rasgada se não consertar [...]. A falta de planejamento acaba sucateando toda rede. Se tivesse um planejamento de passar um mês em cada uma [UBS], para organizar, para ver o que falta e para arrumar. Porque a gente sabe que de uma forma ou de outra, tem recurso [...] (RC).

Apesar de os gerentes contarem com ferramentas importantes que possibilitam o planejamento das ações, tais como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e relatórios e reuniões de equipe, as falhas no planejamento em saúde surgem no cotidiano dos gerentes. Abaixo, as falas apontam para as **falhas no planejamento em saúde**, sendo que estão associadas à sobrecarga de trabalho, falta de colaboração dos profissionais e a dupla função, gerenciamento e assistência.

A cada dia tem uma lista de solicitações e a gente não consegue dar conta e atender toda essa demanda solicitada [...]. Eu queria poder sentar e planejar, poder conversar e olhar para os funcionários. Eu acho que é isso, porque hoje a gente tem uma demanda que nos engole (RC).

Não é que a gente não tenha vontade de planejar. A gente tem! Só que a gente discute as coisas informalmente, entre enfermeiros, médicos, pessoal da recepção [...]. O nosso planejamento é mais informal do que formal e também dentro da reunião de equipe (E14).

Cada unidade trabalha da forma que quer, claro que cada unidade tem uma demanda, mas tem coisa que precisa ser uniformizada, tem que ser de uma forma única (E14).

Quando o tema de discussão da roda de conversa permeou sobre os **problemas nas relações interpessoais com a equipe**, os participantes relataram dificuldades na interação com parte dos membros da equipe e na tomada de decisões para evitar que os conflitos prejudiquem a assistência e o processo de trabalho.

Uma das dificuldades não é nem com a população, é com a própria equipe mesmo, os conflitos internos. Quando tem a transferência de um profissional, parece que foi a coordenadora que quis transferir (E8).

É difícil com os funcionários na questão da insubordinação, de não colaboração. Acho que o principal é a dificuldade de se trabalhar em equipe, de ter ética, de entender que o paciente não é responsabilidade de um ou de outro, mas de todos, indiferente de qual setor estamos (E11).

Tem pessoas que são "pessoas problema" na sua função, exemplo: uma agente de saúde, que não digita as suas visitas, que não faz o cadastro [...]. Muita coisa eu encaminho para a secretaria para evitar esse desgaste internamente. [...] (E11).

Apesar de compreenderem a importância de se ter um olhar estratégico sobre o processo de trabalho, os participantes transpareceram dificuldades em organizá-lo. Eles demonstraram que suas atividades de gestão são prejudicadas pela **sobrecarga de atividades na gestão** e sinalizaram para o esgotamento do profissional.

Toda vez que falta algum funcionário, quem tem que suprir é o coordenador, pois tem que ter conhecimento de tudo [...]. Porque além da coordenação a gente ainda faz a parte assistencial (E14).

[o problema são] os atestados. Agora eu estou com duas afastadas, atestado e férias. Então, eu acabo fazendo tudo, eu fico nos sinais vitais, curativos, na recepção [...] A falta de alguém quebra toda a equipe! (E6).

Então, a sobrecarga é do enfermeiro, para tudo, para o atendimento na demanda espontânea, para as agendas, para o planejamento de todas as ações (E14).

A gente acolhe todos os setores da Secretaria de Saúde. Todo dia uma demanda da vigilância epidemiológica, da regulação, da coordenação da atenção básica, da RAIA [Rede de Atendimento à Infância e Adolescência], do CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] (RC).

Ainda, emergiram as **influências político-partidárias**, uma vez que o delineamento das ações depende do momento político vigente, e as mudanças de governo refletem na continuidade das ações nos serviços. Abaixo, seguem falas que exemplificam isso:

[com a mudança de governo] o fluxo se perde no meio do caminho, porque na troca gestores, coordenadores, diretores, acaba que vai se perdendo (E5).

[...] não adianta! [...] cada gestão que entra tem um perfil diferente (E8).

Os gestores afirmam deficiências na EPS, devido à falta de suporte ao assumir a gerência, na continuidade das atividades gerenciais e, especialmente, ao melhor domínio dos sistemas de informatização que permeiam as atividades de gerenciamento das equipes.

Muita coisa que eu tenho que fazer no cotidiano tive que aprender sozinha (E4).

Não existe ninguém que te ensine tirar um relatório, não existe ninguém que te explique como que funciona o fluxo de recursos humanos (E11).

Eu acho que é importante a capacitação do próprio [sistema de informação], que é o nosso instrumento mais utilizado, tanto para prontuário do paciente quanto para solicitação de materiais. E em nenhum momento a gente recebeu essa capacitação, porque uma coisa é você ser um profissional assistencial e desempenhar aquela função e usar o sistema praticamente para aquilo. Outra é quando tu és gestor, que executa ações diretamente envolvidas com gestão, que aí vem a questão de insumos, vem agendamentos, criação de planilhas. Dificulta bastante para desempenhar (E15).

A falta e a rotatividade de profissionais se mostraram um desafio para os gerentes, pois leva à sobrecarga dos demais membros das equipes, o que acarreta perda de produtividade, diminuição da continuidade das ações, propensão aos erros na assistência, além dos impactos na motivação e comprometimento do restante da equipe.

Solicitações de troca de profissional sem o aconselhamento do gestor da unidade de saúde e vinda de profissionais que não estão habilitados para atividade na unidade de saúde [...] dificulta bastante o processo de gerência, pois alguns interesses atravessam o interesse maior que é a gerência da unidade de saúde, a demanda e o atendimento (E2).

A questão do dimensionamento de pessoal, é preciso que se trabalhe com a visão de que o funcionário tira férias, tem direito à licença prêmio, licença maternidade, e que se tenha um dimensionamento do pessoal que possa suprir essas demandas (E5).

É muito atestado, não sei se é por jornada dupla, daí fica sobrecarregado (E6).

Eu não consigo fazer [as escalas porque] e eu nunca tive minha equipe completa; sempre teve um atestado [...] não tem ninguém pra cobrir os atestados (E14).

As dificuldades de relacionamento com a gestão municipal evidenciam que os gerentes possuem entraves na resolução das questões complexas da gerência, nas falhas de comunicação, autonomia e reconhecimento.

Às vezes, falta um feedback para ver se a gente está fazendo um bom trabalho, está tendo um bom desenvolvimento. Porque somos funcionários e também esperamos uma avaliação (E4).

Nas reuniões, nos colocamos em relação às propostas feitas, mas a proposta já vem pronta! A gente não consegue opinar. Se achamos que não está bom, que talvez não vai funcionar daquela forma lá na ponta, não importa! A proposta vem pronta e ela é decidida daquela forma (RC).

Quando é cobranças, somos gerentes. Mas, quando é para elogiar, é difícil. Ouvidoria para elogio, dificilmente acontece, mas para a reclamação (RC).

Corroborando, o comprometimento profissional tem um sentido que ultrapassa a satisfação e o desempenho no trabalho, o cumprimento da carga horária e a realização das atividades estabelecidas. Os resultados da pesquisa evidenciam que a falta de comprometimento dos profissionais da equipe é um desafio no cotidiano dos gerentes.

Temos dificuldade em agentes comunitárias compreenderem que a sua atribuição não é entregar encaminhamento na casa, mas de fazer o acompanhamento das crianças, das gestantes, dos idosos, dos hipertensos, diabéticos (E14).

Dificuldade de incluir alguns funcionários da odontologia. No dia de reunião, pouco participam, nunca são participativos em nada. É como se a saúde bucal fosse uma equipe separada (E14).

Parece que a gente não faz parte da mesma equipe. O que acontece: quando se trata de um enfermeiro, de um auxiliar de enfermagem, não precisa de portaria para definir quais são as funções. Agora quando se trata do médico, tem que sair uma portaria dizendo que eles têm que fazer aquilo! A gente é funcionário da mesma forma, então a gente tem o dever (RC).

As falhas na rede de atenção à saúde surgiram na pesquisa como entraves no processo de gerência. As falas

dos participantes permitiram observar que a discussão dos sistemas e serviços de saúde organizados em redes assistenciais possibilitam a consolidação das ações e o fortalecimento das transformações na saúde pública.

> *É todo um trabalho jogado fora. Começa com o médico que atendeu, que pediu o exame, depois o profissional que digitou e encaminhou o exame. É muito tempo e trabalho jogado fora (RC).*

> *A gente podia fazer visitas técnicas entre a própria rede [...] porque são locais que a gente encaminha muito os pacientes, então, a gente precisa entender como é que funciona. Também não tem fluxo direcionado (E14).*

Minicurso Sobre Gestão: o produto da pesquisa-ação

Frente aos inúmeros desafios e a ênfase que os achados trouxeram na EPS como um caminho para amenizar os problemas que emergem no cotidiano do trabalho das equipes, a pesquisa culminou em um minicurso na plataforma de Tele-educação, a partir de uma parceria firmada entre a Universidade e o Telessaúde/SC. Foi desenvolvido material pedagógico, tendo o objetivo de provocar a reflexão e instrumentalizar os gerentes em serviços da APS, sobretudo enfermeiros para a gestão e o cuidado em saúde. Além disso, assumiu-se o propósito de contribuir com a qualificação da gestão dos serviços de saúde, partindo-se da premissa da complexidade que o desempenho da função de gerente representa.

O minicurso foi denominado "Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde" e foi dividido em duas unidades de aprendizagem: Unidade I - Instrumentos de trabalho na gestão em saúde e Unidade II - Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde, totalizando 60 horas e enfocados os assuntos: aspectos do processo de trabalho em saúde; desafios na gestão da APS; instrumentos de gestão; gerenciamento de recursos materiais e de pessoas; instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde; cogestão ou gestão participativa e os espaços e mecanismos de gestão coletiva; método Paideia e o apoio institucional, apoio matricial, clínica ampliada e compartilhada e a interprofissionalidade e acolhimento como tecnologias para o trabalho colaborativo na APS. A ferramenta de EPS estará disponível no site do Telessaúde-Telemedicina de Santa Catarina no link www.telessaude.ufsc.br.

Discussão

Assim como outras pesquisas na área, esta evidenciou que a expansão dos conhecimentos do enfermeiro na gestão dos serviços de saúde, local de oportunidades de trabalho e crescimento profissional, ainda é incipiente (MACHADO et al., 2016). Em sua maioria, as especializações dos participantes estão relacionadas à saúde pública eda família, demonstrando a escassez de formação complementar na área da gestão em saúde. Isso se reflete em dificuldades relacionadas à formulação de ideias, planejamento, avaliação, utilização dos modelos teóricos e métodos à condução do trabalho em saúde.

Num estudo realizado na região Sudeste do País foi observado que 51,39% dos gestores em saúde não detinham nenhuma formação em gestão e isso foi atribuído à insólita capacidade no processo de tomada de decisão, à dificuldade de inovação no processo de trabalho e à elaboração de novos modos de fazer gestão, a exemplo da cogestão (GALAVOTE et al., 2016).

Frente à diversidade de obstáculos comuns na gestão, conforme sinalizado em outros estudos, que consideram desafiante aprimorar os processos de gestão de pessoas, melhorar a estrutura física e equipamentos, desenvolver o planejamento não acabem apenas mapeando os problemas, é preciso buscar estratégias para os solucionar (CAVALCANTI, OLIVEIRA NETO, SOUZA et al., 2015; FACCHINI, TOMASI, DILÉLIO, 2018). Nesse contexto, o enfermeiro pode contar com o uso de recursos auxiliadores no trabalho gerencial e no processo de tomada de decisão, tais como: o planejamento, avaliação da qualidade, o qualificado gerenciamento de recursos materiais, o dimensionamento, seleção e recrutamento de pessoal, a educação continuada, supervisão e avaliação do desempenho (CIAMPONE, TRONCHIN, MELLEIRO, 2016). No entanto, tais ações ficam comprometidas pelo acúmulo do exercício de funções gerenciais e assistenciais, que pode repercutir na resolutividade dos serviços

Corroborando com os entraves à resolutividade, ficou evidenciado pela pesquisa que, no processo de trabalho de gerência das UBS, normalmente os profissionais que exercem esse papel não o fazem exclusivamente, ou seja, eles compõem parte de uma equipe de ESF, contrapondo o que é orientado pelo Ministério da Saúde, que indica ser o gerente não profissional integrante das equipes vinculadas à UBS (BRASIL, 2017), no intuito da garantia da resolutividade. Pesquisadores reforçam que para a garantia do pleno desenvolvimento das atividades gerenciais, o desempenho de apenas uma função é um desafio à gestão municipal e, certamente, contribui ao pleno exercício da função, havendo melhor administração, gerenciamento, liderança e tomada de decisões no processo gerencial (CELEDÔNIO et al., 2017).

Outras investigações convergem no mapeamento de limites na rede de atenção à saúde, sendo que a falta de fluxos no processo de trabalho interfere, diretamente, na garantia da integralidade e resolutividade das ações, gerando descontentamento nos profissionais e sensação de incompetência profissional ao sentirem que ferem os princípios do SUS (FERNANDES, CORDEIRO, 2018). Fatores como estrutura física, capacidade resolutiva dos profissionais, planejamento, estabelecimento de metas e formas de avaliação, são linhas de trabalho que buscam o aprimoramento da gestão e, consequentemente, a resolutividade e a qualidade dos serviços oferecidos à população (FISCHER et al., 2014).

Coerentemente a esse achado, é possível encontrar na literatura os diversos fatores que desmotivam os profissionais da saúde, entre eles a má administração dos recursos, que também são insuficientes, a falta de profissionais em quantidade e qualidade, a deficiência na organização e distribuição das atividades, baixa resolutividade dos profissionais, a falta de incentivo às ações de qualificação profissional, o excesso de burocracia e a grande deficiência nos processos de referência e contra referência. Esses fatores prejudicam a organização das atividades e trazem aumento de carga de trabalho aos profissionais (TRINDADE, PIRES, 2013).

Fischer et al., (2014) afirmam que há discrepâncias entre a eficiência de um gerente e de outro e indicam que essas diferenças sofrem influências de fatores como a infraestrutura das unidades, número de profissionais, assim como as condições socioeconômicas dos usuários, sendo fatores que influenciam na efetividade da resolução dos problemas.

Nesse cenário, o trabalho do gestor pode apresentar fragilidades relacionadas ao financiamento insuficiente, falta de comprometimento profissional, recursos limitados e excesso de demanda, que são fatores dificultadores da supervisão e gerenciamento de uma UBS (CELEDÔNIO et al., 2017; LIMA et al., 2016). Atualmente, o SUS não dispõe de ferramentas de gestão de equipamentos médico-hospitalares e embora existam investimentos financeiros à adequação tecnológica da assistência, a falta de um sistema de gestão eficiente desse patrimônio afeta o desenvolvimento das políticas de saúde e o acesso do usuário aos serviços do SUS (AMORIM, PINTO JUNIOR, SHIMIZU, 2015).

Diante disso, advém a necessidade de utilização das capacidades cognitivas e motoras dos trabalhadores no que se refere à adaptação e improviso, além de contínuas explicações e justificativas solicitadas pela população. Isso resulta em um desgaste físico e emocional do trabalhador e coloca a segurança do usuário em risco, gerando a sensação de insegurança, abandono, pressão e medo de que esses improvisos não estejam atendendo aos princípios científicos da profissão (LIMA et al., 2016). Além disso, medidas de responsabilização dos gestores com o planejamento das ações e com o desperdício de recursos públicos, levaria a melhor alocação de recursos tecnológicos, com possibilidade de consideração das desigualdades geográficas e sociais dos territórios (AMORIM, PINTO JUNIOR, SHIMIZU, 2015).

As falhas no planejamento em saúde ficaram evidentes na pesquisa em momentos de dificuldades na definição de objetivos e metas, como também na avaliação das ações. Nesse cenário, o gestor pode contar com o auxílio do PMAQ-AB, que tem incentivado os gerentes a planejarem as ações, acompanharem o desenvolvimento e, posteriormente, avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos. O PMAQ-AB se apresenta como uma perspectiva favorável ao trabalho do gerente, pois se mostra importante modelo de avaliação, seguido da distribuição de incentivos financeiros às equipes com melhor desempenho. Possui componentes positivos à gestão ao promover ampla discussão sobre a rede do SUS e sobre indicadores e metas da equipe; além disso, contribui na elaboração de uma detalhada proposta de avaliação voltada à APS (ROCHA et al., 2016).

Nesse panorama, o planejamento tem se mostrado como fonte de autonomia e desenvolvimento dos coletivos envolvidos na condução de intervenções, o qual, somado à avaliação, podem instaurar novas aprendizagens e revisões das ações; melhorar a comunicação entre os integrantes das equipes e gestores; aumentar a capacidade de produção de saúde pelos envolvidos e qualificar a assistência. As iniciativas de planejamento, definição de metas, objetivos e estratégias de ação são essenciais, sendo que a avaliação pode anteceder e ser simultânea ao planejamento (FURTADO et al., 2018).

Por outro lado, no geral, uma das dificuldades encontradas na pesquisa foi o excesso de rotatividade e falta de profissionais. Esses problemas geram descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação daqueles, prejudicando o alcance da eficiência e eficácia da gestão em saúde (LORENZETTI et al., 2014). Uma das maneiras para reduzir a alta frequência de rotatividade, é incentivar um local de trabalho saudável, pois a presença de profissionais motivados e entusiasmados com o trabalho está associada à execução de atividades interessantes e estimulantes. Pelo estudo realizado, ficou confirmado que os profissionais esperam reconhecimento por parte da instituição, refletido em oportunidades de desenvolvimento na carreira, gratidão e consideração por esforços extras e alto desempenho no trabalho, tratamento igualitário e ética dos gestores, além do interesse pelo desenvolvimento pessoal, não somente profissional (GUSE, GOMES, CARVALHO, 2018).

Além disso, a falta de comprometimento dos profissionais envolvidos na assistência, as relações interpessoais conflituosas e as influências político-

partidárias foram desafios elencados pelos gerentes.

É oportuno e de responsabilidade do gestor identificar as causas do excesso de rotatividade no setor público, a fim de que sejam desenvolvidas estratégias para tentar diminuir os efeitos negativos da substituição constante, o que prejudica a eficiência organizacional. Nesse sentido, nem sempre o gerente de UBS dispõe da possibilidade de seleção e governabilidade sobre as decisões superiores, que envolvem questões políticas e legislação específica. Por outro lado, a alta rotatividade no setor público, por vezes, é uma alternativa ao permitir a realocação de servidores problemáticos e ineficientes, reoxigenando a equipe e possibilitando a entrada de alguém que contribua com os interesses da gestão.

Esses obstáculos gerenciais e a fragmentação das decisões sobre o processo de trabalho podem ser amenizados pelo fortalecimento e condução de um trabalho integrado e em equipe, comunicação efetiva e tomada de decisões de forma participativa (FERNANDES, CORDEIRO, 2018). Inclusivamente, as ações de gerência apresentam fragilidades quando há o acúmulo de funções assistenciais e gerenciais, sendo que a solução deste entrave se mostra como um caminho auspicioso à gerência, possibilitando a efetivação das práticas de supervisão e orientação da equipe, promoção da saúde e da educação permanente (BARBIAN, NORA, SCHAEFER, 2016).

Como forma de auxiliar na resolução dos desafios encontrados na pesquisa, um movimento de EPS emergiu naturalmente, iniciando com as rodas de conversa e culminando com o minicurso via Telessaúde/SC. Trata-se de um processo inerente ao tipo de pesquisa dessa natureza – participante –, pois ela se ancora nas experiências vivenciadas por coletivos, podendo ser realizada, associada a uma ação ou como forma de buscar solução a um problema comum emergido do cotidiano. Mais que isso, possibilita aos sujeitos da pesquisa encontrar maneiras de responder aos problemas do cotidiano com competência e criatividade, tendo como base a ação transformadora (THIOLLENT, 2011). Com tal delineamento, as ações de EPS favorecem a construção de ambientes de trabalho favoráveis e satisfatórios, pois traz subsídios à transformação nos serviços, que deixa de ser simplesmente técnico, para dar lugar à prática embasada cientificamente, que considera os usuários e valoriza os atores sociais (MARTINS, SORATTO, 2018; THUMÉ et al., 2018). As atividades de EPS representam possibilidades de mudanças do pensamento, podem modificar o modo de olhar e criar condições para o novo (VENDRUSCOLO et al., 2018).

O conceito de EPS é polissêmico mas, na maioria das vezes, compreendida pela concepção de práticas educativas, utilizadas para a melhoria e transformação do trabalho. Acredita-se que a EPS envolve uma prática de mudanças do processo de trabalho dos próprios sujeitos e de suas relações (PINTO, 2016). Portanto, a adoção de estratégias de EPS é uma tática positiva à concretização das mudanças nas práticas de saúde, pela qual é possível alcançar a melhoria da qualidade dos serviços (VIANA et al., 2015). Nessa lógica, reconhece-se que o fortalecimento da força de trabalho, por meio da aquisição de novos conhecimentos pressupõe a necessidade de considerar as demandas dos indivíduos participantes do cenário de atuação (SILVA, MATOS, FRANÇA, 2017).

Ainda, destaca-se a importância do empoderamento e instrumentalização dos gerentes do SUS, como forma de consubstanciar suas ações, estimular a melhoria na organização do trabalho e aumentar o potencial de tomada de decisão (CELUPPI et al., 2018). Para isso, é evidente a necessidade de identificar e avaliar os fatores que estimulam os profissionais a participarem de processos de EPS, no intuito de intensificar a participação e envolvimento de todos, além de sensibilizá-los a tomar parte das ações propostas (WEYKAMP et al., 2016). Essa aprendizagem significativa é aliada ao protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado, considerando-os como criadores em potencial das soluções aos problemas emergentes da prática, destacando a EPS como modus operandi das equipes de saúde (VENDRUSCOLO et al., 2018).

Também, cabe mencionar os limites do estudo, os quais se acredita residirem, não na oportunidade de escuta dos demais membros das equipes, mas também nos limites da criação de mais espaços de diálogo à produção de estratégias de solução dos desafios apresentados no cenário investigado.

Considerações Finais

A garantia de resolutividade implica que os gerentes de APS dominem capacidades administrativas excedentes aos saberes técnicos, tradicionalmente, utilizados na administração do Sistema, devendo alinhar-se às necessidades públicas, principalmente no que tange à qualidade dos serviços em saúde. Assim, por mais que as equipes disponham de boa infraestrutura e equipamentos, e os modelos de gestão sejam os mais contemporâneos, o excesso de rotatividade de profissionais, tanto na gerência, quanto na assistência em saúde prejudica a resolutividade do serviço, uma vez que esse recomeço constante dificulta o conhecimento sobre a realidade do território, bem como das potencialidades e dificuldades da sua equipe de trabalho.

Evidenciou-se, por intermédio deste estudo, que muitos são os desafios enfrentados por enfermeiros gerentes de ESF, sendo que nas falas dos profissionais do estudo, a avaliação da qualidade da assistência é

realizada, contudo a efetiva utilização desses dados no planejamento das ações ainda é incipiente. Iniciativas como incentivo do PMAQ-AB, pesquisas de satisfação dos usuários, gestão participativa e fortalecimento da EPS, podem ser estratégias úteis na avaliação da eficiência e resolutividade do serviço, servindo também como indicadores do desempenho do gerente.

Nessa direção, propõe-se que a qualificação dos gestores do SUS compreenda o desenvolvimento de competências administrativas de um profissional que tenha a capacidade de receber as demandas, refletir sobre elas e as transformar em projetos e ações que atendam às necessidades da população. Além disso, é um caminho profícuo à gerência o desenvolvimento de ações formativas contínuas, estratégias de desenvolvimento de competências, controle e avaliação das atividades e criação de fluxos que tragam conforto aos profissionais e que não engessem os processos de trabalho.

Por este estudo, revelaram-se gerentes potencialmente desgastados, o que reflete diretamente na insatisfação com o trabalho que, em longo prazo, torna o processo de gerência árduo. Assim, investir nesses líderes é central para qualificar a assistência prestada por eles e suas equipes.

Pode afirmar-se que a pesquisa promoveu transformações na realidade dos profissionais e nas situações vivenciadas por eles no decorrer do processo. A partir dos relatos durante as rodas de conversa, ao se perceberem como protagonistas das mudanças almejadas, notaram-se movimentos na direção do aprimoramento de diferentes capacidades, voltados ao desenvolvimento da autonomia e do empoderamento sobre as práticas gerenciais que podem contribuir à resolubilidade da APS.

Referências

AMORIM, AS.; PINTO JUNIOR, VL.; SHIMIZU, HE. **O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde**. Saúde debate [online], v. 39, n. 105, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00350.pdf. Acesso em: 12 maio 2019.

ANDRADE, LOM; BUENO, ICHC; BEZERRA, RC. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: CAMPOS, GWSC (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p.783-835

BARBIANI, R.; NORA, CRD.; SCHAEFER, R. **Nursing practices in the primary health care context: a scoping review**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], v. 24, e2721, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02721.pdf . Acesso em: 20 mai. 2019.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução: Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70/Almedina, 2016.

BERTOCINI, J; PIRES D; RAMOS, F. **Dimensões do trabalho da enfermagem em múltiplos cenários institucionais**. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva [online], v. 5, n. 1, p. 123-133, 2011. Disponível em: http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/922. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. E-GESTOR **Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica**. Relatórios públicos dos sistemas da atenção básica, 2018. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 mar. 2019.

CAVALCANTI, PC da S.; OLIVEIRA NETO, AV de; SOUSA, MF de. **Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais?** Saúde debate [online], v. 39, n. 105, p. 323- 36, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00323.pdf. Acesso em: 20 maio 2019.

CELEDÔNIO, RM et al. **Management of work in basic health units**. Journal of Nursing UFPE [online], v. 1, n. 1, p. 341-50, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11914/14402. Acesso em: 15 jan. 2019.

CELUPPI, IC. et al. **Formação de gestores: Planejamento, financiamento e regionalização do SUS**. Revista Ciência em Extensão [online], v. 14, n. 4, p.156-64, 2018. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1928. Acesso em: 15 jan. 2019.

CIAMPONE, MHT.; TRONCHIN, DMR.; MELLEIRO, MM. **planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial**. In: KURCGANT, P. (org.). Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 33- 47.

FACCHINI, LA.; TOMASI, E.; DILELIO, AS. **Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives**. Saúde debate [online], v. 42, n. spe1, p. 208-23, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf . Acesso em: 20 mai. 2019.

FERNANDES, JC; CORDEIRO, BC. **The management of basic health units from the point of view of nursing managers**. Journal of Nursing UFPE [online] v. 12, n.1, p194-202, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23311/25978. Acesso em: 20 jan. 2019.

FISCHER, SD et al. **Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde**. Tecnologias de Administração e Contabilidade [online], v. 4, n. 2, p. 117- 31, 2014. Disponível em: http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1558.pdf. Acesso em: 06 mar. 2019.

FURTADO, JP et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. Cad. Saúde Pública [online], v. 34, n. 7, p. 2-12, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00089717.pdf. Acesso em: 12 mai. 2019.

GALAVOTE, HS et al. **A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde**. Saúde soc. [online], v. 25, n. 4, p.988-1002, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf. Acesso em: 07 mai. 2019.

GUSE, C.; GOMES DC.; CARVALHO, DR. **Fatores que contribuem para a rotatividade e fidelização de profissionais de enfermagem**. Revista Saúde e Pesquisa [online], v. 11, n. 1, p.57-67, 2018. Disponível em: http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6164/3179. Acesso em: 12 mar. 2019.

LEAL, JAL; MELO, CMM de. **The nurses' work process in different countries: an integrative review**. Rev. Bras. Enferm. [online], v. 71, n. 2, p. 413-23, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/0034-7167-reben-71-02-0413.pdf. Acesso em: 31 mar. 2019.

LIMA, L dos SC. et al. **Subjectivity of the nursing workforce and the practice of adapting and improvising material**. Cienc Cuid Saúde [online], v. 15, n. 4, p.685-92, 2016. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31555/18451. Acesso em: 20 de apr. 2019.

LORENZETTI, J et al. **Health management in Brazil: dialogue with public and private managers**. Texto contexto enferm. [online], v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/0104-0707-tce-23-02-00417.pdf . Acesso em: 16 mai. 2019.

MACHADO, MH et al. **Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares**. Enfermagem em Foco [online] v. 7, p. 15-34, 2016. Edição especial. Disponível em: revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/687/297. Acesso em: 19 mar. 2019.

MARTINS; C., SORATTO, MT. **Desafios enfrentados pelos enfermeiros para implementação da educação permanente em saúde na estratégia saúde da família**. Revista Inova Saúde [online], v.8, n.2, p. 16-39, 2018. Disponível em: http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/3000. Acesso em: 20 mai. 2019.

PINTO, HA. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar**. In: GOMES, LB; BARBOSA; MG; FERLA, AA. (orgs). A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 23-65, parte I. Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas. Acesso em: 15 mar. 2019.

PIRES, DA. **Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho**. Rev. bras. enferm. [online], v. 62, n. 5, p. 739-44, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf. Acesso em: 26 abr. 2019.

ROCHA, EMS. et al. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: ambiguidades no discurso oficial**. Rev Bras Pesqui Saúde [online], v. 18, n. 1, p. 21-35, 2016. Disponível em: http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15127/10708. Acesso em: 20 mai. 2019.

SILVA, K.; MATOS, JAV.; FRANCA, BD. **The construction of permanent education in the process of health work in the state of Minas Gerais, Brazil**. Esc. Anna Nery [online], v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0060.pdf. Acesso em: 19 mai. 2019.

SORATTO, J et al. **Family health strategy: a technological innovation in health**. Texto & Contexto Enfermagem [online], v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00584.pdf. Acesso em: 22 mai. 2019.

SOUZA, IAS et al. **Work process and its impact on mental health nursing professionals**. Acta paul. enferm. [online], v. 28, n. 5, p.447-53, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/en_1982-0194-ape-28-05-0447.pdf. Acesso em: 23 abr. 2019.

THIOLENTT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THUME, E et al. **Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde**. Saúde debate [online], v. 42, n. esp., p.275-88, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0275.pdf. Acesso em: 16 mai.2019.

TRINDADE, LL.; PIRES, DEP. **Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde**. Texto & Contexto Enfermagem [online], v. 22, n. 1, p.36-42, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf. Acesso em: 02 jan. 2017.

TONHOM, SF da R.; MORAES, MAA de; PINHEIRO, OL. **Nurse's training centred on professional practice:**

perception of students and professors. Rev. Gaúcha Enferm. [online], v. 37, n. 4, p.1-7, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160463782.pdf. Acesso em: 05 mai. 2019.

WEYKAMP, JM et al. **Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem**. Revista de Enfermagem da UFSM [online], v. 6, n. 2, p. 281-89,2016. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16754/pdf. Acesso em: 01 mar. 2018.

VENDRUSCOLO, C et al. **Rethinking the Health Care Model through the reorientation of training**. Rev. Bras. Enferm. [online], v. 71, supl. 4, p. 1580-8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/0034-7167-reben-71-s4-1580.pdf. Acesso em: 19 mai. 2019.

VIANA, DM. et al. **A educação Permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família**. Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro, [online], v. 5, n. 2, p. 1658-68, 2015. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/470/868. Acesso em: 16 dez. 2018.

PARTE II – ESTUDOS, ENVOLVENDO CUIDADO E TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Capítulo 4

Riscos Ocupacionais da Atividade Leiteira: Observações e Registros pela Lente da Enfermagem

Vanesa Nalin Vanassi
Lucimare Ferraz
Lenita de Cássia Moura Stefani
Marta Kolhs
Leticia de Lima Trindade

Introdução

Atualmente, há grande discussão nos setores de saúde e educação em relação à saúde do trabalhador. Políticas públicas de saúde são frequentemente aperfeiçoadas para auxiliar no planejamento de ações preventivas aos agravos e promoção à saúde do trabalhador (COIMBRA JUNIOR, 2018).

No que diz respeito ao meio rural, evidencia-se que o trabalhador necessita desenvolver atividades laborais que exigem grande esforço físico, exposição a intempéries, trabalho exaustivo e sem horário pré-estabelecido, além da exposição a agentes biológicos (DALMAZ, HIDALGO, NUNES, 2018). Os riscos ocupacionais estão presentes no ambiente de trabalho dos agricultores, gerando perigo à saúde, que vai de danos leves até a morte (CANGUSSU, MICHALOSKI, 2015).

Para melhor definir, risco é toda e qualquer situação que expõe o indivíduo a uma ameaça física para ele mesmo ou para o meio ambiente onde está inserido (REIS, 2012). Nesse sentido, identifica-se a constante exposição do trabalhador rural aos riscos ocupacionais, próprios do ambiente de seu trabalho, facilitando o contato com agentes químicos, físicos, biológicos e, ainda, estando sujeito a acidentes e traumas psicológicos (MOREIRA et al., 2015).

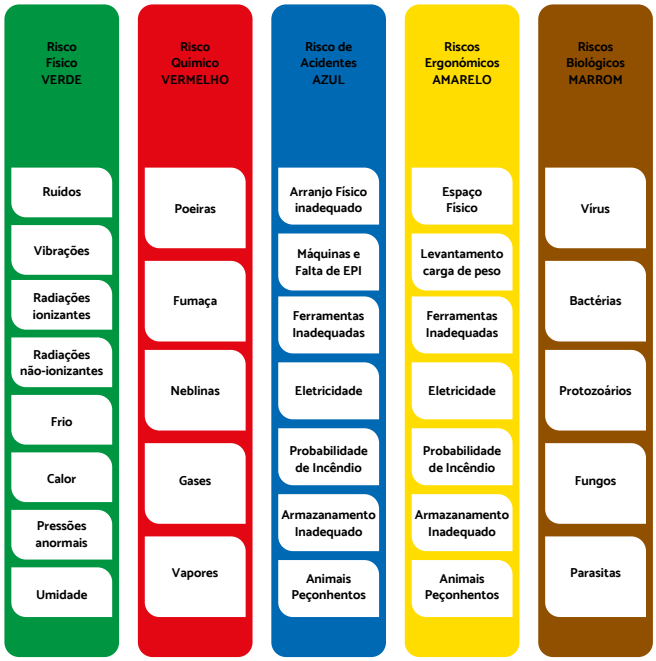
Ressalta-se que independentemente do setor, o trabalhador deve ser acompanhado, estando assegurado dos riscos presentes no ambiente. Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) auxilia na

aplicação e desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade, decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

De acordo com o Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT), em 2017, foram registrados 450.614 acidentes de trabalho no Brasil; no estado de Santa Catarina, no mesmo ano, esse número alcançou 36.318 acidentes de trabalho (BRASIL, 2017). Pensando nisso, é imprescindível que os profissionais de saúde identifiquem os riscos ocupacionais da população assistida, promovendo orientações que estabeleçam meios de proteção e o autocuidado do trabalhador (CARNEIRO, JUNIOR, MONTANARI, ÁVILA, 2018).

Para tornar possível o reconhecimento dos riscos ocupacionais, é necessário identificar os elementos de exposição de cada risco. Na Figura 1, apresentam-se os riscos físicos, químicos, acidentes e ergonômicos e biológicos, segundo cores pré-estabelecidas pela Norma Regulamentadora (NR) 9 (REIS, 2012).

Figura 1 - Classificação dos riscos ocupacionais segundo a NR 09 do Brasil



Fonte: Os Autores (2019). Elaboração baseada em Reis (2012).

Considerando a exposição do trabalhador a condições inadequadas, muitas vezes insalubres, presentes no cotidiano dos trabalhadores rurais, o que contribui para o adoecimento, tem-se, neste trabalho, o objetivo de identificar os riscos ocupacionais presentes na atividade leiteira.

Metodologia: retratando a realidade

Trata-se, aqui, de um estudo descritivo, construído a partir da realização de observações estruturadas não participantes no período de novembro a dezembro de 2018. As observações permitem a identificação dos locais e situações de risco, por meio de fotos e análise dos locais de trabalho (MINAYO, 2014). Foram visitadas quatro famílias de trabalhadores rurais, selecionadas a partir de sorteio aleatório dentre as 34 propriedades rurais do município de Chapecó (SC), atuantes na atividade leiteira, onde o estudo foi feito.

As observações dos locais de trabalho foram realizadas por meio de visitas, previamente, agendadas e efetuadas por volta das 16h, tendo duração média de três horas cada. Ao entrar na propriedade, foi solicitado ao trabalhador rural que demonstrasse suas atividades, desde o trajeto até o estábulo, as instalações, os equipamentos e o manejo com os animais. Todo o processo de desenvolvimento do trabalho na atividade leiteira foi observado com o auxílio de roteiro prévio, que permitiu a organização e identificação dos riscos presentes nas propriedades. Além das anotações no roteiro, as informações foram registradas por meio de fotografias e no diário de campo, reunindo apontamentos e percepções da pesquisadora.

As informações obtidas neste estudo são apresentadas através de narrativa. Segundo Souza e Cabral (2015), as narrativas são instrumentos que permitem ao profissional descrever suas observações e percepções a respeito de determinado tema.

Todos os registros foram realizados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações. Além disso, seguiram-se todos os cuidados éticos preconizados pela Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normativas à realização da pesquisa, envolvendo seres humanos. Assim, a pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Udesc, via Plataforma Brasil, obtendo a liberação por meio do Parecer nº 2.812.402 em 10 de agosto de 2018.

Resultados: apresentando a realidade

Após a realização das visitas e observações, foram registrados, por intermédio de fotografias, os riscos presentes no processo de trabalho na atividade leiteira e a exposição do trabalhador rural. No dia a dia, o trabalhador rural, no seu processo de trabalho na atividade leiteira, expõe-se a riscos que podem ocasionar alterações em sua saúde. A seguir, apresentam-se fotos e contextualização dos riscos químicos, físicos, de acidentes, ergonômicos e biológicos, identificados nas propriedades visitadas eobservadas.

Riscos químicos

Identificou-se a exposição a produtos químicos utilizados na higienização de estábulos, equipamentos de ordenha e no próprio manejo com os animais quando antecede a ordenha. Os produtos utilizados nessas atividades laborais possuem compostos ácidos e alcalinos, altamente corrosivos e insalubres se usados sem proteção adequada (Figura 2).

Figura 2 - Registro fotográfico de risco químico em propriedades rurais de Chapecó (SC)

Fonte: Registro fotográfico dos Autores (2019)

Riscos físicos

O desenvolvimento do processo e o manejo com os animais na atividade leiterira faz com que o trabalhador se exponha às intempéries, classificadas de riscos fisicos, dentre os quais estão: sol, chuva, poeira, entre outras. Além disso, as propriedades que possuem equipamentos mais modernos, ainda que auxiliem na atividade, possuem motores que causam ruídos intensos próximo às instalações (Figura 3).

Figura 3. Registro fotográfico de risco físicos em propriedades rurais de Chapecó (SC)

Fonte: Registro fotográfico dos Autores (2019)

Riscos de acidentes

As propriedades visitadas estão localizadas em uma região de terrenos íngremes, apresentando, muitas vezes, cascalhos ou córregos próximos, prejudicando a locomoção e se tornando grande risco aos acidentes de percurso. Outra observação importante está relacionada às instalações; em alguns casos, são antigas, demandando cuidados por apresentarem desníveis, excesso de materiais sem utilidade, desorganização nos ambientes, pisos escorregadios e instalações elétricas com falhas (Figura 4). Todas essas questões geram danos, caso não observadas e, não raramente, os próprios trabalhadores não se dão conta da exposição e da necessidade de manutenção dos locais de trabalho ou do uso de meios de proteção.

Figura 4. Registro fotográfico de risco de acidentes em propriedade rurais de Chapecó (SC)

Fonte: Registro fotográfico dos autores (2019).

Riscos ergonômicos

No que diz respeito aos riscos ergonômicos, observa-se que os trabalhadores não desenvolvem suas atividades mantendo postura adequada. Nas propriedades onde o processo é realizado de modo manual, há apenas um banco improvisado, com desnível de solo para seu posicionamento. Nas propriedades em que a ordenha é mecanizada, não há como sentar, sendo que o trabalhador permanece todo o tempo em pé ou agachado para realizar o trabalho. Nos dois casos, o trabalhador mantém postura desalinhada, além do transporte de peso em excesso (Figura 5).

Figura 5. Registro fotográfico de risco ergonômico em propriedades rurais de Chapecó (SC)

Fonte: Registro fotográfico dos Autores (2019).

Riscos biológicos

Em relação aos riscos biológicos, ressalta-se o contato direto com os animais no manejo à ordenha, no parto dos animais, quando o trabalhador entra em contato com restos placentários, bezerro e ou feto (casos de aborto), na maioria das vezes, sem uso de luvas ou equipamento de proteção. Na aplicação de vacinas, tanto pelo risco de se picar com as agulhas (secreções) quanto pela autoinoculação ao abrir os frascos. Há o risco indireto, que é pela ingestão de produtos derivados dos animais, como leite e carnes cruas (Figura 6).

Figura 6. Registro fotográfico de risco biológico em propriedade rurais de Chapecó (SC)

Fonte: Registro fotográfico dos Autores (2019).

Discussão: influência dos riscos ocupacionais à saúde humana

Os riscos ocupacionais interferem diretamente na saúde do trabalhador rural. Por meio dos registros fotográficos, obtiveram-se evidências acerca dos possíveis locais onde os riscos são encontrados, permitindo diferenciá-los e os descrever para melhor compreensão. Esses riscos são preocupantes à sociedade rural, sendo descritos como tema primordial nas abordagens de promoção e prevenção da saúde dessa categoria de trabalhadores (VIEIRA et al., 2018).

Dada a importância de equacionar os dados encontrados com a oferta de serviços capazes de resolver a demanda encontrada, pretende-se que este trabalho seja levado em consideração frente ao mapeamento do território em questão como amostra significativa da população total das comunidades estudadas (ANDRIOLA, ARAUJO, 2018). Pretende-se, portanto, a repercussão das ações sobre o tema, servindo de alerta à problemática da brucelose e tuberculose humana e de suas formas de prevenção, seus sintomas e tratamentos e, potencialmente, sirva de piloto às ações futuras frente a essa temática difícil e importante (GRISSOTTI, 2016).

Os riscos químicos estão presentes pelo intenso contato com produtos na limpeza das instalações, na ordenha e manutenção dos estábulos. Eles são representados pelas substâncias químicas, diariamente, utilizadas nas atividades da propriedade rural e se apresentam na forma de poeiras, gases, fumaça, vapores, névoas e neblinas que, quando absorvidas pelo organismo, produzem reações tóxicas e danos à saúde (REIS, 2012). Há quatro vias de penetração de substâncias químicas no organismo, de acordo com Perlroth e Branco (2017): vias aéreas – inalação nasal e pulmonar; via dérmica – absorção pela pele; via oral – ingestão; via ocular – contato com os olhos.

Em relação aos riscos físicos, destacam-se a exposição aos raios solares, as variações térmicas e as intempéries, sendo provocados pela utilização do corpo e dos sentidos na realização das atividades principais e dependem do tempo que o trabalhador fica exposto, da intensidade e da sensibilidade que possui. Além disso, a maneira pela qual o local de trabalho está organizado pode acarretar problemas à saúde do trabalhador, pela umidade e presença de radiações não ionizantes (REIS, 2012). Na atividade leiteira, em especial, o trabalhador está exposto a diversos riscos físicos; os equipamentos utilizados para o manejo e controle do trabalho geram ruídos e vibrações. Na sala de ordenha, o risco físico é procedente da ordenhadeira, que gera ruídos inadequados à audição. Ainda, pode citar-se a umidade do ambiente e a exposição solar (CANGUSSU, MICHALOSKI, 2015).

Os riscos de acidentes na atividade leiteira são relacionados ao ambiente em que o trabalhador rural está inserido. A presença de degraus edepressões, pisos escorregadios, equipamentos utilizados no manejo com animais, declives e falta de manutenção das instalações, dizem respeito a fatores que envolvem a integridade física e põem o trabalhador em perigo. São originários de máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas manuais inadequadas, descargas echoques elétricos, animais peçonhentos e acidentes causados pelo manejo inadequado dos animais. As lesões decorrentes desses acidentes podem ser cortes, lacerações, fraturas, traumas, queimaduras, contusões, escoriações, amputações de membros superiores e inferiores, dentre outros danos ao corpo, podendo, em casos extremos, levar ao óbito (REIS, 2012).

No que diz respeito aos riscos ergonômicos, destaca-se a forma como a atividade é desenvolvida, a disposição dos equipamentos no estábulo ou o tempo de permanência na mesma posição. Os riscos ergonômicos têm relação ao modo como o trabalhador realiza suas atividades, o que pode alterar sua integridade física ou psicológica, por conta de esforços físicos, postura inadequada, jornada de trabalho prolongada, repetitiva e intensa na execução de suas atividades. Durante seu trabalho na ordenha ou no manuseio com os animais, geralmente, o trabalhador adota a postura

em pé, transportando manualmente as cargas, postura inadequada ao acessar os tetos durante a ordenha, com agachamento, jornada de trabalho prolongada e ambientes mal iluminados (BRASIL, 2014).

Além disso, a exposição aos riscos biológicos gera grande preocupação pelo intenso crescimento das doenças zoonóticas, principalmente brucelose e tuberculose humana. Essas zoonoses são transmitidas pelo contato direto (pelas secreções placentárias) ou indireto (pela ingestão de derivados animais) com os animais no processo de trabalho da atividade leiteira. Parasitas, bactérias, fungos, vírus e outros microrganismos são considerados riscos biológicos. São capazes de provocar doenças no trabalhador pelo contato, devido à contaminação. A exposição aos riscos biológicos é constante e dificilmente levada em consideração, especialmente no momento da manipulação do sêmen de animais, placenta ou, até mesmo, no período da produção e ingestão de leite e derivados (BAUMGARTEN et al., 2016).

Quanto à atividade leiteira, destacam-se ainda as doenças zoonóticas – brucelose e tuberculose humana, as quais geram tanto problemas econômicos pela perda do rebanho e baixa produtividade, quanto complicações à saúde do trabalhador rural, levando a danos, muitas vezes, irreversíveis (TODESCHINI et al., 2018).

Identifica-se que a contaminação por materiais biológicos se dá em virtude do contato com os animais. Desse modo, há grande relação às doenças como brucelose e tuberculose humana, ambas de transmissão animal-humano (TODESCHINI et al., 2018).

De modo geral, a exposição aos riscos gera danos à saúde do trabalhador. Dentre as principais doenças ocupacionais presentes no ambiente rural, relacionam-se as condições psicológicas, principalmente o trabalho exaustivo, estresse intenso e a falta de descanso (CARNEIRO, MUELLER, 2018). Além disso, as doenças osteomusculares apresentam grande incidência no meio rural, sobretudo na atividade leiteira, pela postura inadequada e pelos acidentes relacionados ao processo de trabalho inadequado (TEIXEIRA et al., 2019).

Pensando na redução dos danos à saúde, é necessário que o trabalhador rural seja capacitado de maneira correta para o uso dos EPIs. Normalmente, os EPI mais utilizados nas atividades rurais são luvas, aventais, botas, calças compridas e boné, sendo usados desde o manejo no momento do parto dos animais até a manipulação dos derivados animais para consumo (VELOSO, 2014).

Vale ressaltar que todos os meios de prevenção e promoção da saúde, relacionados aos riscos ocupacionais devem ser de conhecimento dos profissionais da saúde. Por meio de visitas, eles devem conhecer as vulnerabilidades presentes em seu território, permitindo a identificação dos principais riscos nas atividades laborais prevalecentes e intervir sempre que necessário (CARNEIRO JUNIOR, MONTANARI, ÁVILA, 2018).

Considerações Finais: uma proposta de intervenção

Após as visitas e observações nas propriedades rurais, foi possível registrar a existência de riscos químicos, físicos, de acidentes, ergonômicos e biológicos no processo de trabalho na atividade leiteira, interferindo diretamente na saúde do trabalhador rural.

Por meio da realidade apresentada neste estudo, o profissional de enfermagem, responsável pelo trabalho multiprofissional da equipe que coordena, deve buscar o desenvolvimento das atividades intersetoriais com órgãos sanitários e outros relacionados à agricultura, promovendo estratégias à implementação de ações em saúde do trabalhador.

Destaca-se que as ações direcionadas ao trabalhador rural devem ser desenvolvidas visando à prevenção de doenças e promoção da saúde e de ambiente adequados e seguros à realização das atividades laborais na agricultura. Para tanto, propõe-se o desenvolvimento de educação permanente nos serviços de saúde do meio rural, bem como a construção de tecnologias educativas e cuidativas, como guias, cartilhas, aplicativos, telecursos, entre outros.

Portanto, é importante o trabalho conjunto com os demais setores agrícolas e sanitários, promovendo ações em saúde a partir de ações intersetoriais e multiprofissionais.

Referências

ANDRIOLA, WB.; ARAÚJO, AC. **Uso de indicadores para diagnóstico situacional de Instituições de Ensino Superior**. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 26, n. 100, p. 645-663, jul./set. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-40362018002601062. Acesso em: 29 jan. 2019.

BAUMGARTEN, KD et al. **Prevalência e fatores de risco para brucelose bovina no estado de Santa Catarina, Brasil**. Semina: ciências agrárias, londrina, [online], v. 37, n. 5, suplemento 2, p. 3425-3436, 2016. Disponível em: http://www.cidasc.sc.gov.br/defesasanitariaanimal/files/2017/01/Prevalence-and-risk-factors-for-bovine-brucellosis-in-the-State-of-Santa-Catarina-Brazil.pdf. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2017**. Brasília: MF, 2017. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/ 2018/09/AEAT-2017.pdf. Acesso em: 15 mar. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/ prt1823_23_08_ 2012.html. Acesso em: 16 mai.de 2018.

_____. Ministério do Trabalho. Portaria MTE n.º 1.134, de 23 de julho de 2014. Altera a NR 6 – **Equipamento de Proteção Individual – EPI**. Brasília: MTE, 2014. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-06.pdf/. Acesso em: 16 mai.2018

CANGUSSU, LO.; MICHALOSKI, AO. **Levantamento dos riscos ambientais na pecuária leiteira no Brasil**. Espacios, [online], v. 36, n. 9, 2015. Disponível em: http://www.revistaespacios.com/a15v36n09/15360915.html. Acesso em: 20 jan. 2018.

CARNEIRO JUNIOR, N.; MONTANARI, PM.; ÁVILA, LK. de. **Educação interprofissional em saúde na integração ensino e trabalho: apontamentos e contribuições da professora Regina Marsiglia para esse campo.** Saúde Soc. [on-line] São Paulo, v. 27, n. 4, p.976-9, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-976.pdf. Acesso em: 12 de set de 2019.

CARNEIRO, L.; MUELLER, AA. **Estresse ocupacional: percepção e atuação dos agentes públicos em centros de referência em Saúde do trabalhador do Rio Grande do Sul – Brasil**. Revista Caribeña de Ciencias Sociales [online], 2018. Disponível em: https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/09/estresse-ocupacional.html. Acesso em: 12 de set de 2019.

COIMBRA JUNIOR, CEA. **Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual**. Rev Saude Publica [online], v. 52, supl. 1, p.1s-3s, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s1/pt_0034-8910-rsp-52-s1-S1518-52-8787201805200osupl1ap.pdf. Acesso em: 20 já. 2018

DALMAZ, DSS.; HIDALGO, AM.; NUNES, CA. **A proposta de desenvolvimento rural e de educação da fao nos anos 1950 e na atualidade: forjando consensos como disfarce social**. Educ. rev. [online], v. 34, p. 1-24, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/edur/v34/1982-6621-edur-34-e177436.pdf . Acesso em 07 jul. 2018.

GRISOTTI, Márcia. **Governança em saúde global no contexto das doenças infecciosas emergentes**. Civitas, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 377-398, jul.-set. 2016. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/23418/15053. Acesso em: 16 de jul de 2019.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, JP de L. et al. **A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil**. Cad. Saúde Pública [on-line] v. 31, n. 8, p. 1698-708, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1698.pdf . Acesso em: 7 jul. 2018.

PERLROTH, NH; BRANCO, CW. **Current knowledge of environmental exposure in children during the sensitive developmental periods**. J Pediatr [on-line], v. 93, n.1, p. 17-27, 2017. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755716302352. Acesso em: 6 jun. 2019.

REIS, RS. **Segurança e saúde no trabalho: normas regulamentadoras.** 10. ed. 2. reimp. São Caetano do Sul: Yendis, 2012.

SOUZA, MG da S.; CABRAL, CL de O. **A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação dos professores**. Horizontes [online], v. 33, n. 2, p.149-58, 2015. Disponível em: https://revistahorizontes.usf.edu.br/horizontes/article/view/149. Acesso em: 12 de set. de 2019.

TEIXEIRA, EP et al. **Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro**. Fisioter. Pesqui. [online], v. 26, n. 1, p.85-90, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/fp/v26n1/2316-9117-fp-26-01-85.pdf . Acesso em: 13 abr. 2019.

TODESCHINI, B et al. **Ocorrência de brucelose e tuberculose bovinas no Rio Grande do Sul com base em dados secundários**. Pesquisa Veterinária Brasileira, v. 38, n. 1, p. 15-22, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-736X2018000100015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 de set. de 2019.

VELOSO, FP. **Prevalência e fatores de risco da tuberculose bovina no Estado de Santa Catarina**. 2014, 31p. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

VIEIRA, CK et al. **Caracterização do trabalho rural e os riscos ocupacionais suscetíveis na agropecuária**. Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão [online], v. 6, n. 1, p. 22-9, 2018. Disponível em: http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/eletronica/article/view/7971/pdf_179. Acesso em:13 abr. 2019

Capítulo 5

Atenção Primária à Saúde nos Casos de Intoxicação por Agrotóxicos: Uma Revisão Narrativa da Literatura

Adriane Karal
Tavana Liege Nagel Lorenzon
Dara Montag Portaluppi
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Leila Zanatta

Introdução

Atualmente, a temática que envolve a utilização de agrotóxicos tem causado diversas discussões, principalmente no campo da saúde, o que torna relevante abordar o assunto e buscar enfatizar as ações desenvolvidas na área de Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de promover saúde ou reduzir danos frente aos casos de intoxicação por agrotóxicos.

Os agrotóxicos, definidos pela Lei nº 7.802 de 11 de julho de 1989, como produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, têm a finalidade de alterar a composição da flora ou da fauna, preservando-a da ação danosa de seres vivos considerados nocivos e, também, são substâncias e produtos utilizados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores do crescimento (BRASIL, 2017). São utilizados em diversas atividades e em grande escala pelos setores produtivos, sendo mais intensamente pelo setor agropecuário. Sua utilização no Brasil acompanha o desenvolvimento histórico da produção agrícola, iniciada na década de 1940. Atualmente, considerando seu modelo econômico e agroexportador, o Brasil está entre os países que mais utilizam agrotóxicos (SANTANA et al., 2016).

Em 2010, o mercado nacional movimentou 19% do mercado global de agrotóxicos, considerado o maior mercado mundial de agrotóxicos (BRASIL, 2016a). No entanto, segundo a Food and Agriculture Organization of the Unitad Nations (FAO), o Brasil se encontra

em 44º lugar num ranking mundial sobre consumo de agrotóxicos, se considerarmos o volume de agrotóxicos por área cultivada (FAO, 2019).

Frequentemente, os agrotóxicos podem ser encontrados nas casas, locais de trabalho, escolas e na comunidade em geral, no ar, água e solo, expondo o ser humano ao contato direto com estas substâncias em diversas situações (CAMPONOGARA et al., 2017). Constituindo, assim, um risco à saúde devido a exposições, principalmente durante o manuseio, e essa exposição representa causa de morbidade e mortalidade mundial, em especial, nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde a situação se agrava devido à utilização de quantidades cada vez maiores de agrotóxicos por hectares (CEZAR-VAZ et al., 2016).

Os agrotóxicos estão entre os produtos com fatores de risco mais relevantes para a saúde dos trabalhadores rurais e ao meio ambiente (VIERO et al., 2016). No Brasil, o consumo vem crescendo desde 2009, sendo que os herbicidas são a classe de agrotóxicos mais utilizados no país atualmente (BRASIL, 2019a).

Paralelamente, no período de 2007 a 2015, o Brasil teve um crescente aumento no número de notificações de intoxicação por agrotóxicos, com acréscimo de 139% das notificações e o total acumulado de 84.206 casos notificados nesse período. Provavelmente, esse aumento é devido ao aumento de comercialização dos agrotóxicos e à melhoria da vigilância e da assistência à saúde em identificar, diagnosticar e notificar os casos (BRASIL, 2018a). Apesar disso, sabe-se que no Brasil muitos casos de intoxicação são subnotificados (CASSAL et al., 2014). A morbidade registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) deriva de rede sentinela, definida a partir da Portaria nº 777/2004. Ou seja, há uma limitação derivada da abrangência da rede de notificação, e do fato de a implantação das rotinas de registro dos casos ser muito recente.

No caso das intoxicações, a dificuldade de acesso dos agricultores às unidades de saúde, bem como de diagnóstico e estabelecimento da relação com o trabalho são algumas das barreiras à determinação de um perfil mais próximo da real situação de saúde (BRASIL, 2014). Para Santana et al., (2016), as pesquisas sobre impacto dos agrotóxicos sobre a saúde humana cresceram, mas ainda são insuficientes para reconhecer a extensão da carga química de exposição ocupacional causadora de danos à saúde.

Diante do contexto apresentado, objetiva-se, neste estudo, (re)conhecer a literatura sobre agrotóxicos na Atenção Primária à Saúde (APS), por ser ponto de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), exercendo papel fundamental na identificação e diagnóstico de intoxicações por agrotóxicos, bem como na realização de ações de prevenção e promoção, além de tratamento na competência de APS.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo revisão narrativa que, de acordo com Mattos et al., (2015), é apropriada para discutir o estado da arte de determinado assunto, tendo o propósito de fundamentar teoricamente determinado objetivo. Para tanto, as revisões narrativas não adotam os critérios a priori para a seleção das publicações. Tratam-se, basicamente, da interpretação da literatura existente de um determinado assunto, de acordo com a análise crítica e pessoal do autor. Este estudo teve como fontes de pesquisa: livros, artigos científicos, teses e dissertações, documentos legais e informes técnicos que abordassem sobre o tema proposto aqui. A busca foi iniciada em dezembro de 2018 e finalizada em julho de 2019.

Contextualização histórica do uso e intoxicação por agrotóxicos

No Brasil, muitos dos agrotóxicos passaram a ser utilizados na agricultura após a Segunda Guerra Mundial, em vista de um novo mercado para as indústrias de armamento químico (TAVEIRA, ALBURQUERQUE, 2018). Em 1930, mediante a descoberta da toxicidade dos organofosforados, essas substâncias passaram a ser usadas na Segunda Guerra Mundial com finalidade bélica. Atualmente, essa classe de inseticidas é de grande relevância à saúde pública pela elevada toxicidade (CARNEIRO et al., 2015).

Os agrotóxicos foram inicialmente utilizados em programas de saúde pública no combate a vetores e controle de parasitas, passando a ser empregados mais intensamente na agricultura, a partir da década de 1960 (SILVA et al., 2015). Já, na década de 1970, a política de crédito agrícola condiciona o agricultor a comprá-los com recursos do crédito rural, ao ser instituída a inclusão de uma cota definida de agrotóxicos para cada financiamento requerido. Historicamente, observa-se que, desde então, a utilização dos agrotóxicos se intensifica juntamente aos danos à saúde da população e do meio ambiente (ALMEIDA et al., 2017).

Entretanto, apenas em 11 de julho de 1989 foi sancionada a Lei nº 7.802, conhecida por Lei dos Agrotóxicos que dispõe, entre outros assuntos, sobre a produção, embalagem, comercialização, utilização, destino final dos resíduos e embalagens, a classificação, o registro, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos (BRASIL, 2017).

O uso de agrotóxicos tem se difundido na agricultura, principalmente, nos últimos 30 anos e se expandindo rapidamente na última década, num ritmo de crescimento maior que o dobro do apresentado pelo mercado global (CARNEIRO et al., 2015; CARGNIN, ECHER, SILVA, 2017). Cargnin, Echer e Silva (2017)

afirmam que, desde 1993, o Brasil é o maior exportador mundial de tabaco e segundo maior produtor, o que fortalece a afirmativa de que o uso de agrotóxicos ocorre em grande escala no país, uma vez que a garantia da qualidade é dada pela intensa utilização dos agrotóxicos.

Segundo Cargnin, Echer e Silva (2017), o Brasil ocupa desde 2008 o primeiro lugar no ranking de consumo de agrotóxicos no mundo, e se estima que dois terços desses agrotóxicos sejam utilizados na agricultura, embora não seja o principal produtor agrícola mundial (VIERO et al., 2016). Por outro lado, a FAO publicou recentemente um documento que apresenta o Brasil em 44º num ranking que considera o consumo de agrotóxico por área cultivada (FAO, 2019). Apesar das diferentes formas de análise da quantidade consumida destes produtos químicos no Brasil, a preocupação deveria estar voltada aos trabalhadores e população geral que estão expostos a essas substâncias tóxicas, visto que o uso abusivo desses produtos coloca em risco a saúde da população, dos agricultores e a contaminação do meio ambiente, destruindo a fauna e a flora (BRASIL, 2017).

Em 2010, o mercado nacional movimentou 19% do mercado global de agrotóxicos, considerado o maior mercado mundial de agrotóxicos, ultrapassando os Estados Unidos, que movimentou 17% do mercado mundial (BRASIL, 2016a). Nota-se um aumento importante no comércio de agrotóxicos no país no período de 2007 a 2014, representando um crescimento de 149,14% (BRASIL, 2018a).

O aumento no uso de agrotóxicos em território nacional só tende a crescer. Há diversas propostas de Projeto de Lei (PL) no Congresso Nacional (Almeida et al., 2017); uma delas é o PL nº 6.299 de 2002, que pretende alterar a Lei dos agrotóxicos nº 7.802 de 1989 e flexibilizar o sistema normativo e regulatório dos agrotóxicos no Brasil. Essas mudanças refletirão na redução de custos de produção, mas também na saúde da população e do meio ambiente (FRIEDRICH et al., 2018). Entre os retrocessos com a aprovação do PL, estão a venda de produtos proibidos em outros países, a produção em território brasileiro de substância tóxica sem registro, a prescrição preventiva. Além disso, deixam de ser proibidos agrotóxicos cancerígenos, que levam à mutação do material genético, malformações fetais e problemas hormonais e reprodutivos (FRIEDRICH et al., 2018). Outro ponto está em considerar apenas um órgão responsável pelo registro, que é o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) (FRIEDRICH et al., 2018), sem necessidade de ser avaliado por órgãos da saúde e do meio ambiente (RIGOTTO, VASCONCELOS, ROCHA, 2014).

A crescente comercialização de agrotóxicos no país é acompanhada pelo aumento de registros de intoxicações relacionadas a essas substâncias (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b). Desde 2004, a notificação compulsória de intoxicação por substância química, entre elas os agrotóxicos, é obrigatória. A partir de 2016, atribuiu-se o caráter imediato, ou seja, a notificação de intoxicação exógena deve ser realizada dentro das primeiras 24 horas nos casos de surto, agregação de casos ou óbitos (BRASIL, 2018a).

No período de 2007 a 2015, foram notificados 84.206 casos de intoxicação por agrotóxico no Brasil, sendo que 42,1% tiverem como agente tóxico os raticidas, 36,5% outros agrotóxicos de uso agrícola, 11,4% agrotóxicos de uso domésticos, 8% por produtos veterinários e 2% por agrotóxicos de uso em saúde pública (BRASIL, 2018a). Entretanto, deve ser levado em consideração o sub-registro das notificações das intoxicações, sendo esta uma das vulnerabilidades, entre outras relativas ao controle e monitoramento do uso de agrotóxicos no país (CARNEIRO et al., 2015).

As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, para cada evento de intoxicação notificado, há 50 não notificados (CARNEIRO et al., 2015). Portanto, a informação e o preparo dos sistemas de saúde locais contribuem para que casos de intoxicação não passem despercebidos, gerando subnotificações e complicações à saúde do trabalhador (SANTANA et al., 2016).

Havendo o intuito de conhecer e detectar as mudanças dos fatores condicionantes e determinantes do meio ambiente que afetam a saúde humana, especificadamente os agrotóxicos, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu em 2012 a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA); a partir disso, diversas atividades foram incrementadas, como informes unificados, grupo de trabalho, diretrizes e instrumento operacional, relacionados a essa temática (BRASIL, 2017).

Considerando-se a exposição humana aos agrotóxicos um problema de saúde pública (BRASIL, 2018a), a VSPEA mostrou-se ser instrumento de promoção da qualidade de vida e redução, controle ou eliminação das vulnerabilidades e dos riscos à saúde de populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos, partindo de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças relativas à intoxicação por agrotóxicos, de vigilância e atenção integral à saúde (BRASIL, 2017).

Classificação dos agrotóxicos

Há grande diversidade de produtos químicos autorizados pelo MS e registrados no MAPA. Segundo Carneiro et al., (2015), em 2015, eram cerca de 460 ingredientes ativos, 750 produtos técnicos e 1400 formulações de agrotóxicos. Atualmente, esse número é de aproximadamente 2300 produtos registrados

(BRASIL, 2019b) e tende a aumentar, pois o MAPA autorizou o registro de mais de duzentos agrotóxicos, apenas nesse ano, crescendo ainda mais o risco de exposição da população a esses produtos (BRASIL, 2019c).

Diante da vasta quantidade de formulações químicas, faz-se importante conhecer a classificação dos agrotóxicos quanto a sua ação e ao grupo químico a que pertencem, o que se torna útil no diagnóstico das intoxicações e instituição de tratamento específico. Sendo assim, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) classifica os agrotóxicos como inseticidas, os produtos que possuem ação de combate a insetos, larvas e formigas; fungicidas, combatem fungos e herbicidas, combatem ervas daninhas (SILVA et al., 2015). Outros grupos compreendem: os raticidas, utilizados no combate dos roedores; acaricidas, utilizados para o combate de ácaros diversos; nematicidas, possuem ação contra nematoides; molusquicidas, combatem moluscos (basicamente contra o caramujo da esquistossomose) e fumigantes, possuem ação de combate a insetos e bactérias (WAHLBRINCK, BICA, REMPEL, 2017).

Os agrotóxicos também podem ser classificados quanto ao seu poder tóxico, o que é fundamental para o conhecimento de efeitos sobre o organismo humano. Por determinação legal, todos os produtos devem apresentar, nos rótulos, uma faixa colorida indicativa de sua classe toxicológica. No Brasil, essa classificação é feita pelo MS, sendo: classe I extremamente tóxicos e faixa vermelha, classe II altamente tóxicos e faixa amarela, classe III medianamente tóxicos e faixa azul, classe IV pouco tóxicos e faixa verde (SILVA et al., 2015).

Recentemente, a ANVISA aprovou o novo marco regulatório aos agrotóxicos que atualiza os critérios de avaliação e de classificação e aborda aspectos relacionados a informações toxicológicas dos produtos, dos componentes não autorizados para uso em agrotóxicos e da avaliação dos riscos dietéticos no Brasil (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019c; BRASIL, 2019d; BRASIL, 2019e), adotando os padrões do Sistema Globalmente Harmonizado de Classificação e Rotulagem de Produtos Químicos (Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals – GHS). Dentre as mudanças que ocorrerão, tem-se a nova classificação da toxicidade aguda em que será incluída uma nova categoria, conforme segue: Categoria 1: Extremamente Tóxico – faixa vermelha; Categoria 2: Altamente Tóxico – faixa vermelha; Categoria 3: Moderadamente Tóxico – faixa amarela; Categoria 4: Pouco Tóxico – faixa azul; Categoria 5: Improvável de causar dano agudo – faixa azul; Produto Não Classificado - faixa verde (BRASIL, 2019d).

Impactos dos agrotóxicos sobre a saúde humana

A atividade produtiva que faz uso excessivo de agrotóxicos para o desenvolvimento agrícola está associada, direta e indiretamente, às condições de saúde das pessoas, do ambiente de trabalho e da natureza (CEZAR-VAZ et al., 2016). A exposição dos trabalhadores aos agrotóxicos, no campo, interfere na qualidade de vida, impactando negativamente na saúde do trabalhador rural e no meio ambiente (VIERO et al., 2016). Além dissso, profissionais que trabalham em fábricas formuladoras, dedetizadoras e que aplicam agrotóxicos nas campanhas de saúde são mais vulneráveis à intoxicação por esses produtos (BRASIL, 2018b). Após o contato inadequado com agrotóxicos, de acordo com Cargnin, Echer e Silva (2017), que podem ocorrer por meio das vias respiratória, dérmica e oral, os agrotóxicos podem causar diferentes tipos de intoxicações.

As intoxicações por agrotóxicos resultam em manifestações variadas, dependendo da classe da substância. Considera-se suspeito todo o indivíduo que entrou em contato com o agrotóxico e que apresente sinais e sintomas clínicos ou alteração laboratoriais. No atendimento a intoxicações, os efeitos tóxicos dos agrotóxicos dependem de suas características químicas, da quantidade absorvida ou ingerida, do tempo de exposição e das condições gerais de saúde da pessoa contaminada (SANTANA et al., 2016; BRASIL, 2018b).

Em decorrência da toxicidade intrínseca, os agrotóxicos afetam a saúde humana, produzindo diversos efeitos negativos (Brasil, 2017), que levam a intoxicações agudas e crônicas, podendo se manifestar de forma leve, moderada ou grave (BRASIL, 2016b). As intoxicações agudas decorrem de uma única exposição ou de sucessivas exposições durante um período de 24 horas, podendo causar efeito imediato. Além disso, a relação de causa e efeito é mais clara por conhecer o agente causal. Os sintomas mais comuns nos casos de intoxicação aguda, são: vertigens, náuseas, vômitos, cefaleia, tosse, febre e calafrios, gosto amargo na boca, dor epigástrica, cólicas abdominais, dor no corpo, queimação e prurido pelo corpo e diarreia (CARGNIN, ECHER, SILVA, 2017).

Quanto às intoxicações crônicas, os efeitos danosos estão relacionados a repetidas exposições durante longos períodos de tempo (superior a seis meses), as quais podem manifestar-se mediante inúmeras doenças que acometem órgãos e sistemas, resultando em disfunções neurológicas, imunológicas, endócrinas, hematológicas, dermatológicas, hepáticas, renais, malformações congênitas e neoplasias (CARGNIN, ECHER, SILVA, 2017; BRASIL, 2016b). Outra consequência relacionada ao uso de agrotóxicos é o suicídio (CARGNIN, ECHER, SILVA, 2017; BRASIL, 2017). Segundo consta nos dados

de 2007 a 2017 do SINAN, 45.127, os casos notificados de intoxicação por agrotóxicos foram decorrentes de tentativa de suicídio, o que corresponde a 53,6% de todas as circunstâncias notificadas (BRASIL, 2018a).

A exposição aos agrotóxicos é uma das condições potencialmente associadas ao desenvolvimento do câncer, devido à sua possível capacidade de interagir e alterar o Ácido Desoxirribonucléico (DNA) de uma célula (CARGNIN, ECHER, SILVA, 2017). Corrobora esses dados a situação atual do Brasil, em que o câncer vem ganhando relevância pelo perfil epidemiológico, implicando o desafio aos profissionais da área da saúde e aos serviços de saúde (CAMPONOGARA et al., 2017).

Em decorrência dos quadros serem inespecíficos, indefinidos e gerais, dificultam a identificação de causa e efeito da intoxicação, que tem evolução, frequentemente, irreversível de exposição prolongada a vários produtos. Indivíduos com intoxicação aguda, também, podem apresentar sinais e sintomas de intoxicação crônica; nesses casos, deve ser realizado o acompanhamento à investigação de efeitos tardios (BRASIL, 2016b).

Conforme dados do SINAN de 2007 a 2014, a maioria dos casos de intoxicação (78,8%) ocorreu por exposição aguda única, representando 66.388 deles. Em 12,2% (10.292) dos casos não foi identificado o tipo de exposição, sinalizando a importância de os profissionais registrarem esse tipo de informação. Quanto à exposição crônica, apenas 1,4% (1.141) dos registros foram desse tipo de exposição e mais 0,4% (378) dos casos foram de exposição aguda sobre crônica, o que remete à subnotificação de exposição crônica (BRASIL, 2018a).

A dificuldade de acesso dos agricultores às unidades de saúde, o despreparo das equipes de saúde para relacionar problemas de saúde com as atividades laborais em geral, e com a exposição aos agrotóxicos de forma particular, os diagnósticos incorretos, a escassez de laboratórios de monitoramento biológico e a inexistência de biomarcadores precoces e confiáveis, são alguns dos fatores que interferem no subdiagnóstico e no sub-registro. Portanto, pode afirmar-se que os dados oficiais brasileiros sobre intoxicações por agrotóxicos não retratam a gravidade de nossa realidade (MENEGAT, FONTANA, 2010).

O uso abusivo ou indevido de agrotóxicos que impacta na saúde humana merece atenção especial na fumicultura, caracterizada como uma atividade primária desenvolvida em boa parte da agricultura familiar (CARGNIN, ECHER, SILVA, 2017). De acordo com Cargnin, Echer e Silva (2017), a quantidade de agrotóxicos utilizados na fumicultura, no Brasil, tem reduzido nos últimos anos; porém, ainda é elevada e causa preocupação, principalmente pelos danos causados à saúde quando da sua manipulação sem o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Segundo Reis (2012), a Norma Regulamentadora (NR) 31 trata sobre a segurança e saúde de trabalhadores em áreas como: agricultura, pecuária e exploração florestal e descreve o EPI de acordo com as necessidades de cada atividade. De acordo com esta NR, o uso de EPI na manipulação de agrotóxicos inclui botas, macacão comprido, luvas, máscara, óculos de proteção e chapéu.

A fumicultura, desenvolvida por pequenos proprietários rurais, principalmente no Sul do Brasil, tem repercussões graves sobre a saúde desses trabalhadores. Além dos agrotóxicos, aos quais se expõem os trabalhadores nas longas e extenuantes jornadas de trabalho — ao final do cultivo, na colheita, na secagem, na manipulação e na classificação das folhas de fumo —, os trabalhadores ficam expostos, também, à ação tóxica da nicotina da planta, ocasionando a chamada doença da folha verde, causando sintomas como náuseas, vômitos, tonturas, confusão mental e tremores (MURAKAMI et al., 2017).

Camponogara et al., (2017) afirmam que o uso intenso de agrotóxicos gera diversos impactos sociais, ambientais e à saúde, os quais não são incorporados pela cadeia produtiva, podendo destacar-se a ocorrência de doenças e mortes que poderiam ser evitadas. Este fato ocorre, porque os agrotóxicos podem ser encontrados em diversos ambientes, tais como: casas, locais de trabalho, escolas e na comunidade em geral. Estão presentes no ar, água e solo, o que expõe o ser humano ao contato direto com estas substâncias em diversas situações.

Outra situação que merece destaque é a dos danos causados pelos agrotóxicos, os quais nem sempre são percebidos ou sua ocorrência é pouco valorizada. Portanto, é importante que os profissionais da equipe de saúde, sobretudo os enfermeiros, identifiquem as causas mais comuns, planejem e atuem, tendo por objetivo minimizar o problema, através de medidas de proteção da saúde, proteção contra os riscos ocupacionais e acidentes de trabalho na prevenção das intoxicações e na vigilância epidemiológica (CARGNIN, ECHER, SILVA, 2017).

Atuação dos profissionais da APS frente às intoxicações por agrotóxicos

Não é recente o conceito de saúde que vem sendo abordado em visão ampla, envolvendo o bem-estar físico, mental e social. Dessa abordagem, a carta de Ottawa, produzida em 1986, traduz o reconhecimento de diversos fatores determinantes do processo saúde-doença e ressalta o processo que permite ao indivíduo, família e comunidade realizar ações que promovam a melhoria da qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). A saúde passa a ser entendida como recurso para a vida, a qual depende de condições

sociais, culturais, econômicas e ambientais. Desta forma, a percepção de saúde envolve democracia, liberdade, educação, trabalho e, não menos importante, as condições ambientais, de moradia e acesso a alimentos saudáveis, qualidade do ar, saneamento básico (sistemas apropriados de abastecimento de água, coleta e disposição de esgoto, coleta e tratamento de lixo) (CARNEIRO et al., 2015).

Abordar a exposição às substâncias químicas, como os agrotóxicos, é relevante, pois implica a existência de riscos e danos à saúde. Principalmente, das populações vulneráveis (sendo os indivíduos que têm contato direto com essas substâncias na ocupação laboral, além de crianças, gestantes, lactentes, idosos e indivíduos com a saúde debilitada) aos riscos ambientais e efeitos deletérios dos agrotóxicos (BRASIL, 2017).

Estudar a epidemiologia, os fatores que determinam a frequência, distribuição de doenças e de problemas de saúde na população, é um dos campos da saúde pública (MELO, SILVA, 2011). Nesse contexto, é um desafio da VSPEA atender integralmente as populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos. Para tanto, faz-se necessário que as ações sejam integradas aos diferentes graus de atenção, com destaque para APS, ao realizar ações voltadas à prevenção, à detecção, ao diagnóstico, ao tratamento e à notificação de doenças e agravos à saúde, decorrentes de exposição a agrotóxicos (BRASIL, 2017). Assim, a APS fortalece a vigilância em saúde e potencializa ações de promoção e prevenção de doenças e agravos.

Neste cenário e de modo geral, a Estratégia Saúde da Família (ESF) atua como um modelo assistencial operacionalizado na APS, constituída por equipes de saúde multiprofissionais, desenvolvendo atividades relacionadas à prevenção e promoção da saúde em território definido, avaliando as pessoas em seu contexto individual, ambiental e social (FERRAZ et al., 2014).

A publicação das Diretrizes Brasileiras, para o Diagnóstico e Tratamento das Intoxicações por Agrotóxicos, propicia o fortalecimento dos serviços de saúde, em especial da APS, à identificação, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e monitoração de indivíduos com suspeita ou confirmação de intoxicação, assim como à prevenção de novos casos ou recidivas (BRASIL, 2017).

A APS, fortalecida, realiza, entre outras atividades, a promoção da saúde direcionada aos agrotóxicos, mediante conscientização e educação da comunidade a respeito dos riscos da exposição, o reconhecimento de uma intoxicação por agrotóxicos e identifica, em conjunto com os moradores, a necessidade de melhorar aspectos que coloquem em risco à saúde do indivíduo, família e comunidade (TAVEIRA, ALBUQUERQUE, 2018). Aspectos esses relacionados ao uso correto de EPI; manejo adequado de roupas, EPI e materiais utilizados na pulverização; armazenamento, preparo, aplicação e descarte apropriado das embalagens dos agrotóxicos (ESPÍNDOLA, SOUZA, 2017).

As causas das intoxicações podem ser diversas, o que demanda maior investigação pelos profissionais da saúde. Portanto, a anamnese é relevante para buscar informações sobre o agente tóxico, a via de exposição, solubilidade, a quantidade absorvida, o tempo da exposição até o atendimento e dados referentes à pessoa: idade, gravidez, ocupação, medicamentos em uso, doenças crônicas, fatores de risco, bem como indícios de suicídio ou de atos criminosos (MELO, SILVA, 2011). O atendimento inicial deve ser realizado o mais rápido possível, havendo maior número de informações para um prognóstico mais favorável (BRASIL, 2018b).

Quanto ao exame físico, deve ser breve, com medidas imediatas para estabilizar o paciente, como verificação dos sinais vitais, condição de consciência, avaliação pupilar, temperatura e umidade da pele, instalação da oximetria de pulso e medida da glicemia capilar, se disponíveis (BRASIL, 2018b). Em situações de suspeitas de intoxicação ou de dúvidas a respeito da intoxicação, é importante entrar em contato com os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) para suporte clínico e tratamento adequado (MELO, SILVA, 2011; BRASIL, 2018b).

O diagnóstico de intoxicação é realizado com base nos sinais e sintomas, podendo ser complementado através de exames laboratoriais (como hemograma e bioquímica sanguínea), que podem auxiliar no diagnóstico e determinação do tratamento. O tratamento inicial da intoxicação aguda consiste em suporte vital, descontaminação do paciente, eliminação do agente tóxico, controle de convulsões se ocorrerem e uso de antídotos, quando indicado. Os profissionais da saúde devem realizar ações, utilizando EPI (BRASIL, 2018b).

Quando os usuários do serviço de saúde forem assintomáticos ou apresentarem sintomas leves, geralmente não há necessidade de hospitalização; eles podem ficar em observação na unidade de saúde entre 6 a 12 horas, tendo monitoramento de parâmetros como estado de alerta, sinais vitais, sinais neurológicos e oximetria de pulso (BRASIL, 2018b).

Tão importante quanto realizar um diagnóstico correto de intoxicação por agrotóxico é estabelecer medidas de prevenção e prestar suporte psicológico ao paciente (MELO, SILVA, 2011). As medidas de prevenção devem ser direcionadas às circunstâncias de maior exposição que, segundo os dados do SINAN (2007 - 2015), são a tentativa de suicídio, seguida por exposição acidental e uso habitual (BRASIL, 2018a). Nas diretrizes Brasileiras ao Diagnóstico e Tratamento das Intoxicações por Agrotóxicos, encontra-se uma série de medidas de prevenção de intoxicação por agrotóxicos de caráter acidental, por tentativa de suicídio e relacionado à

exposição no trabalho. As recomendações e boas práticas descritas são direcionadas aos profissionais da saúde, empregadores e trabalhadores (BRASIL, 2018b).

De 2007 a 2015, trabalhador rural foi a ocupação que apresentou as maiores frequências de notificação de intoxicação por agrotóxicos, representando 28,8% do total de ocupações registradas no SINAN, seguido dos estudantes (15,8%) e das donas de casa (14,5%) (BRASIL, 2018b). Diante do contexto, nota-se a importância de a APS abordar aspectos relacionados ao cuidado e à promoção da saúde do trabalhador rural, dos efeitos adversos do uso excessivo e inadequado de agrotóxicos.

Neste sentido, Nascimento, Vieira e Cunha (2010) acreditam que os riscos ocupacionais estão diretamente ligados às doenças profissionais e aos acidentes de trabalho, sendo necessário levar em conta as consequências decorrentes do ambiente físico, suas características, da diversidade humana e das condições relacionadas ao sofrimento psíquico no trabalho. No Brasil, com a finalidade de definir princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas pelos sistemas de saúde e que garantam condições adequadas de saúde ao trabalhador, foi criada em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSTT). Entretanto, vale destacar que a maioria dos trabalhadores estão em meios distintos de trabalho, o que dificulta, na maioria das vezes, o acesso aos órgãos públicos e de saúde (BRASIL, 2012).

Viero et al., (2016) afirmam que é fundamental o conhecimento sobre a gravidade das intoxicações dos trabalhadores por agrotóxicos para o controle da morbimortalidade. Neste cenário, a visualização do ambiente de trabalho e de suas repercussões na saúde humana, pelos profissionais da saúde, é indispensável às intervenções de promoção e prevenção. Nesse aspecto, o exercício laboral dos trabalhadores rurais precisa ser investigado, a fim de que haja a compreensão do fenômeno, das suas reais necessidades de saúde, possibilitando que a política de saúde do trabalhador se entrelace a complexas redes que perpassam a relação homem-trabalho (VIERO et al., 2016).

Sendo assim, a enfermagem se faz essencial, uma vez que o enfermeiro assume papel decisivo e proativo na identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde das pessoas nas diferentes dimensões e, portanto, o cuidado de enfermagem é componente fundamental no sistema de saúde local, com reflexos regionais e nacionais (ANTONELLI, 2013).

Diante do exposto, ressalta-se que a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), criada em 2013, constitui-se como estratégia utilizada para instrumentalizar o cuidado e nortear ações específicas em saúde, promovendo cuidado a todos os grupos, com o propósito de prevenir e manter a saúde dos indivíduos. Todos os profissionais da equipe devem respeitar suas atribuições específicas, de maneira que atuem no cuidado e na atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A PNSIPCF apresenta a saúde como sendo determinada pelas condições econômicas, sociais e ambientais em que vivem as comunidades e populações e, para tanto, ressalta a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis ao impacto sobre o estágio de vida e de saúde das populações do campo e da floresta. De caráter transversal, envolve o compromisso das áreas, dos setores e das instituições que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua operacionalização se apoia na descentralização e regionalização das ações de saúde (considerando as gestões federal, estadual e municipal) e no controle social, fortalecendo a participação no SUS, tendo como perspectiva a promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2013).

Quanto à utilização maçante e indiscriminada de agrotóxicos, o uso seguro através das medidas de segurança nas atividades de aquisição, transporte, armazenamento, preparo e aplicação, destino final de embalagens vazias e lavagem de roupas- EPI contaminados, não leva a perspectivas da diminuição de casos de intoxicações agudas e agravos à saúde, em virtude da exposição por longo período de tempo (ABREU, ALONZO, 2014).

Para tanto, os profissionais da saúde precisam estar capacitados para identificar, fazer o diagnóstico, tratar os casos e realizar vigilância em saúde, investigando exposições humanas aos agrotóxicos e surtos, com ênfase na promoção, na educação em saúde e na prevenção de danos (VIERO et al., 2016; CARNEIRO et al., 2015).

Neste cenário, o investimento em Educação Permanente (EP) se torna essencial e, além disso, a inserção da discussão sobre a problemática dos agrotóxicos na atividade rural possibilita novas abordagens, sobretudo, à enfermagem em suas práticas assistenciais, no ensino e na pesquisa.

Considerações Finais

Na busca pelos estudos, observou-se que houve aumento no número de publicações, envolvendo o tema “agrotóxico” nos últimos cinco anos. Entretanto, há fragilidade do tema quando relacionado à atuação dos profissionais da APS. Acima de tudo, a respeito do preparo destes profissionais frente aos casos de intoxicações agudas por agrotóxicos.

São precários os estudos em que é abordada a conduta dos profissionais da APS frente a casos de intoxicações, seja para facilitar a identificação adequada dos casos, bem como orientar o manejo desse paciente nesse patamar de atenção à saúde.

Não foram encontrados estudos que contivessem instrumentos etecnologias para otimizar a atuação da equipe e, em consequência, qualificar a assistência prestada ao paciente intoxicado por agrotóxico. Sendo assim, considera-se relevante explanar o assunto referente às intoxicações por agrotóxicos no âmbito da APS, como estratégia à produção e compartilhamento das informações, entrelaçando a pesquisa com a prática profissional; podendo, desta forma, afirmar que estes são estudos necessários à apresentação das evidências, possibilitando a qualificação profissional, o que propicia avanço na organização dos serviços e melhora da qualidade do atendimento prestado no Brasil, na Região Sul principalmente.

Referências

ABREU, PHB de; ALONZO, HGA. **Trabalho rural e riscos à saúde: uma revisão sobre o "uso seguro" de agrotóxicos no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, [online], v. 19, n. 10, p. 4197-4208, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4197.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

ALMEIDA, MD et al. **A flexibilização da legislação brasileira de agrotóxicos e os riscos à saúde humana: análise do Projeto de Lei no 3.200/2015**. Cadernos de Saúde Pública, [online], v. 33, n. 7, p.1-11, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00181016.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

ANTONELLI, Flávia Costa Fiuza. **Diagnóstico da situação de saúde: ferramenta de trabalho da enfermagem na saúde da família**. 2013. 33f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba (MG), 2013. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9309. Acesso em: 06 set. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Seminário volta a discutir mercado de agrotóxicos em 2012**. ANVISA, 2016. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2665456&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=seminario-volta-a-discutir-mercado-de-agrotoxicos-em-2012&inheritRedirect=true>. Acesso em: 06 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Anvisa vai classificar defensivos agrícolas que estão no mercado**. Brasília, MAPA, 2019b. Disponível em:http://www.agricultura.gov.br/noticias/anvisa-vai-reclassificar-todos-os-agrotoxicos-que-estao-no-mercado. Acesso em: 06 set. 2019.

_____. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Diário Oficial traz registro de 42 defensivos agrícolas; objetivo é aumentar concorrência e baratear custo dos produtos. Brasília, MAPA, 2019c. Disponível em:http://www.agricultura.gov.br/noticias/anvisa-vai-reclassificar-todos-os-agrotoxicos-que-estao-no-mercado. Acesso em: 06 ago. 2019.

_____. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 07 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 296, de 29 de julho de 2019. **Dispõe sobre as informações toxicológicas para rótulos e bulas de agrotóxicos, afins e preservativos de madeira**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jul. 2019d. Seção 1, p. 86.

_____. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 34, de 29 de julho de 2019. **Estabelece e dá publicidade à lista de componentes não autorizados para uso em agrotóxicos e afins**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jul. 2019e. Seção 1, p. 90.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf Acesso em: 06 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Diretrizes nacionais para a vigilância em saúde de populações expostas a**

agrotóxicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2018a. v. 2.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Relatórios de comercialização de agrotóxicos. IBAMA, abril de 2019a. Disponível em: https://www.ibama.gov.br/agrotoxicos/relatorios-de-comercializacao-de-agrotoxicos#sobreosrelatorios. Acesso em: 06 set. 2019.

_____. Portaria nº 43, de 16 de outubro de 2018. **Torna pública a decisão de aprovar as Diretrizes Brasileiras para diagnóstico e tratamento das intoxicações por agrotóxicos - capítulo 1, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 de outubro de 2018b, Seção 1, página 44.

CAMPONOGARA, S et al. **Implicações do uso de agrotóxicos: percepções de familiares de crianças portadoras de neoplasia**. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental [online], v. 9, n. 3, p. 786-794, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5477/pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

CARGNIN, MC dos S; ECHER, IC; SILVA, DR da. **Fumicultura: uso de equipamento de proteção individual e intoxicação por agrotóxico**. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental [online], v. 9, n. 2, p. 466-472, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5444. Acesso em: 06 set. 2019.

CARNEIRO, FF et al (Org.). **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015, p. 624. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/dossieagrotoxicos/wp-content/uploads/2013/10/DossieAbrasco_2015_web.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

CASSAL, VB et al. **Agrotóxicos: uma revisão de suas competências para a saúde**. Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental [online] Santa Maria, v. 18, n. 1, p. 437-45, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reget/article/view/12498/pdf . Acesso em: 11 mai. 2019.

CEZAR-VAZ, MR et al. **Abordagem socioambiental na enfermagem: focalizando o trabalho rural e uso de agrotóxicos**. Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 69, n. 6, p. 1179-1187, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1179.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

ESPÍNDOLA, MMM; SOUZA, CDF de. **Trabalhador rural: o agrotóxico e sua influência na saúde humana**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde [online], v. 15, n. 2, p. 871-80. 2017. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3897/pdf_749. Acesso em: 06 set. 2019.

FERRAZ, L et al. **Adolescentes do meio rural: riscos, educação ambiental e autocuidado**. Educação Temática Digital [online] v. 16, n. 3, p.408-425, 2014. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/1306/pdf_98 . Acesso em: 19 mai. 2019.

FOOD AND AGRICLTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Pesticides**. FAO, 2019. Disponível em: <http://www.fao.org/faostat/en/#data/EP/visualize>. Acesso em: 06 set. 2019.

FRIEDRICH, K et al. **Agrotóxicos: mais venenos em tempos de retrocessos de direitos**. Revista OKARA: Geografia em debate [online], João Pessoa, v.12, n.2, p. 326-347, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/okara/article/view/41320/20726. Acesso em: 06 set. 2019.

MATTOS, AIS et al. **Desigualdades de gênero: uma revisão narrativa**. Revista Saúde. Com, [online], v. 11, n. 3, p. 266-279, 2015. Disponível em: http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n3a09.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

MELO, M do CB de; SILVA, NLC da. Urgência em Atenção Básica em Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. p.140.

MENEGAT, RP; FONTANA, RT. **Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento**. Ciência, Cuidado e Saúde [online], v. 9, n. 1, p. 52-59, 2010. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7810/5736. Acesso em: 07 set. 2019.

MURAKAMI, Y et al. **Intoxicação crônica por agrotóxicos em fumicultores**. Saúde em Debate [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 563-576, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0563.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

NASCIMENTO, ELA do; VIEIRA, SB; CUNHA, TB da. **Riscos Ocupacionais: das metodologias tradicionais á analise das situações de trabalho**. Fractal: Revista de Psicologia, [online], v. 22, n. 1, p. 115-126, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n1/v22n1a09.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

REIS, RS. **Segurança e Saúde no Trabalho: Normas Regulamentadoras**. 10. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2012.

RIGOTTO, RM; VASCONCELOS, DP; ROCHA, MM. **Uso de agrotóxicos no Brasil e problemas para a saúde pública**. Cadernos de Saúde Pública [online], v. 30, n. 7, p.1-3, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/

csp/v30n7/pt_0102-311X-csp-30-7-1360.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

SANTANA, CM et al. **Exposição ocupacional de trabalhadores rurais a agrotóxicos**. Cadernos de Saúde Coletiva [online], v. 24, n. 3, p. 301-307, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-301.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

SILVA, FM da et al. **Os riscos no uso indiscriminado de agrotóxicos: uma visão bibliográfica**. Intesa, [online], v.9, n.1, p. 77-89, 2015. Disponível em: https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/3298/3217. Acesso em: 06 set. 2019.

TAVEIRA, BLS; ALBURQUERQUE, GSC. **Análise das notificações de intoxicações agudas, por agrotóxicos, em 38 municípios do estado do Paraná**. Saúde Debate, [online], v. 42, n. especial 4, p. 211-222, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0211.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

VIERO, CM et al. **Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [online], v. 20, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0099.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

WAHLBRINCK, MG; BICA, JB; REMPEL, C. **Percepção dos agricultores do município de imigrante (RS) sobre os riscos da exposição a agrotóxicos**. Revista Brasileira de Ciências Ambientais, [online], n. 44, p. 72-84, jun. 2017. Disponível em: http://abes-dn.org.br/publicacoes/rbciamb/Ed44/RBCIAMB_n44_72-84.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

World Health Organization. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. WHO, Geneva, 2019.

Capítulo 6

A Consulta de Enfermagem no Pré-Natal na Perspectiva da Teoria Transcultural do Cuidado: Uma Revisão Narrativa

Tavana Liege Nagel Lorenzon
Lucimare Ferraz
Elisangela Argenta Zanatta

Introdução

A Consulta de Enfermagem (CE) é considerada importante prática da enfermagem e imprescindível para o reconhecimento da profissão como ciência; consiste em uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas com o propósito de assistir ao ser humano, utilizando-se de meios científicos à identificação das situações de saúde edoença, almejando a prescrição de cuidados e a implementação de medidas de enfermagem que possam favorecer a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade (AMARAL, ABRAHÃO, 2017). Para tanto, a CE é composta de histórico de enfermagem, o qual compreende a entrevista e o exame físico, do diagnóstico de enfermagem, da prescrição, da implementação da assistência de enfermagem e da evolução de enfermagem (COFEN, 2017).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos e privados, designando de CE quando o PE é realizado em instituições de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, entre outros (COFEN, 2009). Nessa direção, a Resolução no 0568/2018, considerando a

Lei Federal nº 7.498/1986 e o Decreto nº 94.407/1987 que regularizam a CE e a estabelecem como atividade privativa do enfermeiro, passa a permitir ao profissional a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina, aprovada pelas instituições de saúde além do setor público em Consultórios e Clínicas de Enfermagem (COFEN, 2018). A maior visibilidade da implantação da CE ocorre após a instituição e implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que a CE possibilita o alcance da integralidade na assistência à saúde, sendo utilizada como um plano de atendimento de caráter generalista na ESF, incrementando o atendimento do enfermeiro, melhorando com isso a autonomia deste profissional (ASSIS et al., 2018). Amaral e Abrahão (2017) afirmam que a CE é uma estratégia dentro de outra estratégia, o que ressalta o potencial desse instrumento nas ações e no processo de trabalho do enfermeiro, favorecendo a sua capacidade no reconhecimento das necessidades do indivíduo e não somente aquelas traduzidas na demanda apresentada por ele. Isso ocorre quando o enfermeiro assume, de fato, a execução da CE, abordando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o manejo às respostas dos indivíduos aos agravos da saúde (AMARAL, ABRAHÃO, 2017).

Para cuidar com qualidade, o enfermeiro precisa respaldar a CE em uma teoria própria da profissão, uma vez que ela sistematiza o saber e organiza o cuidado mediante seu corpo de conhecimentos. O desenvolvimento das Teorias de Enfermagem se deu a partir da década de 1950, intentando direcionar a prática do enfermeiro na assistência, ensino, pesquisa e administração (MOURA et al., 2014). As teorias são geralmente construídas para expressar uma nova ideia, uma nova visão, partindo de conceitos, modelos e proposições, sendo o principal meio para a construção do corpo de conhecimento específico da Enfermagem. Constituem-se no alicerce à fundamentação das ações práticas, auxiliando e explicando as abordagens realizadas junto ao objeto de trabalho da Enfermagem, o ser humano (MELEIS, 2012).

Nesta perspectiva, tem-se a Teoria Transcultural do Cuidado de Madeleine Leininger, a qual é construída sobre a proposição de que as pessoas de cada cultura, não apenas podem saber e definir as formas pelas quais experimentam e percebem o atendimento de Enfermagem mas, também, relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde. O objetivo nessa teoria é o de prover cuidado culturalmente coerente e responsável, adequado às necessidades da cultura, dos valores, das crenças e das realidades do modo de vida da clientela (GEORGE, 2000).

A Teoria de Leininger destaca que o profissional enfermeiro pode reconhecer as diferenças e as semelhanças entre as várias culturas em relação aos fenômenos que englobam o cuidado humano, tendo como base a visão dos indivíduos e não a do profissional. Sugere uma nova visão de mundo ao situar a pessoa no seu contexto, não a separando de seu ambiente social e cultural, assistindo-a integralmente, reconhecendo suas crenças, mitos e costumes, no sentido de beneficiar a adaptação e aceitação das orientações fornecidas pelos enfermeiros (ALMEIDA, 2016).

A saúde da mulher é um dos focos da CE. O debate atual sobre o tema tem se expandido para os direitos da mulher na saúde sexual e reprodutiva, principalmente, devido ao enfoque dado pela saúde pública. Nessa discussão, a atenção à saúde materno-infantil é tida como um grande desafio aos serviços de saúde, sobretudo pelos indicadores com impacto negativo, apresentados a essa população que repercutem na sociedade de modo geral; dentre eles, destaca-se a mortalidade materna, considerado como o melhor indicador de saúde direcionado à atenção às mulheres, visto que reflete a avaliação das condições de vida e na qualidade da atenção à saúde dessa população (BRASIL, 2014a).

Havendo a finalidade de proporcionar adequada atenção pré-natal, diversos esforços e estratégias estão sendo implementados, considerando que há relação entre assistência qualificada e redução dos índices de mortalidade materno-infantil. O pré-natal propicia à gestante uma avaliação de fatores de risco para ela e o bebê, o diagnóstico de possíveis patologias e o adequado tratamento, almejando garantir à mulher uma gestação saudável e apropriado desenvolvimento fetal e infantil. A adequada assistência pré-natal pode ser determinada por fatores políticos, econômicos, sociais e culturais, contudo, cabe aos profissionais de saúde a melhora efetiva da qualidade do pré-natal, pois as principais causas da mortalidade materna são evitadas por medidas simples que envolvem a efetivação da qualificação da assistência e a garantia do acesso a esses serviços (MARTINELLI et al., 2014).

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria GM nº569, com o objetivo de ampliar o acesso e a cobertura da atenção pré-natal, incluindo a assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2014b). A realização do pré-natal consiste em acolher a mulher desde o início da gravidez, com qualidade e humanização até seu parto e puerpério, assegurando o bem-estar do binômio mãe-filho. Por esse motivo, em 2011, o MS pela Portaria Nº 1.459 lançou a Rede Cegonha, com o propósito de reduzir as taxas de mortalidade materna e expandir o acesso aos serviços, visando à melhoria na qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, incluindo a atenção à criança até 24 meses de vida (BRASIL, 2011).

O enfermeiro vem se sobressaindo como profissional competente para executar as ações recomendadas pelo MS, tanto quanto à atenção

integral, humanizada e resolutiva, como na qualidade da assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Além disso, como agente educador em saúde, desempenha relevante papel na prevenção de agravos e promoção da saúde. Essas ações seguem o que consta na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 94406/87, na qual estão especificadas as competências e atribuições legais da profissão (MARTINS et al., 2015).

Ao utilizar a CE, o enfermeiro assegura autonomia profissional, desenvolve competências e habilidades para raciocinar criticamente e garante o cuidado respaldado em conhecimento científico e direcionado à satisfação das necessidades do período obstétrico-puerperal. O enfermeiro qualificado se destaca como um dos profissionais capazes de implementar estratégias que fortaleçam a atenção à gestante de forma adequada (MARTINS et al., 2015).

Tem-se por objetivo, nesse manuscrito, a narração e apresentação do estudo da arte sobre a Consulta de Enfermagem no pré-natal na perspectiva da Teoria Transcultural do Cuidado de Madeleine Leininger.

Metodologia

Optou-se por utilizar a revisão narrativa. Essa abordagem de pesquisa não se detém em uma única estratégia de busca e não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a análise crítica da literatura, além de não necessitar esgotar as fontes de informações, nem aplicar estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos pesquisadores (MATTOS, 2015).

A revisão narrativa é constituída de conteúdo da literatura em livros, revistas impressas e eletrônicas e se baseia na interpretação e análise crítica e pessoal do autor-pesquisador (ROTTER, 2007). Teve-se como fontes de pesquisa livros, artigos, teses e dissertações que abordam temas como: Consulta de Enfermagem; Assistência à saúde no pré-natal e a Teoria Transcultural do Cuidado.

Assistência à saúde no pré-natal

No Brasil, a saúde da mulher está presente nas políticas públicas de saúde no âmbito nacional desde o início do século passado às primeiras décadas do século XX, estando restrita às necessidades relacionadas à gestação, parto e puerpério. Os primeiros programas sugeriam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, crianças e gestantes. Eram programas verticais pouco integrados a outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram decididas pela esfera central, sem avaliação das necessidades de saúde das populações locais, resultando em fragmentação da assistência e baixo impacto nos indicadores da saúde da mulher (BRASIL, 2009).

Em 1984, o Ministério da Saúde implementa o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios à eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004). No início dos anos 2000 foi instituído o PHPN pelo MS, como forma de garantir e melhorar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e diminuir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2002). A atenção humanizada no contexto do PHPN envolve práticas que visam à promoção do parto e nascimento de forma saudável, tendo a associação de atenção qualificada com o empoderamento da mulher e a garantia de sua autonomia na vivência obstétrica (GOMES et al., 2012).

Em 2001, o MS redigiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que ampliou as responsabilidades dos municípios na APS, definiu o processo de regionalização da assistência, concebeu mecanismos para fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizou os critérios de habilitação aos estados e municípios (BRASIL, 2001). Na saúde da mulher, a NOAS designou aos municípios a função de garantir as ações básicas mínimas do pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo de útero, previu a formação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio da territorialização estadual, a fim de garantir as ações de maior complexidade (BRASIL, 2009).

O período de 1998 a 2002 foi dedicado à resolução de problemas, priorizando a saúde reprodutiva e as ações para a redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção), o que dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Já, em 2003, o PAISM passou a contemplar atenção aos segmentos da população feminina e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (LOPES et al, 2015).

Em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), havendo vários objetivos sobre a integralidade e a promoção da saúde. Dentre as metas da PNAISM, destacam-se o enfoque na atenção obstétrica e planejamento familiar, a assistência em todas as fases da vida, o acompanhamento clínico ginecológico, além da atenção no campo da reprodução, a assistência à mulher no climatério, as DST, o câncer de colo, útero e de mama e atendimento a outras necessidades, identificadas a partir do perfil populacional das mulheres brasileiras (BRASIL, 2009).

Em relação ao ciclo gravídico-puerperal, fenômeno único, considerado uma das mais significativas experiências do ser humano, o qual simboliza um evento complexo e singular, abrangendo um período de inúmeras adaptações que envolvem aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais da mulher e exigem um cuidado especial por meio da atenção pré-natal, visando à garantia do fim da gestação com o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno (CRUZ, CAMINHA, BATISTA FILHO, 2014).

O pré-natal abarca um conjunto de ações de acompanhamento do período gravídico, visando ao desenvolvimento da gravidez, do parto e do nascimento saudável. O objetivo dessas ações consiste em minimizar os impactos negativos à saúde da mulher e do bebê, contemplando os aspectos psicossociais e as ações educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Entre as principais ações de cuidado, destaca-se a consulta pré-natal, considerada a única maneira de propiciar o desenvolvimento da gravidez, corroborando o parto de um recém-nascido saudável, sem consequências à saúde materna, reduzindo os riscos de mortalidade infantil e materna, visto que, além de fatores biológicos, são tratadas questões psicossociais, preventivas e atividades educativas. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como indicador maior da qualidade dos cuidados. O início do pré-natal deve ser precoce, com cobertura universal, periódico, ser integrado às ações preventivas e curativas, ser respeitado número mínimo de consultas, sendo que seu sucesso depende, em grande parte, do momento do seu início (LIMA et al., 2015). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre a 28ª e 36ª semanas e semanais a partir da 36ª semana (BRASIL, 2012).

A qualificação do pré-natal diz respeito ao processo pelo qual a gestante e o recém-nascido usufruem de adequado atendimento durante a gestação, o trabalho de parto, o parto, puerpério e período neonatal (VIELLAS et al., 2014). Para o MS, um pré-natal de qualidade compreende: anamnese na primeira consulta, abordando aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual; o exame físico completo, avaliando cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico (BRASIL, 2012).

Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. As dúvidas e ansiedades da gestante necessitam ser ouvidas, deve ser questionado sobre a alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e presença de corrimentos ou perdas vaginais (BRASIL, 2012). O pré-natal é um período de preparação física e psicológica para o parto e maternidade, sendo uma fase de intenso aprendizado e um momento para os profissionais de saúde desenvolverem ações de educação como componentes do processo de cuidar (NOGUEIRA, OLIVEIRA, 2017).

Com vistas à qualificação do atendimento, o MS lança o Decreto 4.279/2010, estabelecendo diretrizes à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Nesse sentido, em 2011, o MS apresentou a Rede Cegonha como nova proposta de organização e planejamento da rede de atenção ao parto e nascimento no Brasil. O enfermeiro, na Rede Cegonha, destaca-se ainda mais como profissional capacitado e qualificado para o atendimento pré-natal, podendo suas ações refletirem diretamente nos indicadores de mortalidade materna e neonatal. A presença contínua de um enfermeiro no pré-natal e no parto favorece o conforto emocional, psicológico e físico da mulher e sua família, tornando-se elemento importante na realização do cuidado, baseado nas boas práticas e nas melhores evidências (OLIVEIRA et al., 2016). Além disso, o papel educativo do enfermeiro contribui à produção de mudanças efetivas e saudáveis nas gestantes e suas famílias, as quais podem, de forma efetiva, contribuir ao alcance de metas, tendo a qualificação da assistência (GUERREIRO et al., 2014).

O enfermeiro ocupa posição de destaque na equipe dos profissionais que atuam na atenção ao pré-natal; tem importante papel no âmbito educativo de prevenção e promoção da saúde, além de praticar a humanização do cuidado (DUARTE, ALMEIDA, 2014). O enfermeiro é considerado apto a realizar consultas de pré-natal no acompanhamento de gestantes com baixo risco obstétrico, sendo atribuídas a ele inúmeras ações como: solicitações de exames; realização de exame obstétrico; encaminhamentos necessários; preparo para o parto; orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre a amamentação; vacinação e, também, a promoção de vínculo entre mãe e bebê (ASSUNÇÃO et al., 2019).

A CE no período gravídico se apresenta como um instrumento de grande importância, enfatizando que tem como finalidade a garantia da ampliação da cobertura e da melhoria da qualidade do pré-natal, sobretudo pela introdução das ações preventivas e de promoção à saúde. Dessa forma, além da competência técnica, é requisitado do enfermeiro sensibilidade para compreender a gestante e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na interação por meio do diálogo (MATOS et al., 2013).

No cuidado pré-natal, desenvolvido pelo enfermeiro, é fundamental valorizar os sentimentos e experiências relacionadas à gravidez, como também é preciso ouvir atentamente sem julgamentos, com respeito, empatia, tolerância, disponibilidade, demonstrando confiança, tendo diálogo com preservação da individualidade, possibilitando a troca de experiências com o objetivo de que o cuidado possa repercutir, não só

na qualidade dos sentimentos manifestados pela mulher, mas também culminar em uma adequação saudável da gestante ao seu papel materno (ALVES et al., 2015).

O pré-natal é visto como momento de aprendizado, no qual a gestante tem a oportunidade de aprender, detalhadamente, a respeito do processo gravídico-puerperal. Nesse aspecto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes, precisam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal. Para isso, a assistência pré-natal deve incluir ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período (BRASIL, 2012).

Com a implementação da Rede Materno Infantil, Rede Cegonha, como estratégia à articulação dos cuidados que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, inicia-se um novo olhar à saúde das mulheres, o qual rompeu com a oferta apenas de ações relacionadas à gravidez e ao parto, responsáveis por uma visão reducionista das mulheres, às quais eram atribuídos somente os papéis de mãe e educadora dos filhos. Havendo a valorização da autonomia, aumenta a importância das práticas de educação em saúde, com a possibilidade de dotar as mulheres de mais conhecimento e capacidade crítica (PIO, OLIVEIRA, 2014). Portanto, a realização da consulta de enfermagem é primordial no sentido de prestar assistência à saúde da mulher no período gravídico.

Consulta de Enfermagem

A melhora da assistência prestada pela Enfermagem é preocupação contínua da profissão, o que impulsiona a busca por conhecimentos próprios da área à sistematização e organização da práxis. Nessa direção, surge a CE como estratégia tecnológica de cuidado, respaldada por lei, privativa do enfermeiro e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis (DE SOUSA et al., 2016).

A prática da entrevista pelo enfermeiro, desde a década de 1920, pode ser vista como antecessora da CE. A história da CE brasileira passou por quatro fases; a primeira corresponde à época em que foi criada a escola Anna Nery em 1923, momento em que ocorreu a valorização da enfermeira de saúde pública. Sendo fundamental, nessa fase, o apoio de médicos brasileiros e de enfermeiras americanas responsáveis pela implantação da CE no país, a qual era exercida de forma não oficial, direcionada, inicialmente, às gestantes e crianças sadias e, posteriormente, estendida aos portadores de tuberculose e outros programas da área de saúde pública (PEREIRA, FERREIRA, 2014).

A segunda fase é conhecida como um período de contradições, no qual foram criados o Ministério da Educação e da Saúde, regulamentado o exercício da profissão de Enfermagem, contudo as ações dos profissionais de saúde permaneciam subordinadas e limitadas pela prática médica. Em 1938, a organização dos serviços de saúde pública nos estados foi conquistada pelas enfermeiras do Rio de Janeiro, sendo função da categoria. No entanto, já no ano seguinte, essa atribuição foi suspensa e delegada aos enfermeiros apenas funções normativas, que ocasionaram a perda de espaço na atuação direta ao paciente (MACIEL, ARAÚJO, 2003).

A terceira fase da CE brasileira coincidiu com o período pós-guerra, que expressou uma imagem positiva da Enfermagem e, por conseguinte, à CE. Nesse período, as escolas de Enfermagem foram criadas e aperfeiçoadas e o Serviço Especial de Saúde Pública foi fundado. Nos hospitais da rede privada, a presença da enfermeira era tímida o que não ocorria na rede pública. No país, iniciava-se a formulação de um modelo alternativo de seguridade social (MACIEL, ARAÚJO, 2003).

Em 1956, com o surgimento das pesquisas de Enfermagem, da reforma do ensino das escolas de Enfermagem e a inclusão das enfermeiras nas equipes de planejamento de saúde, ocorreu a quarta fase da CE. Assim, iniciou-se a consolidação do trabalho da enfermeira na Saúde Pública com a conquista da implantação da CE, trazendo perspectivas à profissão (PEREIRA, FERREIRA, 2014).

Entretanto, a institucionalização da CE no Brasil ocorreu somente em 1968, sendo dirigida, a princípio, ao público materno-infantil e expandida, posteriormente, para todos os grupos etários. Em 1973, a Secretaria de Estado do Ceará conferiu importante passo à profissão, oficializando a realização da CE. Porém, a regulamentação da CE se deu apenas na metade da década de 80 pela lei nº 7498/86 e pelo decreto nº 94406/87 (FERNANDES, 2017).

Desde então, a CE evoluiu e é difundida nos programas específicos para doenças crônicas, passando a ser conhecida como estratégia pautada em conhecimento científico e fundamentada em um modelo teórico de Enfermagem, com o objetivo de determinar as necessidades e o grau de dependência dos indivíduos, família e comunidade (DOMINGOS et al., 2015).

Nessa perspectiva, a Resolução no. 358/2009 do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) passa a orientar o PE, que consiste no uso do PE como forma de aplicar o método científico nas CE. Então, a CE integra o PE, cujo objetivo consiste em unir as atividades de Enfermagem, havendo a finalidade de deixar de ser ações isoladas, passando a fazer parte de um processo (SCHMITZ et al., 2016). O PE deve ser realizado de modo deliberado e

sistemático em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem; nas instituições de serviços ambulatoriais de saúde corresponde à CE, a qual é composta por cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

A primeira etapa da CE consiste na coleta de dados, que corresponde ao histórico de enfermagem e subsidia a identificação dos problemas de enfermagem na perspectiva psicológica, biológica, social, econômica e espiritual para determinar o grau de dependência de cuidados dos usuários e a elaboração do plano de cuidados (DOMINGOS et al., 2015).

Na segunda etapa da CE, elabora-se o DE, ou seja, o julgamento clínico que o enfermeiro realiza após a coleta e interpretação dos dados clínicos, referentes às condições de saúde do cliente assistido. A compreensão sobre essas informações permite ao profissional estabelecer um DE apropriado, estabelecer metas assistenciais e elaborar um plano de cuidados específico que permita satisfazer as necessidades de saúde do indivíduo, por meio da assistência de enfermagem (HERDMANN, 2018).

A terceira etapa da CE organiza, prioriza e sistematiza as atividades da enfermagem; assim sendo, tem-se o planejamento de enfermagem ou o plano de cuidados que alia a assistência direta à gestão do cuidado, considerando as necessidades dos pacientes (SILVA, CRUZ, 2014). O plano de cuidados permite identificar os cuidados prioritários, proporcionando uma linguagem homogênea entre os membros da equipe, realizando uma assistência menos intuitiva e mais científica. Nesse sentido, a elaboração e utilização do planejamento de enfermagem implica a representação de instrumentos norteadores ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, na medida em que favorece o processo de tomada de decisão, assistindo o paciente em toda a sua complexidade (CAVALCANTE et al., 2015).

A implementação consiste na quarta etapa da CE, em que o enfermeiro coloca em prática as intervenções de enfermagem, a qual se dá pela prescrição de enfermagem, definida por Horta (1979) como o roteiro diário que coordena a ação da equipe de Enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. Nesse sentido, a implementação da assistência de enfermagem é vista como as ações prescritas e necessárias à obtenção dos resultados esperados. A prescrição de enfermagem pode ser identificada como instrumento norteador das ações dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem na realização do seu processo de trabalho (SOARES et al., 2016).

Na quinta etapa da CE, tem-se a avaliação ou evolução de enfermagem, a qual consiste na ação de acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados, por meio de anotações no prontuário daquele, da observação direta da resposta do paciente à terapia proposta, bem como do relato do paciente (TANNURE, 2010).

Logo, a CE pode ser definida como uma modalidade de tecnologia leve, utilizada por enfermeiros para nortear e exprimir a sua atuação laboral em bases científicas nos ambientes de trabalho e em atendimento especializado (SANTOS et al., 2015). Pode ser caracterizada como uma tecnologia formada pela combinação entre o conhecimento humano, científico e empírico, que sistematiza o fazer com o intuito de prestar assistência da melhor qualidade e que se efetiva no cuidado ao indivíduo-família-comunidade, além do fato de estar permeada por questões éticas e por um processo reflexivo (MOREIRA, GAIVA, 2017).

Neste contexto, a CE é uma ferramenta pautada em conhecimento científico e fundamentada em um modelo teórico de enfermagem, com vista a determinar as necessidades e o grau de dependência dos indivíduos, família e comunidade (DOMINGOS et al., 2015). O número de estudos sobre o tema CE vem crescendo, já que os enfermeiros estão buscando consolidar sua profissão como ciência. Nesse esforço, há especial atenção à pesquisa por ser um instrumento que contribui, positivamente, ao crescimento da Enfermagem e, consequentemente, à formação profissional dos enfermeiros, conjuntamente ou individualmente, ampliando sua visão sobre o processo saúde-doença e possibilitando a melhoria na qualidade da assistência prestada (ARAUJO et al., 2015). Sendo assim, é preciso considerar o contexto cultural da mulher, e a Teoria Transcultural do Cuidado é direcionada a essa finalidade.

Teoria transcultural do cuidado

Inicialmente, é importante destacar que a Enfermagem busca o embasamento científico de suas ações de cuidado, uma vez que é considerada ciência e uma arte, por conseguinte, é fundamental que se construa uma base teórica habilitada a evidenciar o conhecimento sobre a ciência e a arte da profissão (POTTER, PERRY, 2014). Em 1950, teve início a preocupação com a organização de um corpo de conhecimento específico da Enfermagem que pudesse ser utilizado em todas as áreas da prática profissional, ensino, pesquisa ou assistência, sendo enfatizado com mais intensidade entre 1960 e 1970 (BARROS et al., 2015). Neste período, prevalecia a linha funcionalista da profissão; a partir daí, iniciou-se a incorporação do aspecto qualitativo, havendo a intenção de refletir o papel social da enfermagem, partindo da sua essência como disciplina e prática social relevante (MCEWEN, WILLS, 2016).

Com a Enfermagem Moderna, impulsiona-se a jornada à adoção de uma prática fundamentada em conhecimentos científicos, deixando gradualmente o caráter intuitivo e empírico. Assim, foram elaboradas Teorias de Enfermagem com o objetivo de organizar e sistematizar as questões que fazem parte da atividade profissional da Enfermagem, produzindo conhecimentos capazes de apoiar e subsidiar a prática do enfermeiro. Considera-se — Florence Nightingale — a primeira teórica moderna da Enfermagem, já que descreveu em seus escritos o que acreditava ser as metas e o domínio da Enfermagem. As precursoras do desenvolvimento de Teorias de Enfermagem foram as enfermeiras norte-americanas: Sister Callista Roy, Myra Estrin Levine, Dagmar Brodt, Martha Rogers, Imogene King, Elizabeth D. Orem (BARROS, BISPO, 2017).

As Teorias de Enfermagem proporcionam à profissão caráter científico por tornarem a prática racional e sistematizada, o que favorece a formação de um arcabouço moral e ético para orientar as ações, oferecendo uma estrutura organizada ao conhecimento. As primeiras referências conceituais para a construção das Teorias de Enfermagem foram alicerçadas no conhecimento empírico da profissão, contudo as concepções teóricas já almejavam novas formas de ver e pensar os fenômenos envolvidos na prática da disciplina (SILVA et al., 2018).

Reflexões sobre a prática da Enfermagem foram a origem das teorias que possuem os objetivos de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem, articulam o trabalho das enfermeiras e suas funções no cuidado, oferecendo visão sobre os fundamentos filosóficos da profissão (MELEIS, 2012). Os conceitos que amparam as Teorias de Enfermagem podem ser oriundos de diferentes ciências, mas a maneira com que se relacionam e são aplicados é que define a ciência da Enfermagem (BARROS, BISPO, 2017).

Nesse sentido, a Enfermagem se preocupa com quatro conceitos essenciais: pessoa, saúde, ambiente e Enfermagem, os quais constituem o seu metaparadigma. Pessoa pode representar um indivíduo ou uma comunidade, saúde é tida como um estado de bem-estar, ambiente compreende os arredores que envolvem o cliente ou todo o universo que o circunda, e Enfermagem é a ciência e a arte da disciplina (FERNANDES, PORTO, SOARES, 2017).

As teorias formam grande parte do conhecimento de uma disciplina e promovem uma perspectiva para avaliar a situação dos pacientes, organizando dados e métodos de análise e interpretação das situações, a fim de guiar o planejamento das intervenções de enfermagem para que sejam centradas no paciente (BARROS, BISPO, 2017). Pesquisas sobre as Teorias de Enfermagem são cada vez mais necessárias para explicar e prever os resultados essenciais a serem obtidos pela prestação do cuidado de enfermagem que, embora esteja ligado ao lado humano, também gera custos aos serviços de saúde (SMITH, PARKER, 2015).

Entre as teoristas de Enfermagem, destaca-se aqui Madeleine Leininger. A teorista nasceu em Sutton, Nebraska, EUA, frequentou as escolas Sutton High School e Scholastica College. Leininger iniciou sua carreira, em 1948, ao concluir o curso de graduação em enfermagem em St Anthony's School of Nursing (Denver-Colorado-EUA). Em 1950, concluiu a graduação em Ciências Biológicas no Benedictine College em Atkinson, Kansas. Com essa formação, Leininger atuou como instrutora chefe da unidade médico-cirúrgica e abriu uma nova unidade psiquiátrica no St Joseph's Hospital em Omaha. Leininger, em 1954, tornou-se Mestre em Enfermagem Psiquiátrica na Catholic University of America (Washington, DC) (ORIA et al., 2005).

Em meados de 1950, Leininger percebeu a existência de uma lacuna na compreensão dos fatores culturais, os quais influenciavam no comportamento das crianças que estavam sob seu cuidado, o que a preocupou em demasia. Desde então, iniciou reflexões quanto à inter-relação entre Enfermagem e Antropologia, buscou conhecimentos específicos de Antropologia para subsidiar sua assistência, realizando Doutorado em Antropologia Psicológica, Social e Cultural na University of Washington (Seattle) em 1959, procurando fundamentar seus estudos nos aspectos conceituais relacionados à cultura, Enfermagem e etnociência (LEININGER, 2015).

Em seu Doutourado, desenvolveu a Etnoenfermagem, o primeiro método de pesquisa verdadeiramente da Enfermagem, definido como pesquisa qualitativa focalizada na abordagem naturalística, amplamente indutivo, com fins de documentar, descrever e explicar a visão de mundo, dos significados, dos símbolos e experiências de vida e como as pessoas percebem o cuidado de enfermagem (LEININGER, 2015). Durante seu estudo, observou diferenças culturais marcantes entre os povos do ocidente e do oriente, em especial às questões referentes à saúde e práticas saudáveis. Leininger, ao concluir o Doutorado em Antropologia em 1965, tornou-se a primeira enfermeira a obter o título de Doutora nessa área (ORIA et al., 2005).

Em 1966, Leininger partilhou seus conhecimentos, visando contribuir com a formação de enfermeiros transculturais, ofertando o primeiro curso de Enfermagem Cultural na University of Colorado. Além disso, a expansão multicultural americana trouxe a necessidade de os enfermeiros receberem formação para o cuidado transcultural, passando a ser inserida como disciplina de graduação em 1970 (ORIA et al., 2005).

Madeleine Leininger criou os termos Enfermagem Transcultural e Cuidado Culturalmente

Congruente, para fundamentar o principal objetivo de sua teoria, identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes (ORIA et al., 2005).

Madeleine Leininger propôs a Teoria de Transcultural do Cuidado, a qual está baseada na crença de que pessoas de culturas diferentes podem informar e são capazes de orientar os profissionais para receber os tipos de cuidados que desejam ou necessitam dos outros (LEININGER, MCFARLAND, 2006). O objetivo nesta teoria é prover cuidado culturalmente congruente às pessoas, que se encaixe, seja benéfico e útil ao indivíduo ou grupo cultural com estilo de vida saudável. É proposto descobrir, em relação à estrutura social mundial e outras dimensões, os meios de providenciar o cuidado culturalmente coerente às pessoas de culturas diferentes (diversidade) ou semelhantes (universalidade), a fim de manter ou retornar o bem-estar (saúde) ou enfrentar a doença de modo, culturalmente, apropriado (LEININGER, 2015).

Leininger constrói sua teoria, supondo que as pessoas de cada cultura, não apenas podem saber e definir as formas pelas quais experenciam e compreendem a assistência de enfermagem, mas são capazes de comparar essas experiências e compreensões com suas crenças e práticas de saúde (LEININGER, 2015). A teoria é fundamentada em alguns conceitos que favorecem a sua aplicação. Dentre eles, o Etnocentrismo, pesquisa indutiva e naturalista, definida como o estudo em que o cliente é o centro; é desenvolvida pela observação do contexto de vida no qual o indivíduo está inserido (LEININGER, MCFARLAND, 2006).

O termo Etnoenfermagem diz respeito ao método de pesquisa que auxilia a Enfermagem a documentar, sistematicamente, e adquirir maior compreensão dos significados das experiências de vida das pessoas relacionadas ao cuidado humano, saúde e bem-estar em contextos ambientais diferentes ou semelhantes (LEININGER, MCFARLAND, 2006). Além disso, define Enfermagem Transcultural como subcampo ou ramo da Enfermagem, focado no estudo comparativo e análise da cultura no que diz respeito à Enfermagem e prática de cuidados saúde-doença, crenças e valores com o objetivo de prestar serviços de cuidados significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto de saúde-doença (LEININGER, 2015).

Leininger (2015) define Enfermagem como uma disciplina e profissão humanística e científica, que possui o fenômeno do cuidar humano, atividades de auxílio, apoio, facilitação e capacitação de indivíduos ou grupos para conservar ou readquirir o seu bem-estar ou encarar a doença como centro de suas práxis, devendo ser realizados de maneira, culturalmente, significativa e benéfica. Portanto, a Teoria Transcultural do Cuidado traz como pressuposto básico a Enfermagem — uma disciplina que possui a cultura em sua essência —, abrangendo o contexto e o processo de assistência a indivíduos de variadas orientações culturais ou estilos de vida de uma determinada cultura (LEININGER, MCFARLAND, 2006).

Desse modo, para a teorista, a Enfermagem procura desenvolver suas ações para que os pacientes possam manter a saúde como uma condição de bem-estar, a qual é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade individual ou coletiva de exercer as atividades cotidianas de maneira culturalmente expressa e benéfica (LEININGER, 2015). Para Leininger, a saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo a executar as atividades, segundo modelos desejados em determinada cultura (LEININGER, 2015).

Madeleine Leininger defende que qualquer ser humano vivencia e conhece comportamentos de cuidados a partir do contexto familiar, sendo que os valores, as crenças e as práticas culturais influenciam na forma como o ser humano espera ser cuidado pela Enfermagem (ALMEIDA, 2016). Então, torna-se relevante conhecer a cultura da clientela, apresentada pelos valores, crenças e modos de vida, os quais são aprendidos, incorporados, partilhados e transmitidos de geração a geração, constituindo elementos norteadores dos padrões comportamentais frente a diferentes acontecimentos. Essa abordagem torna possível identificar os valores culturais, diversificados ou universais que conduzem a tomada de decisão dos membros da cultura, visto que expressam os modos desejáveis de ação e de conhecimento (LEININGER, 2015).

A diversidade cultural do cuidado, para a teorista, indica a variação ou diferenças de significados, de padrões, de valores, de modos de vida ou de símbolos de cuidado dentro ou entre a coletividade, relativos à expressão do cuidado humano de auxílio, suporte e capacitação. Já, a universalidade cultural do cuidado expressa os significados, padrões, modos de vida ou símbolos de cuidados comuns, semelhantes ou dominantes, inseridos em muitas culturas e refletindo formas de auxílio, facilidades ou capacitação das pessoas (LEININGER, 2015).

Além disso, ao identificar a diversidade e a universalidade do cuidado cultural, é possível estabelecer e conhecer a visão de mundo, ou seja, a forma pela qual os indivíduos tendem a ver o mundo, seu universo, o qual permite formar uma imagem ou os valores sobre sua vida e o mundo que os rodeia. O conhecimento dessas concepções viabiliza a identificação da estrutura social à qual o indivíduo e o grupo pertencem, visto que elas compreendem a natureza dinâmica dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura ou sociedade. O reconhecimento

de como funcionam esses parâmetros conferem sentido e ordem cultural; entre eles, destacam-se os fatores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais (LEININGER, 2015).

A teorista afirma que a identificação da estrutura social possibilita o levantamento dos sistemas populares de saúde ou de bem-estar, os quais são responsáveis pela definição das práticas de cura e de cuidados de saúde, nativas, locais ou tradicionais, oferecidas pelas famílias e pela comunidade. Tais práticas precisam ser apreendidas pelo sistema profissional de saúde, detentor do ensino, da aprendizagem e da transformação formal do cuidado profissional, da saúde, da doença e do bem-estar (LEININGER, 2015).

A Teoria Transcultural, do ponto de vista da assistência em saúde, assegura que o conhecimento sobre a cultura dos indivíduos consiste no elemento de que a Enfermagem necessita para prestar atendimento adequado a cada pessoa (GEORGE, 2000). Nesse sentido, a meta do atendimento do enfermeiro é o desenvolvimento de cuidado específico e saudável que auxilie o alcance do bem-estar da pessoa, respeitando seu modo de vida, suas crenças e seus valores (ALMEIDA, 2016).

Então, o uso da Teoria Transcultural do Cuidado detém sua relevância ao permitir que o enfermeiro descubra o significado do cuidado cultural, as práticas de cuidado específicas de cada cultura e como os fatores culturais, em especial, a religião, a política, a economia, a visão de mundo, o ambiente, o gênero, entre outros, podem influenciar no cuidado ao paciente. A partir do estudo e da formulação dessa teoria, o campo cultural ingressa na Enfermagem (ALMEIDA, 2016).

Para Leininger, a enfermeira pode optar pelas ações de enfermagem congruentes e benéficas aos seus assistidos, lançando mão de três formas de decisão e ação de cuidado, proposta pela Teoria Transcultural do Cuidado: preservaçãoe manutenção cultural do cuidado, acomodação e negociação cultural do cuidado e repadronização e reestruturação cultural do cuidado ou reestruturação (MONTICELLI et al., 2010).

A preservação e manutenção cultural do cuidado é a primeira forma de decisão e ação de cuidado; inclui ações de cuidados praticados pelo indivíduo, família ou comunidade, benéficos ou inócuos à saúde. Isso ocorre quando as ações ou decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a manterem, no seu modo de vida, valores relevantes acerca do cuidado, de forma a manter sua saúde, recuperar-se da doença, enfrentar os limites decorrentes dela ou possibilidades de morte (LEININGER, 2015).

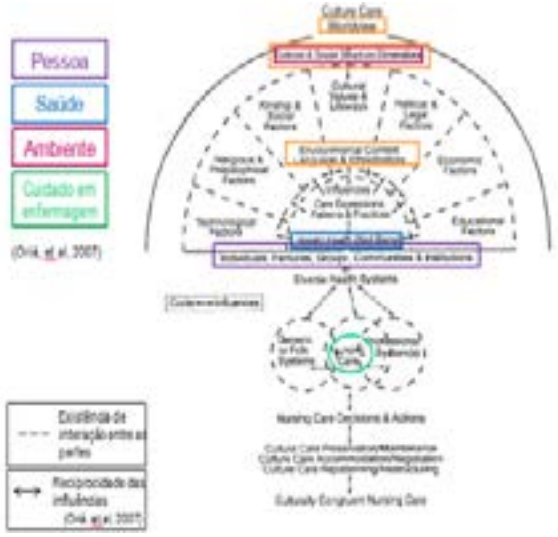
A segunda forma de decisão e ação de cuidado é a acomodação e negociação cultural do cuidado, a qual compreende ações e decisões realizadas pelos profissionais de saúde para assistir, dar suporte, facilitar a adaptação ou negociação das pessoas de determinada cultura. Esse modo ocorre quando as ações e decisões dos profissionais de assistência estimulam as pessoas de um determinado grupo cultural a uma adaptação ou negociação de seu modo de vida com os profissionais que prestam cuidados, visando à integração dos possíveis resultados satisfatórios e benéficos à saúde (LEININGER, 2015).

A repadronização e reestruturação cultural do cuidado é a terceira forma de decisão e ação de cuidado, na qual as ações e decisões visam à reordenação dos modos de vida de indivíduos, famílias e comunidades, com a finalidade de adquirir benefícios à saúde. Esse modo se refere àquelas ações e decisões profissionais de assistência que ajudam os seres humanos a se reorganizarem, substituírem ou modificarem seus modos de vida por meio de padrões de cuidados diferentes, procurando respeitar seus valores culturais e suas crenças, integrando a possibilidade de um modo de vida mais sadio e benéfico ao que ocorria anteriormente ao estabelecimento das modificações (LEININGER, 2015).

Leininger elaborou um diagrama, conhecido como Modelo Sol Nascente, em que destaca os principais pontos da sua Teoria e consiste em uma representação que necessita ser examinada em relação aos pressupostos da Teoria Transcultural do Cuidado. O Modelo Sol Nascente (Figura 1) está focado nos múltiplos fatores que influenciam o cuidado em diferentes contextos históricos, culturais e ambientais (LEININGER, 2015).

Assim, os pressupostos dessa teoria assinalam a Enfermagem como disciplina e profissão de cuidado transcultural, havendo a finalidade primordial de realizar o atendimento dos clientes e usuários em todos os locais do mundo.

Figura 1- Modelo Sol Nascente



Fonte: Leininger, Mcfarland (2006).

Considerações Finais

O uso da Teoria Transcultural na Consulta de Enfermagem no pré-natal possibilita ao enfermeiro a interação com a gestante nas variadas situações assistenciais, de forma que as ações profissionais sejam preservadas, negociadas ou repadronizadas, buscando a congruência cultural do cuidado. Essa Teoria estimula os enfermeiros a valorizarem os contextos de vida da Gestante, bem como o seu conhecimento e atitudes frente ao autocuidado. Nessa perspectiva, é imperativo que o profissional Enfermeiro exercite o olhar destituído de preconceitos para acolher as demandas de saúde e prestar um cuidado, culturalmente, congruente à realidade do seu serviço.

Havendo este posicionamento, a Enfermagem desenvolve o cuidado cultural com domínio de interesse e, criativamente, passa a descobrir o melhor caminho ao desenvolvimento da prática profissional, sendo um verdadeiro processo inovador, que tem como desafio a sistematização do conhecimento e a tentativa contínua e dinâmica de aliar teoria e prática.

Referências

ALMEIDA, MVS. **A participação do pai no cuidado pré-natal de enfermagem: um olhar à luz da teoria de Madeleine Leininger**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

ALVES, CN et al. **Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem.** Esc. Anna Nery, v. 19, n. 2, p. 265-271, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0265.pdf. Acesso em: 08 abr. 2019.

AMARAL, IT; ABRAHÃO, AL. **Consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família, ampliando o reconhecimento das distintas formas de ação: uma revisão integrativa.** J. res.: fundam. care. v.9, n 4. p. 899-906, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4539/pdf_1 Acesso em: 24 jan. 2019.

ARAUJO, A M de L et al. **A pesquisa científica na graduação em enfermagem e sua importância na formação profissional.** Rev enferm UFPE on line.v. 9, n.9, p. 9180-7 2015. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10716/11800 Acesso em: 22 abr. 2019.

ASSIS, JT de et al. **Identidade profissional do enfermeiro na percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família.** Revista Saúde e Ciência online, v. 7, n. 2, p. 43-58, 2018.Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/528/398. Acesso em: 22 abr. 2019.

ASSUNÇÃO, CS et al. **O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes**. J. res. fundam. care. Online, v. 11, n.3, p. 43-58, 2019. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6585/pdf_1. Acesso em: 22 abr. 2019.

BARROS, ALBL de et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática**– São Paulo: COREN-SP, 2015. 113 p.

BARROS, ALBL de, BISPO GS. **Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem**. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: o raciocínio clinico de enfermagem e a era digital, 1, 2017. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/042d/f13a30c3ab0ea4c979b330592cec2d9e2f9d.pdf?_ga=2.203982162.358256180.1568337032-1839900544.1554918987. Acesso em: 10 abr, 2019.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde**: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pré-natal e puerpério. Assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria n o 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de **Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011 Seção 1, 16 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. **Humanização do parto e do nascimento** – Cadernos Humaniza SUS. Universidade Estadual do Ceará. Brasília. Ministério da Saúde, 2014b, 4: 465p.

CAVALCANTE, AMRZ et al. **Nursing diagnoses and**

interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. Rev. Bras. Enferm., v. 68, n. 1, p. 155-160, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0155.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n O. 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. Resolução no. 544/2017. **Dispõe sobre a consulta de enfermagem**. Brasília, DF, 09 de maio de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RES.-544-17.pdf. Acesso em 07 abr. 2018.

_____. Resolução n O. 0568/2018. **Aprova o regulamento dos Consultórios de Enfermagem e Clínicas de Enfermagem**. Brasília, DF, 09 fev. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/RESOLU%C3%87%C3%83O-568-2018.pdf. Acesso em: 07 abr. 2019.

CRUZ, BLC; CAMINHA, M de FC; BATISTA FILHO, M. **Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal**. R. Bras. ci Saúde. v.18,n.1, p.87-94, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/15780/11722. Acesso em: 22 abr 2019.

DE SOUSA, YG et al. **Care Technology Used by Nurses in the Mental Health Services: Integrative Review**. International Archives of Medicine, v. 9, p.1-9, 2016. Disponível em: https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1693/1338. Acesso em: 30 mar. 2019.

DOMINGOS, CS et al. **Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de Orem**. REME, Rev Min Enferm. v.19, n.2, p. 165-75, 2015. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1013. Acesso em: 20 abr. 2019.

DUARTE, SJH; ALMEIDA, EP de. **O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal**. Rev enferm cent Oeste min. v. 4, n. 1, p. 1029-35, 2014. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577. Acesso em: 15 abr. 2019.

FERNANDES, R de OM. **Relações Interpessoais no Acolhimento com o Usuário na Classificação de Risco: percepção do Enfermeiro**. 2017. 111 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora (MG).

FERNANDES, CRC, PORTO, ISI; SOARES, AMM. **El cuidado del cuerpo en el arte, la ciencia y la filosofía de la enfermería**. Cultura de los Cuidados, v 21, n. 47, p. 83-98, 2017. Disponível em:. Acesso em: 01 abr. 2019. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/65753/1/CultCuid_47_08.pdf

GEORGE, JB. (org.) **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOMES, LF de S et al. **Reflection on the promotion of health in the context the program humanization prenatal and birth**. Revista de Enfermagem UFPE On-line, v. 6, n. 7, p. 1721-1728, 2012. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/4a33/491740ffe0d96187eb2297a268967ed8da90.pdf. Acesso em: 17 abr 2019.

GUERREIRO, EM et al. **Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas**. Rev. bras. enferm., v. 67, n. 1, p. 13-21, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0013.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019.

HERDMAN, TH. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e Classificação 2018-2020**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

HORTA, W de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; 1979.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality**. New York: National Leangue for Nursing; 2015.

LEININGER, M; MCFARLAND, M. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 2006.

LIMA, LP de M et al. **O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas**. Revista Espaço para a Saúde, v. 16, n. 3, p. 39-46, 2015. Disponível em: http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/viewFile/394/382. Acesso em: 07 abr.2019.

LOPES, LG et al. **Curso de gestantes e parto humanizado: contribuições para o enfermeiro**. Ver. Extensão em Ação, v. 2, n. 9, p. 80-7, 2015. Disponível em: https://docplayer.com.br/78984632-Curso-de-gestantes-e-parto-humanizado-contribuicoes-para-o-enfermeiro.htmlAcesso em: 08 abr. 2019.

MACIEL, ICF; ARAUJO, TL de. **Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial**, em Fortaleza. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 207-214, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a10.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019.

MARTINELLI, KG et al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 36, n. 2, p. 56-64, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf. Acesso em: 05 abr. 2019.

MARTINS, QPM et al. **Conhecimentos de gestantes no pré-natal: Evidências para o cuidado de enfermagem**. Rev. SANARE, v. 14, n. 2, p.65-71, 2015. Disponível

em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/827/498. Acesso em 31 mar. 2019.

MATOS, D da S et al. **Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais**. Rev. Enfermagem Revista, v. 16. n. 1. 2013. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12937/10176. Acesso em: 07 abr. 2019.

MATTOS, P de C. **Tipos de revisão de literatura**. Faculdade de Ciência Agronômicas UNESP Campus Botucatu, 2015.

MCEWEN, M; WILLS, E. **Bases teóricas de enfermagem**. 4ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

MELEIS, A I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5ª ed. Philadelphia (US): Lippincott William e Wilkins; 2012.

MONTICELLI, M et al. **Aplicações da Teoria Transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado**. Texto contexto - enferm. v. 19, n. 2, p. 220-8, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/02.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

MOREIRA, MD de S; GAÍVA, MAM. **Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem**. J. res. Fundam. Care. online. v. 2, n.2, p. 432-40, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5433/pdf_1. Acesso em: 22: abr. 2019.

MOURA, D de JM et al. **Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos**. Rev. Eletr. Enf. v. 16, n. 4, p. 710-19, 2014 Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n4/pdf/v16n4a02.pdf. Acesso em: 26 mar. 2019.

NOGUEIRA, LDP; OLIVEIRA, G da S. **Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro – um levantamento bibliográfico**. Rev Enferm Atenção Saúde, v.6, n. 1 p. 107-119, 2014. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1538/pdf Acesso em: 29 mar. 2019.

OLIVEIRA, FAM de et al. **Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na Rede Cegonha**. Rev enferm UFPE on line.; v.10, Supl 2, p. 867-74, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/ article/view/11030/12421. Acesso em: 22 abr. 2019.

ORIÁ, MOB et al. **Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview**. Online braz j nurs; v. 4, n. 2, p. 24-30, 2005. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4855. Acesso em: 20 abr. 2019.

PEREIRA RTA, FERREIRA, V. A **Consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família**. Revista Uniara, v.17, n.1, p. 99-111, 2014. Disponível em: http://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/10/7. Acesso em: 11 abr. 2019.

PIO, DAM; OLIVEIRA, MM de. **Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal**. Saúde e Sociedade. v. 23, n. 1, p.313-24, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00313.pdf. Acesso em: 08 abr. 2019.

POTTER, P, PERRY, AG. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier Brasil: 2014. 1422 p.

ROTHER, ET. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. enferm. São Paulo, 2007.

SANTOS, CM dos et al. **Perceptions of nurses and clients about nursing care in kidney transplantation**. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 28, n. 4, p. 337-343, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0337.pdf. Acesso em: 22 abr.2019.

SCHMITZ, EL et al. **Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. spe, e68435, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68435.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

SILVA, NRF da et al. **Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro**. Rev. UNINGÁ, v. 55, n. 2, p. 59-71, 2018. Disponível em: http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1385/1685. Acesso em: 22 abr. 2019.

SILVA, R de CV; CRUZ, EA da. **Planejamento da assistência de enfermagem em oncologia: estudo da estrutura das representações sociais de enfermeiras**. Rev Gaúcha Enferm. v.35, n. 1, p. 116-23, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00116.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

SMITH, M; PARKER, M. **Nursing Theories and Nursing Practice**. 4 th Ed. F.A. Davis; 2015. 564 p.

SOARES, MI et al. **Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem**. Enferm. glob. v. 15, n.42, p. 353-64, 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_administracion3.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

TANNURE, MC. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

VIELLAS, EF et al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública. v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

PARTE III- ESTUDOS ENVOLVENDO A GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Capítulo 7

Desenvolvimento do Fluxograma do Atendimento Inicial de Saúde às Mulheres Privadas de Liberdade

Juliana Coelho de Campos
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Arnildo Korb

Introdução

A organização dos serviços de saúde no sistema prisional evoluiu conforme a compreensão de saúde da população privada de liberdade. Essas mudanças foram possíveis diante da publicação de portarias específicas sobre a saúde deste público.

Todo o serviço de saúde que se inicia tem de considerar a população atendida e suas necessidades e especificidades. Para assistir às mulheres privadas de liberdade e alcançar os objetivos e ações propostas nas políticas públicas vigentes, é necessário planejar e replanejar o modo de fazer, a ponto de atingir a intenção prevista.

A reorganização dos serviços de saúde é a superação do modelo biomédico, o qual centraliza a doença como forma de assistência médica curativa (BUSS, 2000). Os serviços de saúde devem emitir esforços à ampliação do acesso, para a efetivação da equidade e à adoção de ações preventivas por meio da moderna abordagem da Promoção da Saúde (BUSS, 2002).

A necessidade da reorganização do serviço de saúde desta unidade prisional se deu a partir da participação das mulheres privadas de liberdade numa pesquisa, a fim de construir uma tecnologia cuidativo-educacional. As falas foram unânimes, afirmando que o acesso ao serviço de saúde disponível na unidade prisional em que estavam alocadas não atendia às suas necessidades. Diante disso, foi sugerida a elaboração de um fluxograma com o objetivo de reorganizar o serviço de saúde e, assim, garantir o acesso das mulheres privadas de liberdade.

A elaboração de fluxogramas ao serviço de saúde está contida no planejamento e na organização do processo de trabalho das equipes de saúde, visando garantir o cumprimento das diretrizes da atenção básica, devendo a integralidade da assistência ser a preocupação especial das equipes de saúde em relação aos seus usuários (BRASIL, 2013).

O fluxograma pode ser utilizado no processo de trabalho da unidade, articulando ações e possibilitando a identificação dos "nós-críticos" do funcionamento da unidade, a fim de buscar soluções e melhorar as abordagens. Este instrumento foi elaborado, baseado nas diretrizes das políticas que tratam da saúde da mulher privada de liberdade e no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste capítulo, tem-se por objetivo a apresentação do desenvolvimento de fluxograma do primeiro atendimento às mulheres privadas de liberdade pelo serviço de saúde numa unidade prisional, a fim de auxiliar na organização e dinamizar o serviço de saúde, para ser utilizado pelos profissionais da saúde e ser inserido na rotina do serviço da segurança da unidade prisional.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa metodológica e aplicada, podendo ser definida como atividade em que conhecimentos, previamente, adquiridos são utilizados para coletar, selecionar e processar fatos e dados, afim de serem obtidos e confirmados os resultados, gerando impacto (FERREIRA et al., 2018). Foi desenvolvida em três etapas: revisão documental, construção do fluxograma e validação através da escala likert com 11 especialistas, as quais são apresentadas a seguir:

Etapa 01 - revisão documental

Nessa etapa, apoiamo-nos na revisão documental entre leis, portarias e políticas, oferecendo a sustentação teórica dos itens do instrumento avaliado.

Na revisão documental foram selecionadas Leis, Portarias e Políticas, as quais subsidiaram a construção de um instrumento que pudesse organizar o fluxo do primeiro atendimento de saúde às mulheres nas unidades prisionais femininas, garantindo atenção integral à saúde através da oferta dos serviços disponíveis.

Na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994) – foi reconhecida, expressamente, a condição específica de vulnerabilidade a que estão submetidas as mulheres privadas de liberdade, pela qual é destacada a prioridade de especial atenção e consideração que os Estados devem dar a elas e outros grupos de mulheres.

Nos tratados internacionais, incluíram-se as determinações das Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros no mundo, realizadas no I Congresso das Nações Unidas, em 1957, conhecida também como Regras de Mandela, em que a regra nº 30 indica que o profissional médico ou outro profissional da saúde deveria atender e examinar os presos quando da sua entrada no sistema prisional (BRASIL, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) fundamentou este instrumento através de seu objetivo geral, que é o de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional o ao cuidado integral no SUS.

Outra referência é o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (TB) no Brasil (Brasil, 2019), em que estão estabelecidas as diretrizes nacionais para o controle da doença, incluindo procedimentos clínicos padronizados, procedimentos laboratoriais, sistema de vigilância, ações de biossegurança e organização de serviços, como também, enfatizando a população privada de liberdade. No Manual consta a importância da busca ativa no momento do ingresso, realizando a detecção precoce da TB, cujo objetivo é a identificação e tratamento dos pacientes com a doença, impedindo a introdução de novos casos nas unidades prisionais; devendo fazer parte do exame de saúde admissional e ser realizado no prazo máximo de 7 dias após o ingresso do indivíduo na unidade prisional (UP).

Etapa 02 - construção do fluxograma

O fluxograma pode ser considerado uma representação gráfica que apresenta o percurso de um serviço, através de vários setores bem como a finalidade de cada um. Pode, também, oferecer a análise de forma objetiva dos vários setores e etapas de um serviço, mostrando as decisões que devem ser tomadas e os atores envolvidos (MARCONDES, 2019).

Para a construção de um fluxograma, autores afirmam que é necessário fazer as seguintes perguntas: O quê? Por quê ou para quê? Quem? Onde? Quando? Como? Quanto? (SILVIA, SILVANO, 2018).

Utilizamos, na elaboração do fluxograma, um conjunto de símbolos para representar as etapas do processo, usando-se padrões internacionais da American National Standards Institute (ANSI), que tem por objetivo facilitar a identificação e funções das etapas do fluxo do atendimento inicial da saúde às mulheres privadas de liberdade (SILVIA, SILVANO, 2018).

Quadro 1 – Caracterização dos Símbolos utilizados no Fluxograma do acolhimento no serviço de saúde na unidade prisional (FASSUP)

Símbolo	Significado	Utilização
	Terminal/ Terminador	Utilizando para representa o início, parada ou fim do processo.
	Operação/ processo	Utilizado para representar qualquer ação para criar, transformar, conferir ou analisar operação. Dentro do símbolo, descreve o objeto da ação.
	Ponto de decisão/escolha de alternativas.	Utilizado para indicar um ponto do processo que apresenta ações condicionantes.
	Sentido do Fluxo	Setas utilizadas para interligar os diversos símbolos, indicando o sentido da circulação do processo.

Fonte: Longo (2009).

Etapa 03 – validação do fluxograma

Este fluxograma está destinado aos profissionais de saúde que atendem às mulheres privadas de liberdade assim como à equipe de agentes penitenciários, incorporando uma rotina no seu dia a dia de trabalho.

A construção e a validação do fluxograma ocorreram no mês de março de 2019. Participaram dele todos os profissionais que compõem a equipe, totalizando sete na área da saúde, assim representados: dois enfermeiros, dois psicólogos, um assistente social, um dentista, um profissional com formação técnica em enfermagem, além de um técnico administrativo, a diretora da unidade prisional, a assessora da direção e a chefe de segurança, ambas são agentes penitenciárias e formadas em direito.

A etapa de estrutura conceitual permitiu a construção de nove perguntas fechadas com opções de respostas, utilizando a escala Likert para se obter o índice de concordância dos profissionais, sendo 1 - discordo (D), 2 - não concordo e nem discordo (NC/ND), 3 - concordo (C) e 4 - concordo plenamente (CP). Pela escala Likert é requerido aos entrevistados indicar seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida (BENCH MARKING BRASIL, 2019).

Para analisarmos as questões, os membros participantes emitiram seus pareceres, de forma quantitativa, por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Por meio desse índice foi medida a proporção de juízes que estavam em concordância sobre os aspectos do fluxograma e de seus itens.

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas CP (3) ou C (4)}}{\text{Número de respostas}} = \text{deverá ser igual 01}$$

A seguir são apresentados os elementos analisados à validação do fluxograma de atendimento à saúde das mulheres privadas de liberdade, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Questionário para validação do fluxograma de atendimento à saúde às mulheres privadas de liberdade em UBS prisional por profissionais da área

CATEGORIA	CONTEÚDO
PERTINÊNCIA PRÁTICA	1. Você acha necessário ser o enfermeiro o primeiro profissional a realizar o acolhimento?
	2. O acolhimento dessas mulheres deve ser realizado nos primeiros 10 dias após a sua alocação na unidade prisional?
	3. O profissional enfermeiro realizará coleta de exames, testes rápidos, vacinação e exames ginecológicos na primeira consulta?
RELEVÂNCIA	4. O encaminhamento para os demais serviços de saúde pode partir de uma consulta inicial, realizada pelo profissional enfermeiro (a)?
	5. O atendimento de média e alta complexidade deve ser acionado à rede de apoio do município?
	6. Na sua opinião, é necessário que exista, após ser acionado os serviços de atendimento de média e alta complexidade, a referência e contra referência?
	7. Quando? em quais situações se deve acionar esse serviço?
CLAREZA	8. Na sua opinião, o fluxograma está de forma clara?
	9. Está conciso?

Fonte: Os Autores (2019).

Foi apresentada uma versão preliminar do fluxograma e entregue a cada participante juntamente com o questionário de validação. Desta forma, os entrevistados foram submetidos às mesmas perguntas e às mesmas alternativas de respostas. Sendo assim, foi possível identificar o índice de concordância dos profissionais na estrutura e na utilidade prática do fluxograma.

A partir das repostas, efetuou-se a estruturação final do instrumento, consolidando as etapas, ou seja, organizando o conteúdo para obter ordem lógica de apresentação e, assim, estabelecer o formato final.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob nº 2.992.489 em 31 de outubro de 2018 e integra a pesquisa de dissertação de mestrado profissional em enfermagem intitulada: "Tecnologia Cuidativo-educacional: Cartilha para Promoção da Saúde às Mulheres Privadas de Liberdade no Sistema Prisional", realizada na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Resultados

Após a análise das respostas dos questionários, aplicados aos profissionais, foi possível obter o seguinte resultado:

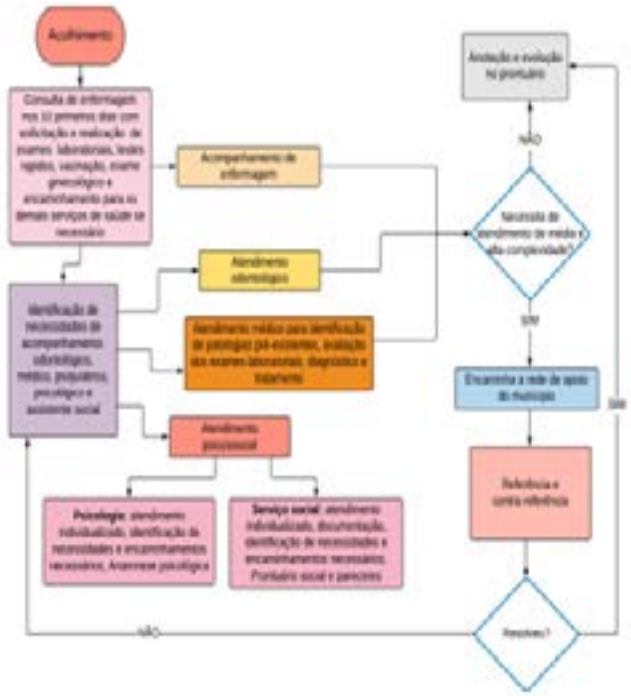
Quadro 3 – Resultado do questionário de validação do fluxograma com os participantes deste estudo

QUESTIONAMENTOS	CP (4)	C (3)	NC/ND (2)	D(1)
1. Você acha necessário ser o enfermeiro o primeiro profissional a realizar o acolhimento?	6	5	-	-
2. O acolhimento dessas mulheres deve ser realizado nos primeiros 10 dias após a sua alocação na unidade prisional?	9	2	-	-
3. O profissional enfermeiro realizará coleta de exames, testes rápidos, vacinação e exames ginecológicos com o intuito da primeira consulta?	9	2	-	-
4. O encaminhamento para os demais serviços de saúde pode partir de uma consulta inicial, realizada pelo profissional enfermeiro (a)?	9	4	-	-
5. O atendimento de média e alta complexidade deve ser acionado à rede de apoio do município?	7	3	-	-
7. Na sua opinião, é necessário que exista, após ser acionado os serviços de atendimento de média e alta complexidade, a referência e contra referência?	8	3	-	-
8. Na sua opinião, o fluxograma está de forma clara?	8	3	-	-
9. Na sua opinião, o fluxograma está de forma concisa?	8	3		

Fonte: Os Autores (2019).

De acordo com os resultados expostos no quadro 3 e aplicando a fórmula do Índice de Validação de Conteúdo (IVC), todas as categorias obtiveram pontuação igual a 1, permanecendo a configuração original apresentada aos profissionais desde o início da validação (figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do atendimento do serviço de saúde na unidade prisional – FASSUP



Fonte: Os Autores (2019).

Ao analisarmos o fluxograma, fica constatado que o enfermeiro será o profissional responsável pelo primeiro contato do serviço de saúde com as mulheres privadas de liberdade, oferecendo e realizando exames e identificando as demais necessidades para as encaminhar aos serviços de saúde existentes na unidade básica de saúde prisional e à rede de assistência.

Fica garantido, neste instrumento, a continuidade da assistência, pois está representando a referência e a contrarreferência com os demais serviços, assim como o registro no prontuário de saúde.

Discussão

Ao elaborar e validar o FASSUP, contribui-se à prática integral do serviço de saúde, pois esse instrumento representa ferramenta a ser utilizada na reorganização do serviço de saúde em uma unidade prisional feminina, garantindo o acesso a todos os serviços de saúde disponíveis na unidade prisional e fora dela, através da rede de atenção à saúde.

Quando perguntado se o enfermeiro deve ser o primeiro profissional a realizar o acolhimento, 54,5% concordaram plenamente e 45,5% concordaram com a afirmação. Desta forma, podemos destacar o papel do enfermeiro e a importância do estabelecimento do vínculo com as mulheres privadas de liberdade.

Assim como, a realização de testes rápidos e de exames preventivos ginecológicos já nos dez primeiros dias de alocação na unidade prisional, contribuindo para a prevenção de doenças às demais mulheres que já se encontram alocadas nas celas.

Em relação ao item que define que os atendimentos, devem ocorrer nos primeiros dez dias de aprisionamento, 80% dos avaliadores concordaram plenamente e 20% concordaram. Esta realização do atendimento de saúde nos primeiros dias de aprisionamento está recomendada e comprovada, através das referências teóricas que nortearam a construção dessa ferramenta como, por exemplo, nas regras mínimas ao tratamento de prisioneiros da Organização das Nações Unidas (ONU) e no manual de recomendações ao controle da tuberculose no Brasil do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Considerando a integralidade como um dos pilares do SUS para o início de sua concretização, é necessário considerar, na prática dos serviços de saúde, os diferentes profissionais que compõem a equipe e contribuem na realização da integralidade. As mulheres privadas de liberdade nessa condição se tornam por si só vulneráveis, enfatizando a importância dos demais profissionais de saúde, a fim de proporcionar as necessidades básicas constitutivas da dignidade humana.

Como limitação, ressalta-se que o instrumento construído e validado tem como objetivo exclusivo o atendimento das mulheres privadas de liberdade, que estão alocadas em unidade prisional detentora de Unidade Básica de Saúde (UBS) no seu interior. Entende-se que, nas unidades onde não há UBS prisional e equipe completa para atender este fluxo, deverá ser adaptado e validado posteriormente.

Este estudo contribuirá à prática de pesquisadores e profissionais da área de saúde na elaboração de ferramentas que visem à reorganização do serviço de saúde, objetivando o fortalecimento da integralidade e da intersetorialidade da equipe que atua no sistema prisional. O enfermeiro, sendo o primeiro profissional a ter contato com a equipe de saúde, terá papel muito importante no sentido de acolher e estabelecer vínculo, além do fortalecimento do papel do enfermeiro com a realização da consulta de enfermagem.

Considerações Finais

O desenvolvimento de um instrumento que auxilie na organização do atendimento de saúde às mulheres privadas de liberdade no sistema prisional, contribuindo ainda à assistência de enfermagem direcionada aos enfermeiros, o primeiro atendimento constitui um avanço, tendo em vista a necessidade de atendimento integral a esse público.

A organização disposta no fluxograma deverá promover a garantia do atendimento prévio, tão logo à chegada das mulheres nas unidades prisionais, assim como encaminhá-las aos demais profissionais da equipe multidisciplinar, além de contribuir para a prática facilitadora no cuidado à mulher privada de liberdade no sistema prisional.

Por meio desse instrumento, visa-se à reorganização de uma das ações do atendimento integral que deve ser ofertado nas unidades de saúde prisionais, facilitando as ações e integrando a equipe.

Porém, como o serviço de saúde é dinâmico, recomenda-se a sua revisão anualmente, tendo em vista as atualizações de acordo com as necessidades, e a partir de novos estudos que possam acrescentar mais eficácia ao setor.

Referências

ALEXANDRE, NMC; COLUCI, MZ O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas**. Ciênc. saúde coletiva, [online], v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Mandela: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos**. 1. Ed – Brasília, 2016. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/05/39ae8bd2085fdbc4a1b02fa6e3944ba2.pdf. Acesso em janeiro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. [online] 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em janeiro 2018.

BUSS, PM. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Rev. Ciênc. saúde coletiva [online], v.5, n.1, p. 163-177, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf. Acesso 05 jan. 2018.

_____. Promoção da Saúde da Família. **Programa Saúde da Família**. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23%281%29021.pdf. Acesso em 29 de abr. 2018.

BENCH MARKING BRASIL. **Escalas de Likert**. [online] 2019. Disponível em: https://benchmarkingbrasil.com.br/likert/. Acesso 14 jun. 2019.

MARCONDES, José Sérgio. **Fluxograma de processo: conceito, o que é? Como fazer?** 2019. Disponível em: <https://gestaodesegurancaprivada.com.br/fluxograma-de-processo-conceito-o-que-e/>. Acesso 12 jul. 2019.

Capítulo 8

Grupo Focal: Uma Estratégia Metodológica de Coleta de Dados na Construção de Fluxogramas Assistenciais em Enfermagem

Saionara Vitória Barimacker
Denise Azambuja Zocche
Elisangela Argenta Zanatta
Jucimar Frigo
Arnildo Korb

Introdução

A adoção de estratégias metodológicas à coleta de dados, adequados aos propósitos da pesquisa-ação tem sido desafiadora, principalmente no que diz respeito ao atendimento das demandas dos projetos de pesquisa, de forma mais intensa naqueles cujo objetivo é a construção de produtos científicos e tecnológicos, como acontece nos mestrados profissionais em Enfermagem.

De todo modo, a pesquisa-ação é a metodologia que orienta a maioria das pesquisas que têm caráter científico e tecnológico. Para Thiollent (2011), pesquisa-ação consiste em uma forma de pesquisa social de caráter científico; essa modalidade de pesquisa, até cerca de 20 anos atrás, era aplicada às áreas de educação de adultos, serviço social e extensão ou comunicação rural.

Esse panorama mudou e, atualmente, devido a problemáticas complexas em saúde na área da enfermagem, passou a estar entre as mais utilizadas, já que a pesquisa-ação permite interferir na realidade social e na cultura dos sujeitos, como também na prática do profissional enfermeiro.

Em nossa pesquisa, adotamos as duas abordagens, qualitativa e quantitativa, executadas através das 12 etapas propostas por Thiollent (2011). Essas etapas não aconteceram, necessariamente, na ordem apontada pelo

autor e foram contempladas, tanto na fase quantitativa, quanto na qualitativa, considerando-se que algumas delas foram adotadas apenas na abordagem qualitativa.

Aos 42 enfermeiros participantes da etapa quantitativa foi aplicado um questionário, contendo questões fechadas que permitiam a verificação dos seus perfis, tais como, idade e tempo de atuação. Como também se questionou sobre os protocolos ministeriais, a fim de traçar o grau de conhecimento desses profissionais sobre diagnóstico e tratamento, levando em consideração a temática da sífilis adquirida.

Discutiu-se, também, sobre a estrutura do processo de trabalho e quais as dificuldades referentes à doença que os enfermeiros encontram durante o desenvolvimento de suas atividades de trabalho. Os resultados foram tratados de maneira quantitativa para subsidiar a busca de fundamentos teóricos, a fim de que as discussões pudessem ser aprofundadas na perspectiva qualitativa.

Nesse trabalho, tem-se por objetivo a descrição da coleta de dados, partindo da estratégia do grupo focal (GF) em uma pesquisa-ação, desenvolvida no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), para a construção de um protocolo de manejo de pacientes com sífilis na Atenção Primária à Saúde.

A escolha pelo método de coleta, utilizando o GF foi determinada pela necessidade de uma dinâmica da pesquisa que permitisse problematizar e entender o processo de trabalho no atendimento a esse tipo de população. Essa técnica de coleta de dados, disposta dentro de uma pesquisa-ação, permite aos sujeitos a criação de estratégias de ações coletivas ao enfrentamento de problemas sociais e técnicos, bem como a elucidação de situações cientificamente relevantes, utilizando-se da problematização e da argumentação (THIOLLENT, 2011).

Diante do exposto, neste trabalho, destacaremos a importância que teve o GF para a coleta de dados e a consequente catalização dos resultados na forma de fluxograma, que orientou os demais trabalhos.

Metodologia

Neste texto, cujo escopo é destacar as contribuições do GF como método de coleta de dados, debruçá-nos-emos sobre os aspectos qualitativos da pesquisa-ação, conforme as etapas propostas por Thiollent (2011): coleta de dados; seminário temático; aprendizagem; saber formal e informal; plano de ação e divulgação externa.

Para realizar o seminário temático, utilizou-se a técnica do GF, realizado em dois encontros e em dias diferentes. Durante a execução dos seminários, contamos com a participação de oito enfermeiros da atenção primária à saúde (APS) que foram escolhidos por apresentar, através do questionário previamente aplicado, respostas mais condizentes com o preconizado pelos Protocolos Ministeriais em relação ao manejo da sífilis.

No primeiro encontro foi proposto aos participantes a construção de um fluxograma de atendimento aos casos de sífilis a partir de pontos críticos, que serviram de parâmetros para pensar as etapas de desenvolvimento de um protocolo de manejo que viesse ao encontro das necessidades da prática profissional no município.

Thiollent (2011) propõe que o papel do seminário consista em "examinar, discutir e tomar decisões acerca de um processo de investigação". Pois, nesse momento, são coletadas as informações e discutidas as interpretações sobre a temática, podendo produzir material teórico a partir de bases teóricas e ou empíricas.

A escolha do GF, como forma de coleta de dados, ocorreu em função de ser compreendido como um recurso utilizado em situações complexas em que se faz necessário aprofundar o estudo do tema ou uma situação específica, como no caso da sífilis.

Esse método de coleta de dados vem se difundindo nas pesquisas em saúde por ter sua "técnica ancorada na perspectiva de interlocução entre sujeitos" e por "subsidiar melhor compreensão do processo grupal" (DALL'AGNOL et al., 2012, p. 187). Esses autores complementam que "as discussões geradas no grupo fomentam a construção de novas ideias e respostas sobre o tema em foco, representando uma transformação qualitativa de aprendizagem e, nesse sentido, aproximam-se dos pressupostos de pesquisa-ação".

Conforme Mendes (2013, p. 50), o GF consiste em "uma técnica qualitativa, cujo objetivo se concentra em captar entre os sujeitos, percepções, sentimentos e ideias, de modo que permita emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado".

E, nesse caso, um adequado planejamento à execução do GF foi relevante para a efetividade das discussões, nas quais os argumentos mais satisfatórios impactaram, significativamente, na etapa de análise e discussão dos resultados. Ainda, para tornar mais complexas as discussões em relação à análise das informações coletadas no GF, podem ser adotadas abordagens quantitativas e qualitativas na mesma pesquisa.

Determinar quem serão os sujeitos da pesquisa e quais os seus papéis dentro da roda de discussões em todos os contextos de pesquisa, é fundamental para a posterior sistematização das informações provindas da coleta de dados, principalmente, na pesquisa-ação (KINALSKI et al., 2017).

O planejamento do GF, nesta pesquisa, seguiu o sugerido por Kinalski et al., (2017), contemplando o organograma conforme representado na Figura 1; tais etapas foram incorporadas dentro das etapas da

pesquisa-ação e, por esse motivo, não serão descritas passo a passo.

Porém, por necessidades metodológicas relativas ao contexto da pesquisa, adotou-se a perspectiva de formatação diferenciada, mas que não influenciou no percurso.

Figura 1 – Planejamento do Grupo Focal

Fonte: Kinalski et al., (2017).

Objetivando não fugir ao foco da pesquisa-ação, mas se fazendo necessário adotar um método de coleta de dados, foi necessária a elaboração de um plano de ação para o desenvolvimento do GF. Assim, os grupos foram executando, pautados nos seguintes critérios:

a) Os atores-participantes: dos 10 enfermeiros convidados a participar do seminário, oito aceitaram.
b) A meta: produzir fluxograma para nortear o processo de trabalho às equipes de enfermagem. Essa meta foi atingida e ao protocolo foram acrescidas discussões relevantes que resultaram das discussões, enriquecendo ainda mais o material.
c) A coleta de dados: seguiu um roteiro pré-estabelecido para o GF, mediante assinatura do Termo de Consentimento para fotografias, vídeos e gravações.
d) Viés de informação: procurou-se neutralizar os conflitos de interesses, evitando-se fugir do tema proposto por meio das inscrições dos participantes para falas. As intervenções da pesquisadora foram fundamentais ao redirecionamento do objeto das discussões.
e) Com o objetivo de não fugir ao tema de pesquisa proposto, seguiu-se a metodologia como descrito no projeto original, não sendo necessárias modificações relevantes que interferissem no resultado final da pesquisa.
f) A participação dos enfermeiros no seminário: a fim de assegurar a participação dos oito profissionais, utilizou-se de metodologias ativas para estimular que todos opinassem. A inscrição às falas, também, contribuiu para todos pudessem se manifestar. O uso dessas metodologias permitiu que os mais tímidos ou receosos participassem ativamente sem, com isso, sentirem-se pressionados.
g) A concordância em 100% do grupo nas decisões que envolveram a construção do fluxograma.
h) A continuidade da ação: essa etapa foi garantida pela permanência dos enfermeiros integrantes nos dois encontros.

Resultados

Quanto aos resultados, apresentamos a construção do fluxograma, o qual consiste no produto inicial gerado no GF, construído a partir das experiências de fluxos de trabalho instituídos nas unidades de saúde. Utilizaram-se duas metodologias ativas, a problematização para instigar as discussões e o uso de tarjetas para a construção do esboço de fluxograma.

O fluxograma, elaborado em conjunto com os enfermeiros (Figura 2), respeitou esse conjunto de bases teóricas na sua fundamentação e elaboração.

Para a construção do fluxograma, foi adotada a classificação internacional proposta por Silvino (2018), a qual é padronizada e facilita o entendimento dos profissionais, como também, nela, são utilizadas cores diferentes em cada etapa para que fique claro ao profissional a cada etapa qual conduta deve ser tomada.

Ao término da construção do fluxograma, foi revisado todo o itinerário terapêutico atribuído ao usuário, no caso, o paciente com a doença do início ao término do atendimento; sendo o fluxograma revisado, ajustado e validado pelo mesmo grupo de oito enfermeiros no segundo encontro.

Para além do proposto, a partir das discussões ainda foram incluídas outras diretrizes como forma de complementação da proposta, o que deu origem à estrutura do protocolo assistencial, o qual, depois de elaborado foi encaminhado via correio eletrônico para sua validação pelos integrantes da pesquisa.

Como instrumento de validação, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), no qual os constructos avaliados foram: atribuições de enfermagem; diretrizes; fluxograma de tratamento; fluxo de trabalho; prescrições de cuidados de enfermagem aos pacientes com a doença, classificados de 1 a 4 pela Escala Likert.

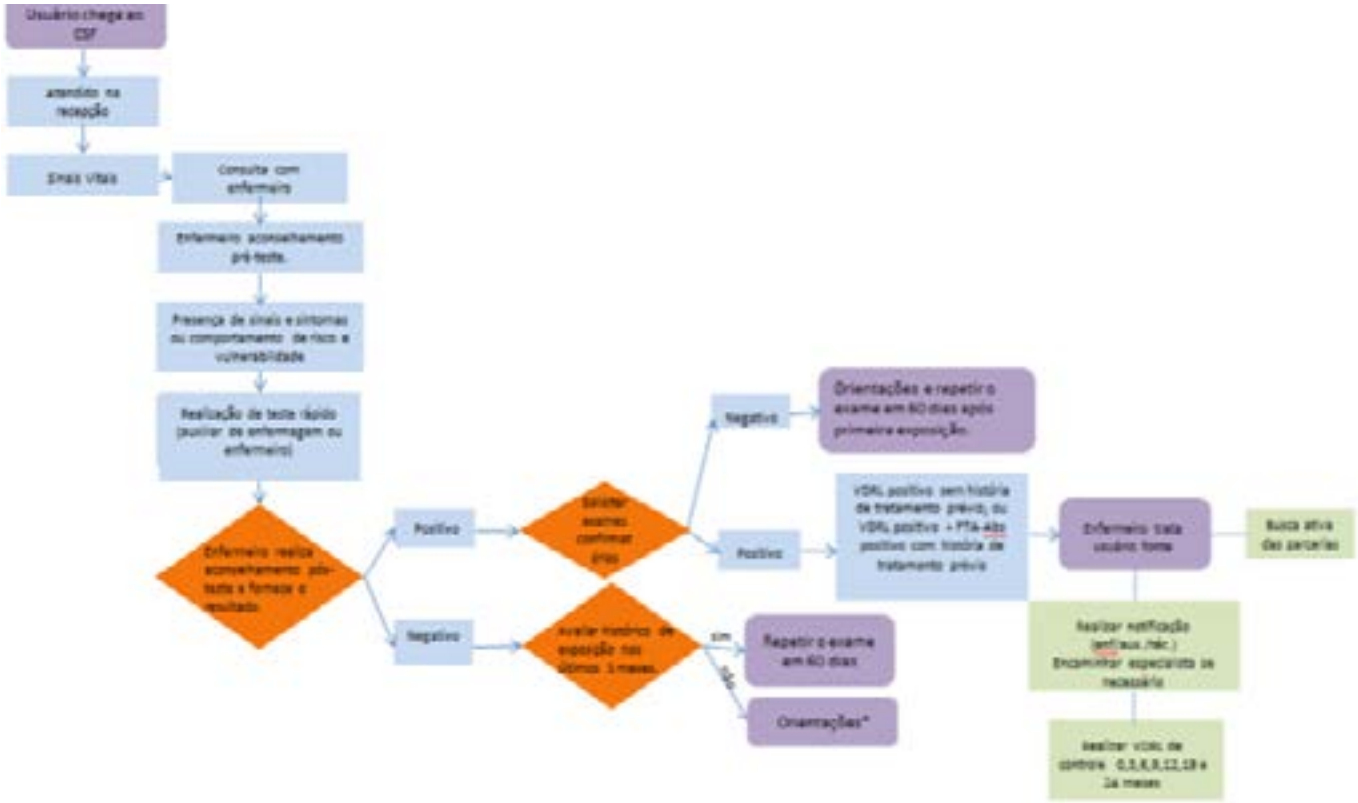
O IVC afere a concordância entre os juízes no que se refere à "representatividade dos itens em relação ao conteúdo em estudo, sendo calculado, dividindo-se o número de juízes que avaliaram o item adequado pelo total de juízes" (PINTO et al., 2015, p. 583). Essa medida acontece, para os autores, "a partir da somatória das respostas "3" e "4" de cada juiz em cada item do questionário e se divide esta soma pelo nú¬mero total de respostas", cuja fórmula para o cálculo é:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

[5]*A metodologia Ativa da Problematização dentre seus métodos possui características ancoradas no construtivismo, em que a aprendizagem é baseada no diálogo e na interação entre os atores, o que contempla as habilidades de comunicação e trabalho colaborativo em equipe (MAIA, 2014).*

Pinto et al (2015) destacam que os itens com pontuação "1" ou "2" necessitam passar por processo de revisão ou eliminados. E, a taxa de concordância entre os juízes para a avalia¬ção dos itens individualmente necessita, preferencial¬mente, ser superior a 0,90 ou 90%.

Figura 2: Fluxograma de atendimento para usuários expostos e ou vulneráveis à sífilis – a partir da estruturação de acordo com normas para a elaboração de fluxogramas proposta por Silvino (2018)



Nesta pesquisa, obteve-se resposta de todos os participantes e, por isso, o critério de concordância foi alcançado conforme disposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Resumo dos pareceres de validação, através da Escala Likert

Constructo	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado
Atribuições de enfermagem	n=0	n=0	n=1	n=7
Diretrizes	n=0	n=0	n=0	n=8
Fluxograma de tratamento	n=0	n=0	n=2	n=6
Fluxo de trabalho	n=0	n=0	n=0	n=8
Prescrições de cuidados de enfermagem aos pacientes com Sífilis	n=0	n=0	n=1	n=7

Fonte: Os Autores (2019).

Conforme consta no Quadro 1, dentre os construtos, obteve-se o critério de concordância 3 e 4, ou seja, 100% de concordância já no primeiro envio, considerando que o proposto à pesquisa seria de 90%. No parecer, disponibilizaram-se espaços para sugestões de alterações.

No segundo encontro de nossa pesquisa, após a validação do fluxograma, buscou-se obter a partir das percepções e da prática profissional dos participantes, os elementos que para eles seriam os mais relevantes para contemplar o protocolo, os quais consistiram em: Atribuições na enfermagem (Enfermeiro-Técnico-Auxiliar de enfermagem); Fluxograma de atendimento de casos suspeitos; Prescrições de cuidados de enfermagem aos usuários com sífilis, conforme Classificação Internacional à Prática de Enfermagem (CIPE); Fluxograma de referência e contrarreferência aos serviços especializados; Esquema de tratamento com penicilina; Rotina para busca ativa; Acesso a exames positivos não retirados; Rotina para notificação; Rotina para controle de doses não aplicadas; Rotina para Venereal Disease Reserch Laboratory (VDRL) de controle; Propostas para rastreio de casos novos; Investigação de parcerias; Fluxograma para atendimento nos casos de reação alérgica; Ações de prevenção; Trabalho Intersetorial; Fortalecer a testagem rápida.

Discussões

Para a construção de um documento orientador à prática profissional, como a de fluxogramas e protocolos, a metodologia da pesquisa-ação pode ser utilizada como forma de melhor elucidar essas situações mal compreendidas e, a partir disso, há possibilidade de serem criados documentos que possam melhormente nortear as ações da equipe.

Ao utilizar o GF como método de obtenção de dados, além de contemplar um espaço de coleta de dados, ao mesmo tempo serve como atividade de educação permanente. Ainda, estimula a participação ativa dos pesquisados no direcionamento de como deveria estar estruturado o protocolo, a fim de nortear a prática profissional.

Durante o processo de escrita do percurso metodológico, alguns questionamentos realizados durante a etapa quantitativa puderam contribuir na seleção dos integrantes da etapa qualitativa, por trazer dados que serviram como elementos que deram ponto de partida ao início e embasamento das discussões.

Na execução do GF, esses dados foram relevantes, pois além de nortearem as discussões à construção do fluxograma, demonstraram que, das situações que podem ser contempladas por esse instrumento, há muitas dificuldades que vão para além do atendimento individual, fazendo-se necessário o estabelecimento de diretrizes que incluem ações intersetoriais.

Silvino (2018) ainda orienta sobre a utilização de um esquema de símbolos, isto é, devem ser utilizados na construção de fluxogramas, prioritariamente, conforme padronização da American National Standards Institute (ANSI), os quais devem "evidenciar a origem, o processo e o destino das informações". Ainda, reforça que podem ser empregados símbolos diferentes dos convencionais, desde que não ocasionem dificuldades na compreensão.

A partir desse entendimento, esse instrumento disposto a partir da coleta de dados com formato de GF, foi de extrema importância no alcance do objetivo geral do projeto, o qual consistiu na elaboração do protocolo.

Considerações Finais

O GF, como método de coleta de dados, tornou a pesquisa rica em significados e ações factíveis de aplicação no processo de trabalho dos enfermeiros frente ao manejo da sífilis. Essa metodologia pode ser estendida a outras áreas da saúde, assim como pode ser aplicada à estruturação de processos de trabalho em outras categorias profissionais.

Ao final da pesquisa, considerou-se que os elementos apresentados em relação à adoção do grupo focal como técnica de coleta de dados, demonstraram ser viáveis na construção de instrumentos e ferramentas a serem incorporadas nas práticas profissionais.

Esta experiência vem ao encontro do crescimento da sua utilização como estratégia nas pesquisas em saúde. Sendo assim, GF torna-se uma das estratégias confiáveis na construção de protocolos assistenciais em enfermagem.

O protocolo elaborado foi incorporado aos documentos oficiais do município de Chapecó - SC, após ser provado na reunião do Conselho Municipal de Saúde, ata número 146 de 18 de fevereiro de 2019.

Ao final de tudo isso, descrever como foi essa trajetória, também, permitiu-nos observar que o método pode ser replicado à elaboração de outros protocolos assistenciais, os quais trarão um retrato da realidade da população para o qual as ações estarão sendo aplicadas, tornando-as mais efetivas na saúde.

Referências

DALL'AGNOL, CM. et al. **A noção de tarefa nos grupos focais**. Revista Gaúcha de Enfermagem [online], v. 33, n. 1, p. p. 180-, 902012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a24v33n1.pdf. Acesso em: 26 abr. 2019.

KINALSKI, DDF et al. **Focus group on qualitative research: experience report**. Rev. Bras. Enferm. [online], v. 70, n. 2. p. 443-8, 2017. Disponível em:. http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0424.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019

MAIA, JA. **Metodologias Problematizadoras em Currículos de Graduação médica**. Revista Brasileira de Educação Médica [online], n. 38, v. 4, p. 566-74, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/18.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

MENDES, LNS. **Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa**. Pesquisa em Pós-Graduação-Série Educação [online], n. 9, p. 49-54, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unisantos.br/serieducacao/article/view/350/pdf>. Acesso em: 28 abr. 2019.

PINTO, T. **Validação de conteúdo de instrumento para avaliar o conhecimento acerca da medida da pressão arterial.** Rev. Bras. Enferm. [online], n. 67, v. 4, p. 581-7, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0581.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

SILVINO, Z R. **Gestão Baseada em Evidências: recursos inteligentes para a solução de problemas da prática em saúde**. Curitiba: CRV, 2018.

Capítulo 9

Itinerário de Educação Permanente para Melhores Práticas em Enfermagem na Rede de Atenção

Mônica Ludwig Weber
Carine Vendruscolo
Edlamar Kátia Adamy
Elisangela Argenta Zanatta
Letícia de Lima Trindade
Carise Fernanda Schneider

Introdução

Ordenar a formação de pessoal para atuar nos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Constituição que regulamenta o Sistema, promulgada em 1988 (BRASIL, 2014). Desde então, vem se investindo em estratégias que fomentem essa formação, sendo que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma das mais importantes. A PNEPS tem como base metodológica a integração com a gestão, a assistência e a participação popular, incorporando os trabalhadores como protagonistas ao operar na mudança do cenário e das práticas de saúde. Seus pressupostos teóricos orientam a articulação das necessidades e capacidades resolutivas dos serviços de saúde, o potencial dos profissionais e da gestão social, em consonância com o SUS e de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2009; VENDRUSCOLO et al., 2018).

Conceitua-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como o processo de aprender e de ensinar, incorporado ao cotidiano de trabalho nas organizações e à aprendizagem significativa. Tal arranjo possibilita a qualificação e transformação das práticas profissionais, já que é construído a partir dos problemas enfrentados, considerando o conhecimento e as experiências dos profissionais (BRASIL, 2014). Nesse sentido, há uma diferença conceitual entre a EPS e a Educação Continuada. Esta última se configura como uma estratégia educativa

isolada e pontual, que visa à melhoria do desempenho pessoal voltado à uma ação pontual; enquanto a EPS é uma estratégia educativa que possibilita um espaço para pensar e fazer no trabalho, a partir de um problema do cotidiano, o qual deverá ser resolvido mediante um processo de transformação da prática e dos sujeitos envolvidos (ANDRIGUE, TRINDADE, AMESTOY, 2017).

Frente aos desafios modernos no cenário da produção da saúde e havendo a incorporação de novas tecnologias ao cotidiano dos serviços, a EPS avança na sua abrangência, ultrapassando os limites e características como uma ferramenta exclusivamente pedagógica, para congregar um posicionamento ético-metodológico ativo na mudança das práticas de trabalho em saúde (ROSSETTI et al., 2019). Cumpre ressaltar que os processos de formação demandam ações no âmbito da organização do trabalho, da interação com RAS e do controle social no setor, observando os pressupostos do SUS e as necessidades da população (VENDRUSCOLO et al., 2018).

Ao vislumbrar o trabalho como dispositivo de aprendizagem, por meio da reflexão coletiva e como potencial à reorganização dos serviços de saúde (Rossetti et al., 2019), o profissional enfermeiro emerge no cenário da prática por suas habilidades interativas e associativas, detendo a capacidade de atender ao indivíduo na sua integralidade e promover a articulação entre os diferentes núcleos de saber, que compõem as equipes multidisciplinares de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora da RAS. A enfermagem de formação generalista é uma das profissões da área da saúde com papel central à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, tendo potencial inovador, criativo e versátil. Na última década, observa-se um crescimento expressivo da profissão, agregando conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar nas dimensões da atenção, da gestão, do ensino, da pesquisa e do controle social, ampliando a responsabilidade dos profissionais com a sociedade (THUMÉ et al., 2018).

Nessa perspectiva, a enfermagem brasileira obteve avanços no escopo de conhecimentos, no sentido de incentivar o uso de evidências científicas no cotidiano profissional, mais atualmente, com a incorporação e problematização do conceito das "boas práticas" ou "melhores práticas". Essa expressão é derivada do inglês, "best practice", que designa aquelas ações decorrentes da melhor técnica baseada em evidência, identificada para a realização de determinada tarefa. Esse conceito abrange intervenções de enfermagem contemporâneas, ancoradas em pesquisas para que, desta forma, garantam a qualidade da assistência prestada (ARUTO, LANZONI, MEIRELLES, 2016; IOWA, 2014).

Executar o cuidado a partir das "melhores práticas" pode ser uma ferramenta útil ao desenvolvimento da profissão de enfermagem. Todavia, essas habilidades demandam processos formativos, os quais se iniciam ainda na graduação e permanecem ao longo da vida profissional. Nesse sentido, a integração ensino-serviço, tanto na esfera de graduação quanto de pós-graduação, converge para a aproximação dos cenários à prática, o que faz do cotidiano um profícuo material na construção do conhecimento. Movimentos de EPS, no dia a dia das equipes de enfermagem ou multidisciplinares estimulam a reflexão, o diálogo e a tomada de decisões a partir da realidade de cada contexto (VENDRUSCOLO et al., 2018).

Partindo dessa contextualização, há evidências de que o envolvimento recíproco entre os segmentos ensino e serviço torna possível a integração entre teoria e prática, colocando-se a serviço da reflexão e transformação da realidade, ou seja, da práxis (FREIRE, 2017). Esse movimento pode ser permeado por dispositivos tecnológicos e metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras e participativas, que favoreçam espaços dinâmicos de troca e compartilhamento de saberes no contexto da atuação profissional (VENDRUSCOLO et al., 2018). Assim, torna-se necessário adotar estratégias ou construir dispositivos que reduzam o distanciamento entre os avanços científicos da prática de enfermagem e a assistência prestada no cotidiano da profissão, fomentando a práxis com base no processo de tomada de consciência e do raciocínio clínico.

Apoiados nessa explanação teórica, objetiva-se com este estudo descrever a construção de um itinerário de EPS para melhores práticas de enfermagem em uma RAS.

Metodologia

O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire é um método de produção de informações para pesquisas participativas que, no caso deste estudo, foi ancorado no referencial das melhores práticas de enfermagem (FREIRE, 2017; IOWA, 2014). O Itinerário representa uma abordagem qualitativa de pesquisa do tipo participativa, que se organiza em três momentos: 1) investigação temática; 2) codificação e descodificação; 3) desvelamento crítico. O método desenvolve-se por meio do Círculo de Cultura (CC), no qual o pesquisador-mediador e os participantes dialogam sobre a realidade e, coletivamente, procuram identificar temas de interesse do grupo e possibilidades de intervenção (FREIRE, 2017; DURAND, HEIDEMANN, 2013). A práxis freireana propõe que, mediante um processo de ação-reflexão-ação, os sujeitos sejam protagonistas de suas histórias e se fortaleçam para as mudanças necessárias em determinado contexto (FREIRE, 2017).

As informações dessa modalidade de investigação são produzidas em conjunto, a partir da problematização dos Temas Geradores e da reflexão sobre eles, para a tomada de consciência crítica. Os Temas Geradores são

situações ou problemas extraídos da problematização do cotidiano profissional de cada participante ou do grupo (DURAND, HEIDEMANN, 2013, FREIRE, 2017).

O Itinerário de Pesquisa Freireano se desenvolveu mediante CC com 17 enfermeiros atuantes em uma RAS formada por três municípios, situados na região oeste de Santa Catarina (SC), com população total aproximada de 18 mil habitantes e constituída por serviços de atenção primária, secundária e terciária. Do total de participantes, 11 enfermeiros atuavam no ponto de atenção primária (Unidade Básica de Saúde), três no ponto de atenção secundária (Centro de Atenção Psicossocial e Pronto Atendimento) e três no ponto de atenção terciária (hospital). O critério de inclusão dos participantes foi o de atuação no serviço de, no mínimo, três meses. Foram excluídos os enfermeiros em licença ou afastamento por qualquer motivo.

Foram realizados três CC, tendo em média sete participantes em cada um, entre os meses de junho e agosto de 2018 com periodicidade mensal. Os encontros tiveram duração de duas horas; a dinamicidade e flexibilidade dos CC permitem que ocorram com um número reduzido e irregular de participantes, desde que se oportunize a aproximação entre eles e os pesquisadores, oportunizando que a situação-limite de interesse do mediador se torne de interesse, também, do coletivo. O rigor epistemológico é garantido mediante a reflexão profunda da realidade, promovendo a autonomia dos participantes no processo (DURAND, HEIDEMANN, 2013). A temática e os objetivos da pesquisa foram apresentados no primeiro encontro, momento em que ocorreu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e consistiam na investigação sobre o conceito e realização das melhores práticas de enfermagem na RAS.

Os participantes foram dispostos em torno de uma mesa, de modo a facilitar o diálogo, o que permitiu potencializar os saberes que se entrecruzaram no espaço de aprendizagem constituído entre o grupo (FREIRE, 2017). Dessa maneira, cumpriram-se as três etapas do Itinerário, a partir das quais emergiram 59 temas geradores, que foram codificados e decodificados através de dinâmicas e reflexões no grupo. Os temas foram gradativamente reduzidos em até 16 temáticas principais, dialogadas no decorrer dos Círculos e desveladas no último encontro. O desvelamento dos temas geradores foi realizado com todos os participantes envolvidos no estudo, como orienta o Método Paulo Freire, aliado ao referencial teórico das melhores práticas, permitindo aos participantes um novo olhar sobre o cotidiano.

O registro dos temas geradores foi realizado em um bloco de notas de uso pessoal da mediadora, sendo também feito por gravação de áudio, mediante consentimento. A pesquisa foi desenvolvida conforme as diretrizes da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas, envolvendo seres humanos, parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina número 2.380.748 em 14/11/2017, autorizada pela Comissão Intergestores Regional (CIR), à qual a RAS está vinculada. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados com nomes de pedras preciosas de acordo com a sua escolha.

Resultados

O primeiro CC contou com a presença de nove enfermeiros. O espaço físico foi previamente organizado pela mediadora com a ajuda de uma colaboradora — sem vínculo com a pesquisa — que otimizou a disposição dos gravadores, além de servir o coffee break ao término do encontro.

Para a etapa inicial, fase de Investigação Temática do Itinerário de Freire, foi elaborado um "cartão de boas vindas", agradecendo pela participação na pesquisa, seguido de cinco questões disparadoras: há quantos anos você atua como enfermeiro? Fez ou está fazendo alguma pós-graduação? Refletindo sobre sua prática diária, o que você aponta como potencialidades e desafios à profissão? O que você modificaria na sua prática diária? Nesse momento houve o intuito de promover a autorreflexão dos enfermeiros sobre o seu percurso profissional e o seu processo de trabalho; também, possibilitou a apresentação da pesquisa, contemplando questões éticas, acordos de convívio, além de servir à investigação dos principais Temas Geradores relacionados ao objeto de estudo. Assim, fragilidades do processo de trabalho da enfermagem nos diferentes pontos da RAS, com vistas às melhores práticas, ficaram evidentes nas falas dos enfermeiros:

> *"[...] a falta de autonomia profissional [...] a gente sabe o que pode e o que não pode, e aí vem outra pessoa, muitas outras profissões interferindo na nossa profissão"*
>
> *"Eu coloquei aqui como primeiro ponto a remuneração baixa, eu acho que a nossa profissão, ela é maravilhosa, maravilhosa! Só que financeiramente, ela é ridícula!" (Diamante).*
>
> *"Política, principalmente, em nível de gestão, muitas vezes [...] a prática é conduzida de forma assistencial, sem trabalhar questões de prevenção" (Diamante).*
>
> *"[...] uma potencialidade que eu gosto bastante é, nessa parte da estratégia é o vínculo que a gente tem com a população, uma coisa que eu acho que ajuda bastante" (Ágatha).*

---

[6]*Situações limite: obstáculos, barreiras, empecilhos ou dificuldades, as quais interferem na vida dos indivíduos e que precisam ser superados (DURAND, HEIDEMANN, 2013).*

As respostas às questões disparadoras deram origem a 59 Temas Geradores, pelos quais foi refletida a realidade dos participantes quanto à sua prática diária. Além da transcrição dos áudios, foram realizadas anotações pela mediadora, as quais auxiliaram na definição dos Temas, organizados, posteriormente, pela mediadora e reapresentados ao grupo a cada encontro. Essa organização prévia foi necessária pelo tempo reduzido dos encontros e para não interferir na problematização dos Temas durante os diálogos do grupo, que foram intensos e importantes ao cumprimento das demais etapas do Itinerário. Desse modo, estabeleceu-se um acordo com o grupo de que os Temas Geradores seriam inseridos em tarjetas coloridas e organizados em um painel para a visualização coletiva e validação dos temas, sendo esse painel resgatado a cada encontro.

No segundo CC, com participação de oito enfermeiros, deu-se continuidade à fase de Investigação Temática, resgatando-se o painel com as tarjetas contendo os Temas Geradores, o qual foi apreciado pelo grupo que, após reflexão, diálogo e discussão, resultou em 16 temas de interesse do grupo. Cumpre destacar que as temáticas identificadas refletem a realidade profissional dos participantes, expressam, inclusive, suas opiniões e percepções pessoais, daquele momento, bastante voltadas à insatisfação com o reconhecimento profissional:

> *"[...] a gente precisa um secretário que fica do teu lado, que te defende, fazer uma humanização do trabalho, uma humanização de ver a gente também como pessoas" (Rubi).*

> *"[...] muita batalha, muita luta, mas você não tem suporte" (Diamante).*

Nesse processo, a inserção da questão de pesquisa ocorreu naturalmente, à medida que os participantes dialogavam e refletiam sobre seu cotidiano. Após concordância entre o grupo sobre os Temas elencados, partiu-se à fase de codificação e descodificação. Com base nos 16 temas identificados, os enfermeiros foram convidados a refletir sobre suas práticas nas diferentes dimensões de atuação da enfermagem: gestão, assistência, ensino e pesquisa, considerando os atributos da APS, destacando o que consideravam como "melhores práticas na gestão e no cuidado em enfermagem". Para isso, reuniram-se em dois grupos de trabalho: um deles identificou e registrou em cartazes as práticas do enfermeiro na gestão-assistência e, o outro, no ensino-pesquisa. Quando concluído, os participantes trocaram de grupo para assim todos contribuírem em ambos, permanecendo apenas o relator do grupo. Os cartazes foram apresentados e discutidos no grande grupo. Essa ação permitiu a ressignificação dos conhecimentos prévios e a produção de novo saber coletivo.

Posteriormente, estando todos em círculo, a mediadora introduziu o conceito das "melhores práticas", buscando identificar saberes prévios e estimulando os enfermeiros a pensarem em alguma prática do cotidiano que considerassem como "melhor prática". Como qualquer situação ou tema novo, percebeu-se certo desconforto no grupo, momento que se evidenciou o "tema do silêncio", em que os participantes tentaram consensuar sobre uma definição que chegasse o mais próximo possível do conceito que define a melhor prática. As perguntas disparadoras dessa reflexão foram: essa prática tem embasamento científico? Quais fontes costumam consultar? O silêncio foi quebrado com a fala das enfermeiras do ponto de atenção terciária à saúde (hospitalar):

> *"[...] talvez seja aquela prática que você ocupa menos material" (Safira).*

> *"[...] acredito que sempre pensar sobre aquilo que é mais assertivo e gera menor custo, como no caso das punções venosas, as escolhas do material" (Cristal).*

Finalizando, a mediadora desafiou os participantes a realizarem um exercício em casa, de busca por algum estudo científico publicado nos últimos cinco anos, relacionado ao seu campo de atuação, a fim de compartilhar com os demais participantes no encontro subsequente. Essa fase de codificação e decodificação disparou a problematização sobre o objeto de estudo e proporcionou um momento rico de troca de vivências, desabafos, insatisfações e alegrias sobre a prática e o contexto profissional de cada enfermeiro.

No terceiro CC ocorreu a fase do desvelamento crítico, estando presentes seis enfermeiros. Os temas foram sintetizados e reapresentados aos participantes como questões a serem repensadas, havendo o objetivo principal de ressignificar as práticas profissionais, classificando-as como melhores práticas, trazendo transformações à realidade de cada enfermeiro e na Rede como um todo. Observou-se que, dos 16 temas desvelados, expostos no Quadro 01, relacionados às potencialidades e desafios às melhores práticas em enfermagem, os participantes destacaram a necessidade de interlocução e apoio entre os enfermeiros da RAS, no sentido de realizar um trabalho coletivo e resolutivo. Sinalizaram, também, a importância de ações de educação continuada e EPS a partir de diferentes temáticas e problemas oriundos do seu processo de trabalho em resposta às situações-limite identificadas.

Quadro 1 - Apresentação dos 16 temas geradores finais, relacionados às potencialidades e desafios para as melhores práticas em enfermagem

Potencialidades para melhores práticas de enfermagem na RAS	Desafios para melhores práticas de enfermagem na RAS
Trabalho em equipe	Equipe reduzida
Liderança	Burocratização do trabalho
Vínculo com o paciente	Pouco reconhecimento profissional (por gestores e usuários)
Espaços de aprendizagem coletiva	Remuneração baixa
Empoderamento do enfermeiro	Falta de diálogo entre enfermeiros
	Ausência de EPS
	Falta de autonomia e apoio (da gestã o)
	Interferência política na assistência
	Sobrecarga de trabalho
	Falta de valorização e cuidado com cuidador
	Falta de apoio dos órgãos de classe

Fonte: Os Autores (2019).

No Quadro 02, ilustra-se de forma resumida como se alcançou um dos temas geradores, cumprindo o Itinerário de Pesquisa Freireano em todas as suas fases.

Quadro 02 — Itinerário de Pesquisa para a elaboração do Tema Gerador 01: Trabalho em equipe

Tema Gerador: trabalho em equipe	
Fragmento do(os) diálogo(os): "eu coloquei aqui com relação a interação com os pacientes, que você tem uma facilidade bem grande nessa profissão, e com a equipe também" (Diamante). "Até esses dias a gente tinha o caso de uma paciente que a cobertura do curativo que a gente estava usando não estava sendo efetiva, aí tanto eu, quanto o médico, a técnica fomos os três pesquisar uma opção que poderia ser utilizada, e esse trabalho é bem interessante" (Turmalina) "essa troca para a gente estar se atualizando, porque fora das universidades as coisas vão dificultando se a gente não se atualizar, precisa dessa troca" (Ametista)	
Codificação e Descodificação	
As parcerias no trabalho facilitam a assistência; Equipe de trabalho melhora resultados na saúde; Trabalho coletivo reduz sobrecargas;	Importante valorizar e demonstrar a importância de cada profissional dentro da equipe; Interprofissionalismo é uma ferramenta para superar fragmentação da assistência; Buscar fomentar parcerias entre os profissionais da equipe; Ao somar forças, nos tornamos mais fortes para lutar por mudanças ou melhorias na nossa prática profissional;
Desvelamento crítico	
Enfermeiros precisam potencializar trabalho em equipe para além das fronteiras (Rede) do serviço de saúde ao qual estão vinculados. A interlocução entre enfermeiros de diferentes pontos tem grande potencial transformador.	

Fonte: Os Autores (2019).

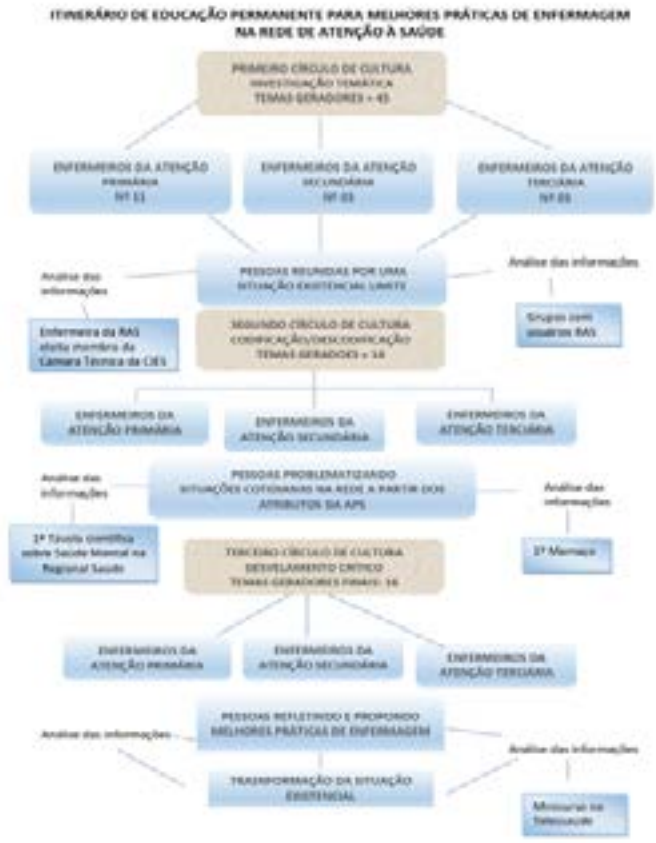
Devido à aproximação dos temas, eles foram desvelados simultaneamente. Em todas as fases do Itinerário Freireano, o diálogo foi uma ferramenta essencial na busca por reflexões e no incentivo ao empoderamento do enfermeiro diante das potencialidades e desafios relacionados à sua prática profissional. O encerramento dos encontros e do Itinerário de Pesquisa ocorreu de forma descontraída, evidenciando a aproximação entre todos os participantes, favorecida pelo contexto da investigação e do método utilizado.

Os diálogos e conhecimentos gerados durante a investigação impulsionaram outras iniciativas como, por exemplo, a realização de grupos com gestantes; educação em saúde à comunidade – "1º Mamaço", que consistiu em uma roda de conversa, envolvendo profissionais da saúde (enfermeiros, obstetra, doula e nutricionista) e usuários, a fim de partilhar vivências e experiências sobre a prática da amamentação. Essas atividades colocaram frente a frente os enfermeiros dos diferentes pontos da Rede e os usuários que por ela circulam.

Ainda, a experiência ganhou destaque junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da região oeste de SC, à qual a mediadora foi convidada a fazer parte, representando o setor de assistência à saúde — hospital do seu município. Como primeira atividade junto a CIES, a mediadora participou da organização de uma "Távola Científica sobre Saúde Mental", temática compreendida como demanda importante na região pela dificuldade de atuação dos profissionais em RAS, além do preparo dos membros da equipe de APS ao manejo de situações nesse ponto de atenção. Outras demandas de EPS para promover melhores práticas emergiram, o que impulsionou a criação de uma parceria com o Telessaúde/SC , por meio do qual foi ofertado um material pedagógico instrucional com multimídia, a fim de dar visibilidade à produção do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e contribuir com o EPS no estado. Nessa proposta, foi elaborado e ofertado um minicurso de 60 horas, via plataforma do Telessaúde, para profissionais gestores de saúde do estado de SC, sobre tecnologias de gestão na APS. Posteriormente, outros cursos serão ofertados nessa parceria.

O envolvimento, as reflexões e discussões entre a mediadora e os participantes dos CC estão expostos no fluxograma apresentado na Figura 1, no qual estão descritas as etapas do Itinerário de Pesquisa, considerado também um Itinerário de EPS. Ele representa o caminho percorrido no decorrer da Investigação e os desdobramentos originados, a partir das trocas e compartilhamento de saberes entre todos os envolvidos durante os CC.

Figura 1 — Fluxograma descritor do Itinerário de EPS para as melhores práticas de enfermagem na RAS, a partir das etapas e desdobramentos dos CC



Fonte: Os Autores (2019).

Discussão

A EPS é uma ferramenta dinamizadora e apropriada para fomentar a mudança institucional, pois facilita a compreensão e reflexão a partir da ação, do trabalho em equipe, da capacidade de gestão e da transformação dos processos de trabalho locais (ANDRIGUE, TRINDADE, AMESTOY, 2017). O Itinerário vivenciado pelas enfermeiras da RAS oportunizou um verdadeiro processo de EPS, pois a pesquisa participante provocou a reflexão crítica e a mudança na forma de pensar e fazer a partir de uma investigação, provocando, dessa forma, a transformação na prática profissional.

No contexto do SUS, a EPS nasceu como estratégia para mudanças nas práticas de trabalho e na formação em saúde, de modo a articular o ensino com as necessidades sociais detectadas pela Rede de serviços. A identificação de problemas requer diálogo entre as partes envolvidas e a necessidade de considerar os cotidianos vivos, nos quais operam trabalhadores e usuários, qualificando a capacidade de escuta e ação na direção de novos horizontes no cuidado em saúde (SCHWEICKARDT et al., 2015). Com vistas ao atendimento das novas demandas do setor, a PNEPS está em constante atualização, com destaque e maior ênfase aos princípios da aprendizagem significativa e utilização de metodologias ativas. Essa necessidade vem ao encontro dos achados desse estudo, no qual os participantes relataram a importância da constante inovação e renovação do processo de trabalho, considerando o usuário como ator principal no processo saúde-doença, construindo o conhecimento para o autocuidado em parceria com o profissional.

Embora, a formação e educação em serviço dos trabalhadores da saúde ainda esteja, majoritariamente, pautada na transmissão de conteúdos por meio de capacitações ou treinamento por protocolos e rotinas, já é amplamente questionada sua efetividade, sendo que, cada vez mais os olhares se voltam à instalação de um processo participativo quanto às práticas, instigando os profissionais à criticidade e abertura aos processos de inovação, movimento proporcionado pela EPS (SCHWEICKARDT et al., 2015). Nesse aspecto, a CIES, enquanto instância interinstitucional tem a função de formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS e prevê igual poder a todos os segmentos envolvidos no processo educativo – gestão, atenção, ensino e controle social, espera-se que cada um deles assuma compromissos com a realidade concreta e, por conseguinte, com a gestão democrática e horizontal do contexto educativo. Cumpre destacar as fragilidades reveladas na atuação da CIES por conta da baixa participação da gestão e dos profissionais atuantes nos serviços, o que influencia diretamente na articulação com as demais paridades, resultando em ações desarticuladas e pouco efetivas (VENDRUSCOLO, PRADO, KLEBA, 2016).

Por outro lado, tem-se percebido movimentos na busca pela mudança desse contexto, promovendo maior interlocução ensino-serviço, com potenciais de

---

[7]*A CIES é uma instância intersetorial e interinstitucional permanente instituída pela Portaria GM/MS nº 1996/07 que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e indicada como estratégia à condução e desenvolvimento da Política de EPS. Busca promover um trabalho articulado entre as esferas de gestão, ensino, serviço e usuários (BRASIL, 2009).*

[8]*O Telessaúde Santa Catarina (SC) é um dos Núcleos que compõem o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2007. O objetivo do Telessaúde é ofertar serviços de teleconsultoria, tele-educação e segunda opinião formativa, serviço em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde - SC e algumas secretarias municipais, com cobertura para 100% dos municípios de SC, consolidando-se em importante ferramenta de apoio assistencial e EPS dos profissionais do SUS (UFSC, 2019).*

transformação da realidade. Este relato é um exemplo prático dos benefícios da atuação em conjunto, da dimensão ensino e serviço em saúde. A aproximação da academia aos cenários de prática, mediada pelo Mestrado Profissional fomentou espaços dialógicos promovidos durante o desenvolvimento dos CC. Inseridos no Círculo, os profissionais participantes da pesquisa se sentiram acolhidos, reconhecidos e sujeitos de uma ação transformadora. Para Ceccim (2017), ao trabalharmos juntos, novas práticas intervêm nas práticas uns dos outros, e esse compartilhamento interferirá nas configurações contemporâneas do trabalho e tudo que é permeado por ele.

Quando falamos em Círculos, eles nos remetem às "rodas", cujo conceito orientou a formulação da PNEPS. A roda também remete ao referencial de Campos et al., (2014), que apresenta os conceitos de apoio matricial, cogestão e interdisciplinaridade, ampliando a visão do processo saúde-doença-cuidado em suas dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas, com vistas à construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde, ancorado na necessidade da construção da interlocução e do interprofissionalismo. Aplicando-se esses conceitos à RAS, destaca-se a necessidade da construção de relações horizontalizadas e de maneira compartilhada entre os profissionais, valendo-se de seu núcleo de conhecimentos, de sua experiência e visão de mundo, como também incorporando demandas trazidas pelo outro, em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo (CAMPOS et al., 2014; CASTRO, CAMPOS, 2016). A EPS, no cotidiano das práticas, implica esse novo olhar dos profissionais da saúde, os quais apresentam formações distintas e necessitam aprender a convergir saberes no coletivo em que se inserem, de modo que suas práticas se articulem e se tornem efetivas. Nessa direção, o recente debate sobre a interprofissionalidade corresponde à prática profissional colaborativa, em que se desenvolve o trabalho em equipe, integrando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e nas suas necessidades no contexto da produção de saúde (FARIAS et al., 2018). A Educação Interprofissional (EIP) pode acontecer em processos de graduação, pós-graduação e educação permanente.

Como estratégia de EPS e para fomentar a colaboração e o trabalho em equipes multidisciplinares da APS, a partir de 2010 apostou-se no desenvolvimento de algumas experiências inovadoras no campo das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e extensão progressiva dessas práticas em todo o país como um modo de atingir o imenso público de trabalhadores do SUS a custos aceitáveis (PINTO, 2016). Destacam-se os serviços integrados como o Telessaúde, que vêm sendo impulsionado com fôlego extra a partir do desenvolvimento das mídias digitais como recurso de informação. Essa tecnologia tem sido incorporada ao cotidiano laboral das equipes que atuam na APS, visando ao atendimento das necessidades de cuidado emergentes no campo da gestão, da assistência, do ensino e da pesquisa em enfermagem (BARBOSA, SILVA, 2017).

O desenvolvimento dos CC, inicialmente, causou certa apreensão entre os participantes, visto que se viram desafiados pelo novo por uma estratégia de pesquisa sobre a qual ainda não detinham conhecimento. No entanto, o uso de metodologias participativas, crítico-reflexivas está cada vez mais em voga e tem desafiado pesquisadores e participantes a desbravarem tecnologias inovadoras, com o objetivo principal de tornar ações e cuidado em saúde mais efetivos. Nesse sentido, estimulou-se a reflexão dos participantes, devolvendo os Temas, anteriormente, codificados e decodificados ao Círculo para debate, buscando a problematização e a passagem da consciência ingênua à consciência crítica e à descoberta das situações-limite (DURAND, HEIDEMANN, 2013).

Atuar enquanto equipe multiprofissional requer atuação em campo e partilha das práticas, habilitando novas potências de criação. Aceitar e aprender a viver assim requer a experiência da educação interprofissional. Não se derrubam imaginários tradicionais sem práticas educativas correspondentes que, atualmente, correspondem às práticas inovadoras e que favorecem a aprendizagem significativa (CECCIM, 2017).

O Itinerário de EPS, construído ao longo da pesquisa, pode ser considerado uma prática inovadora e com potencial transformador da realidade vivenciada pelo participante. Os momentos pedagógicos provocados pelos CC se configuram como espaços de diálogo entre os enfermeiros dos diferentes pontos da Rede, os quais fazem deles momentos de discussão sobre seus afetos e de troca de informações, o que vai ao encontro dos pressupostos que orientam a EPS. Esse arranjo organizacional dialógico se expressa por meio das interações colaborativas entre os profissionais, que vão resolvendo questões relacionadas à gestão e ao cuidado a partir da possibilidade de desenvolver melhores práticas no seu cotidiano.

O Itinerário de EPS, apresentado neste capítulo, pode ser reconhecido como um dispositivo de educação e, ao mesmo tempo, de produção do cuidado, contribuindo para ativar a participação e o protagonismo dos sujeitos envolvidos em processos de construção do conhecimento (CONCEIÇÃO et al., 2015). O Itinerário de EPS pode ser replicado em outras realidades, tendo maior propagação do uso de metodologias participativas, favorecendo a interlocução que pode contribuir à melhoria das relações no cotidiano do trabalho, ao desenvolvimento de ações em saúde de forma integrada, dialógica e sob um olhar mais crítico na direção de mudanças no coletivo. Além disso, espera-se instigar novas pesquisas sobre o desenvolvimento das melhores práticas de

enfermagem no contexto da RAS, visando à melhoria crescente da qualidade da assistência de enfermagem.

Considerações Finais

A problematização sobre a temática das "melhores práticas", descrita nesse estudo com os enfermeiros da RAS, pode ser caracterizada como um movimento inicial de comunicação, permeado pelo diálogo em espaços de ensino-aprendizagem coletivos que despertaram, em cada profissional, a avidez pela busca e compartilhamento do saber.

Destaca-se a potencialidade da metodologia do CC para o desenvolvimento da pesquisa em saúde, proporcionando momentos de diálogo e reflexão nos cenários do ensino e do serviço em saúde. Entendido como metodologia crítico-reflexiva, permite a ação-reflexão-ação, tornando o pesquisador um mediador e também um participante do estudo. Neste estudo, ficou evidente que os CC operaram como lócus de compartilhamento de experiências e, portanto, de Educação Permanente, propulsores da transformação das práticas e da realidade dos enfermeiros.

A construção do Itinerário de EPS pelo coletivo de enfermeiros pode ser compreendida como uma tecnologia de educação e, ao mesmo tempo, de produção do cuidado, permeando a participação e o protagonismo dos enfermeiros na direção das melhores práticas e da qualificação do cuidado de enfermagem.

Referências

ANDRIGUE, KCK; TRINDADE, L de L.; AMESTOY, SC. **Formação acadêmica e educação permanente: influências nos estilos de liderança de enfermeiros**. Rev Fun Care [online], v. 9, n. 4, p. 971-977, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5534/pdf_1. Acesso em: 11 abr. 2019.

ARUTO, GC; LANZONI, GMM; MEIRELLES, BHS. **Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente**. Cogitare Enferm. [online], v. 21, n. esp., p. 01-09, 2016. Disponível: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45648. Acesso em: 11 abr. 2019.

BARBOSA, IA; SILVA, MJP. **Cuidado de Enfermagem por Telessaúde: qual a influência da distância na comunicação?** Rev Bras Enfermagem [online], v. 70, n.5, p. 978-84, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0928.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília, 2014; 120 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saudemovimento_instituinte.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. **Recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem**. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847. Acesso em: 08 abr. 2019.

CAMPOS, GWS et al. **A Aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada**. Interface (Botucatu) [online], v. 18, n. 1, p. 983-95, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf

CASTRO, CP; CAMPOS, GWS. **Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online], v. 26, n. 2, p. 455-81, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00455.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

CECCIM, RB. **Experiências de Interprofissionalidade e aprendizagem: inovações no cenário brasileiro**. In.: Toasse, RFC organizadora. Interprofissionalidade na saúde e formação: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 49-67.

CONCEIÇÃO, M. R. et al. **Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)**. Interface (Botucatu) [online], v. 19, n. 1, p. 845-55, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0845.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

DURAND, MK; HEIDEMANN, ITSB. **The promotion of women's autonomy during family health nursing consultations**. Rev Esc Enferm USP [online], v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/03.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

FARIAS, DN. et al. **Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família**. Trabalho, Educação e Saúde [online], v. 16, n. 1, p. 141-61, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00098.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 64ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017.

IOWA. University Of Iowa.College of Nursing. HCGNE – **Best Practices for Healthcare Professionals**, 2014. Não paginado. Disponível em: http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/best-practicesfor-healthcareprofessionals. Acesso em: 11 abr. 2019.

PINTO, HA. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar**. In: A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas / Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 272 p.

ROSSETTI, LT et al. **Permanent education and health management: a conception of nurses**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [online], v. 11, n. 1, p. 129-134, jan. 2019.

SCHWEICKARDT, JC et al. (org). **Por uma formação que faz banzeiro e encharca os cotidianos de serviços de saúde**. In: Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 240 p.

THUMÉ, E et al. **Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate [online], v. 42, n.1, p. 275-88, 2018. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0275.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Histórico do Telessaúde**. Florianópolis: UFSC, 2019. Disponível em: https://telessaude.ufsc.br/historico/. Acesso em: 11 abr. 2019.

VENDRUSCOLO, C; PRADO, ML, KLEBA, ME. **Reorientação do Ensino na Saúde: para além do quadrilátero, o prisma da educação**. Reflexão e Ação [online], v. 24, n. 3, p. 246-60, 2016. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/5420/pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

VENDRUSCOLO, C. et al. **Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde**. Interface (Botucatu) [online], v. 22, n.1, p. 1353-64, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/icse/2018.nahead/10.1590/1807-57622017.0180/en/. Acesso em: 11 abr. 2019.

Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA

ISBN: 978-65-88565-06-3

CTL

9 786588 565063