

**Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Acadêmico em Enfermagem**

ROSANA FARIAS SOUSA

**Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia
Saúde da Família**

**SÃO LUÍS
2015**

ROSANA FARIAS SOUSA

Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, enfermagem e cuidado

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nair Portela Silva Coutinho

SÃO LUÍS

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sousa, Rosana Farias

Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família. São Luís – MA, 2015.

109 f. : il.

Orientadora: Dr^a. Nair Portela Silva Coutinho

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão, 2015.

1. Avaliação em Saúde 2. Estratégia Saúde da Família 3. Enfermeiros de Saúde da Família I. Título

CDU 616-083

SOUSA, R. F. **Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família**. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, enfermagem e cuidado

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr^a. Nair Portela Silva Coutinho - Orientadora
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Dr. Raimundo Antonio da Silva - 1^o Membro
Doutor em Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão

Dr^a. Liberata Campos Coimbra - 2^o Membro
Doutora em Políticas públicas
Universidade Federal do Maranhão

Dr^a Lena Maria Barros Fonseca
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão - Membro Suplente

Dr^a Ana Hélia de Lima Sardinha
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

À minha querida mãe, Adelina Diamantina
Farias Sousa (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A DEUS, sobre todas as coisas, por ser o meu refúgio e fortaleza, socorro bem presente na angústia;

A Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por ter proporcionado a construção do conhecimento da Ciência da Enfermagem;

Aos docentes do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo apoio, convivência e incentivo, em especial às professoras Doutoras, Doralene Maria Cardoso de Aquino, Lena Maria Barros, Liberata Campos Coimbra, Ana Hélia de Lima Sardinha e ao Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva por participarem em alguns momentos da construção dessa pesquisa.

A minha orientadora, Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho pela sua contribuição, apoio e conhecimento compartilhado;

Aos colegas de turma do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, em especial a Camila Maria de Mello e Silva e Florene Vale dos Anjos, conviver com vocês colaborou para o meu crescimento acadêmico;

À coordenação da Estratégia Saúde da Família, pela colaboração e apoio na elaboração deste trabalho;

Aos enfermeiros participantes e gestores das unidades de saúde visitadas, pela acolhida, e participação efetiva, sem os quais este trabalho não se tornaria realidade;

Aos meus familiares, em especial, ao meu pai, Liberalino Paiva Sousa, meu grande exemplo de perseverança, esposo, Tersio Tadeu Silva Cardoso e filhos, Isadora Farias de Souza e João Filipe Farias de Souza pelo apoio e incentivo durante toda a construção desta pesquisa;

A Andrea Farias Sousa e Lucinéa Farias Sousa (minhas irmãs), por terem colaborado em momentos tão importantes da elaboração deste trabalho;

*Ser enfermeiro na Estratégia Saúde da Família é
aprender a lidar com arte da enfermagem.*

(Rosana Sousa)

SOUSA, R. F. Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

Orientadora: Nair Portela Silva Coutinho

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Resumo

A Atenção Primária em Saúde vem se consolidando no Brasil por meio da Estratégia Saúde da Família, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS. Dentro desse novo contexto de trabalho, o enfermeiro vem assumindo diversas atribuições na equipe e nas Unidades Básicas de Saúde. Este estudo tem por objetivo avaliar a prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família do município de São Luís-MA. Utilizou-se abordagem quantitativa e descritiva. A população foi constituída por 89 enfermeiros. Considerou-se como critério de inclusão estar atuando na equipe há 06 meses ou mais. Foram excluídos aqueles que se encontravam de licença à saúde ou para capacitação, os que se negaram a participar, os que não foram encontrados após 03 tentativas e aqueles que participaram do estudo piloto. Para a coleta de dados utilizou-se dois instrumentos. Na avaliação das questões referentes aos atributos essenciais e derivados da APS, foi utilizado o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) que mede a presença e extensão dos 04 atributos essenciais (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e dos 02 atributos derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária) da Atenção Primária em Saúde. O outro instrumento utilizado foi um questionário com perguntas abertas e fechadas, que abordou questões relativas ao perfil sócio demográfico e profissional e sobre as atividades executadas na prática. Os dados foram organizados utilizando-se o programa EpiInfo, versão 7.0, e a planilha do Microsoft Excel. Realizou-se a análise descritiva (frequências relativa e absoluta). A partir da análise dos dados, observa-se que a maioria dos enfermeiros tem renda mensal média de 3 a 5 salários mínimos (32,5%), 41,6% trabalham na estratégia há 10 anos ou mais, 79,7% possuem especialização, 58,4% exercem outra atividade profissional e 86,5% tem vínculo trabalhista estatutário. São capacitados em diversas áreas, porém existem fragilidades em temas de grande relevância, como: assistência domiciliar (21,3%) e educação em saúde (41,6%). O maior percentual foi daqueles que realizam a visita domiciliar raramente (48,3%), reconhecendo-se a necessidade de fortalecimento dessa prática. Realizam planejamento das atividades, mas observa-se desconhecimento do genograma (2,2%) e ecomapa (4,5%). As atividades educativas vêm sendo realizadas, destacando-se as palestras (97,8%), sendo necessário o desenvolvimento de atividades que venham melhorar a interação, escuta e compartilhamento de ideias. Com relação aos atributos da Atenção Primária em Saúde, foram observados escores baixos nos itens acessibilidade (3,3), coordenação - integração dos cuidados (5,0), integralidade – serviços disponíveis (6,0) e orientação comunitária (4,4). Destacam-se escores altos nos itens - longitudinalidade (6,6), coordenação sistema de informação (8,0), integralidade de serviços prestados (6,6) e orientação familiar (7,3). O município de São Luís apresentou mais baixo escore médio essencial (6,0), derivado (5,6) e geral (5,9), do que a maioria dos municípios brasileiros que utilizaram esta ferramenta. Apesar de se observar mudanças positivas na postura e atividades desenvolvidas pelos participantes, ainda é necessário que profissionais e gestores reflitam sobre suas práticas, buscando fortalecer esse novo modelo de se fazer saúde.

Descritores: Avaliação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermeiros de Saúde da Família.

SOUSA, R. F. Nurse practice of assessment within the Family Health Strategy. 2015. 109 f. Thesis (Masters Degree). Nursing Post-Graduation program, Universidade Federal do Maranhão (Federal University of Maranhão), São Luís, 2015.

Abstract

The Primary Health Care (PHC) has been consolidated in Brazil through the Family Health Strategy, enabling compliance with the principles of SUS. Within this new context of work, nurses have assumed many responsibilities in the team and in the Basic Health Units. This study aims to evaluate nursing practice in the context of the Family Health Strategy of the municipality of São Luís-MA. The quantitative and descriptive approaches were used in this research. The population was constituted for 89 nurses. Working on the team for 6 months or longer was considered as an inclusion criteria. Those who were taking sick or training leave, refused to participate, were not reached after three attempts and those who didn't take part in the pilot study were excluded from the research. Two instruments were used for the data collection. The so-called Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), which measures the presence and extension of the 04 essential attributes (accessibility, continuity of care, completeness and care coordination) and the 02 derived attributes (focused attention on family, community orientation) of Primary Health Care, was used as an instrument in order to assess the issues relating to the essential and derived attributes from the PHC. The other instrument was a questionnaire with open and closed questions, which addressed issues related to the socialdemographic and professional profile and on the activities performed in practice. The data were organized using the EpiInfo software, 7.0 version, and the MicrosoftExcel worksheet. The descriptive analysis was carried out with relative and absolute frequencies. From the analysis of the data, it can be noted that the majority of nurses have average monthly income from 3 to 5 minimum wages (32.5 %), 41.6% of them work in strategy for 10 years or longer, 79.7% have got specialization, 58.4% are engaged in another professional activity and 86.5% have statutory labor bond. They are trained in several areas, but there are weaknesses in topics of great importance, such as: home care (21.3 %) and health education (41.6 %). The highest percentage was among those who rarely make home visits (48.3 %), demonstrating the need to strengthen this practice. Planning activities are performed, but a lack of knowledge about genogram (2.2 %) and ecomap (4.5 %) is observed. The educational activities are being accomplished, highlighting the lectures (97.8 %), with need for development of activities that will improve the interaction, listening and sharing of ideas. Regarding the attributes of Primary Health Care, low scores on the items accessibility (3.3), coordination - integration of care (5.0), completeness – available services (6.0) and community orientation (4.4) were noticed. High scores stand out for the items – continuity of care (6.6), coordination information system (8.0), integrality of provided services (6.6) and family orientation (7.3). The municipality of São Luís presented lower average essential (6,0), derived (5.6) and general scores (5.9) than the majority of Brazilian municipalities that used this tool. Although positive changes in posture and activities developed by the participants can be observed, it is still necessary that professionals and managers reflect on their practices, seeking to strengthen this new model in order to accomplish health care.

Keywords: Health Care Evaluation. The Family Health Strategy. Nurses in the Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Relação entre a lei do exercício profissional n° 7.498/96 e a PNAB, 2012	23
Figura 1 - Distribuição dos Distritos sanitários no município de São Luís (MA)	26
Quadro 2 - Elementos abordados na prática profissional do enfermeiro da ESF. São Luís-MA, 2014	28
Quadro 3 - Escores médio e convertido na escala de 0 a 10 de cada Atributos da APS e Escores essencial, derivado e geral da APS na percepção dos enfermeiros da ESF do município de São Luís – MA, 2015	59

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição das equipes de ESF nos distritos sanitários e unidades de saúde. São Luís, 2014	27
Tabela 2 - Perfil sócio demográfico dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. São Luís- MA, 2014	33
Tabela 3 - Perfil profissional dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. São Luís- MA, 2014	35
Tabela 4 - Capacitações do Enfermeiro da ESF. São Luís, 2014	36
Tabela 5 - Percentual de enfermeiros que realizam visitas domiciliar e frequência das visitas. São Luís-MA, 2014	36
Tabela 6 - Clientela visitada pelo Enfermeiro da ESF. São Luís- MA, 2014	37
Tabela 7 - Atividades executadas pelo Enfermeiro na ESF. São Luís-MA, 2014	38
Tabela 8 - Percentual de Enfermeiros que realizam suas atividades de forma sistemática e planejada e frequência das reuniões de planejamento. São Luís- MA, 2014	39
Tabela 9 - Tipos de reuniões que o enfermeiro da ESF participa. São Luís-MA, 2014	39
Tabela 10 - Tipos de instrumentos utilizados pelo Enfermeiro para avaliar as necessidades de sua área	40
Tabela 11 - Percentual de enfermeiros da ESF quanto ao respeito dos limites de sua competência técnica e circunstâncias de extrapolação. São Luís-MA, 2014 ..	41
Tabela 12 - Percentual de profissionais Enfermeiros de acordo com ações que caracterizam seu vínculo com a comunidade. São Luís-MA, 2014	41
Tabela 13 - Tipos de atividades educativas e grupos de educação em saúde realizados pelo Enfermeiro da ESF. São Luís-MA	43
Tabela 14 - Fatores que dificultam e facilitam a prática do Enfermeiro da ESF. São Luís-MA, 2014	45
Tabela 15 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, acessibilidade. São Luís-MA, 2014	46
Tabela 16 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, longitudinalidade. São Luís-MA, 2014	48
Tabela 17 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, coordenação/ integração de cuidados. São Luís-MA, 2014	50
Tabela 18 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, coordenação-sistema de informações. São Luís-MA, 2014	51
Tabela 19 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, integralidade- serviços disponíveis. São Luís-MA, 2014	52

Tabela 20 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, integralidade- serviços prestados. São Luís-MA, 2014	53
Tabela 21 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo derivado da APS, orientação familiar. São Luís-MA, 2014	56
Tabela 22 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo derivado da APS, orientação comunitária. São Luís-MA, 2014	57

LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
APS	- Atenção Primária em Saúde
CS	- Centros de Saúde
e- SUS AB	- e- SUS Atenção Básica
ESB	- Equipes de Saúde Bucal
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCID	- Sistema de Indicadores da Cidadania
MS	- Ministério da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool-Brasil	- <i>Primary Care Assessment Tool - Brasil</i>
PNAB	- Política Nacional da Atenção Básica
PSF	- Programa Saúde da Família
RN	- Recém Nascido
SEMUS	- Secretaria Municipal de Saúde
SF	- Saúde da Família
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
USF	- Unidades Saúde da Família
VD	- Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	GERAL	16
2.2	ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
3.2	A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE NA FAMÍLIA E APS ..	19
3.3	VISLUMBRANDO A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS NA ESF	22
4	METODOLOGIA	25
4.1	TIPO DE ESTUDO	25
4.2	LOCAL DO ESTUDO	25
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	27
4.3.1	CrITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
4.3.2	CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA E VARIÁVEIS ESTUDADAS	28
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	31
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5	RESULTADOS	33
5.1	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO	33
5.2	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA /PCATool-BRASIL .	46
6	DISCUSSÃO	60
6.1	QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO	60
6.2	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA /PCATool-BRASIL .	70
7	CONCLUSÕES	77
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES	88
	ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país, no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade do cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos primeiros anos recebeu a denominação de PSF e, posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008; ASSIS, 2010a; BRASIL, 2011b).

O trabalho da ESF é realizado por uma equipe multiprofissional que é composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No entanto, outros profissionais podem integrar-se à equipe, de acordo com as necessidades da população a ser atendida (BICCA; TAVARES, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011a).

Dentro desse novo contexto de trabalho o enfermeiro vem assumindo uma variedade de atribuições na Equipe de ESF e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Surge um novo mercado de trabalho para este profissional e uma preocupação com sua capacitação, fazendo com que contribuam para uma mudança no perfil epidemiológico do país. Assim, a ESF tem o enfermeiro como um importante membro da equipe multidisciplinar e isto tem representado um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional (COSTA; SILVA, 2004; FREITAS; NUNES, 2010; SILVA; MOTTA; ZEITONE 2010).

Ao enfermeiro da ESF cabem atividades de supervisão, gerenciamento e controle da equipe. Como gerente da assistência de enfermagem, o enfermeiro deve ser gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe e definindo responsabilidades. Sendo assim, o enfermeiro tem ampliado ou readequado sua prática, visando atender à nova realidade (BENITO et al., 2005; FERRAZ; SANTOS, 2007; BRASIL, 2011a).

A formação dos enfermeiros para trabalhar na perspectiva proposta pelo MS exige competências de caráter educativo, assistencial, político e administrativo; todas engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento, no desencadeamento de processos sociais, integrando ações de coletividade, visando à melhoria da qualidade do serviço (PAIVA et al., 2010).

Como enfermeira da Estratégia Saúde da Família há 11 anos, no ambiente da experiência e prática vivenciadas, observo que o profissional enfermeiro desenvolve funções

variadas e de grande relevância para a sua comunidade e equipe, porém frequentemente sinto-me impotente diante de tantas responsabilidades e atividades de natureza diversas a serem executadas, pois existe uma lacuna entre o saber e o fazer, entre aquilo que se preconiza e aquilo que se realiza, entre o que é lícito e o que é imposto. Em frente a tantos desafios nessa vivência profissional, por vezes surgem os questionamentos: O que o enfermeiro vem realmente realizando em sua prática? O enfermeiro está capacitado para exercer essa prática? O enfermeiro executa a sua função de forma sistemática e planejada? O profissional enfermeiro respeita os limites de sua competência técnica? Que fatores facilitam ou dificultam a sua prática? Sua prática vem sendo norteadada pelos parâmetros e protocolos do MS e lei do exercício profissional e apresenta os atributos que qualificam a Atenção Primária em Saúde (APS)?

Surge então a pergunta norteadora deste estudo: O que o enfermeiro vem realizando em sua prática na ESF está em concordância com as normas e princípios preconizados?

Sendo assim, constitui-se como objeto desse estudo a avaliação da prática dos enfermeiros no âmbito da Estratégia Saúde da Família, sobretudo no que diz respeito às atribuições específicas preconizadas pelo MS e lei do exercício profissional. Considera-se importante estudar esse assunto, pois apesar dos avanços apresentados pela ESF, observa-se que a prática ainda continua voltada para o modelo hospitalocêntrico do cuidado, valorizando a doença como fonte de cuidado, em detrimento das ações de promoção e prevenção da saúde (JUNGES et al., 2009).

A compreensão da valorização e reconhecimento da prática dos enfermeiros na ESF pode lhes trazer uma reflexão de quais lacunas precisam transpor no intuito de consolidar e reafirmar sua identidade profissional, impactando socialmente as demandas de saúde na atenção básica. Espera-se contribuir dessa forma com os gestores, gerentes e principalmente com os enfermeiros, para melhorar o funcionamento da ESF, uma vez que esta é a porta de entrada dos serviços de saúde e o seu bom funcionamento é primordial para a consolidação do SUS.

Apesar da ESF já existir no município de São Luís há 15 anos, não foram encontradas pesquisas de avaliação da prática específica do enfermeiro na ESF no Município de São Luís/MA. Existem vários estudos de avaliação da Estratégia como um todo no Brasil, inclusive em nosso município, como: Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado do Maranhão (COIMBRA; PEREIRA, 2009); A Estratégia Saúde da Família no município de São Luís: avanços e desafios (NICOLAU, 2008). Além disso, apresenta-se com uma estrutura pouco utilizada, pois grande parte das pesquisas realizadas no Brasil foram elaboradas no intuito de avaliar especificamente grupos prioritários do MS ou alguma atividade específica, a exemplo dos seguintes estudos: Avaliação das atividades dos

enfermeiros da Saúde da Família na atenção da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará (MACHADO, 2005); O conhecimento gerencial requerido do enfermeiro do Programa Saúde da Família (BENITO et al., 2005).

Faz-se necessária uma avaliação da prática que vem sendo realizada por esses profissionais, comparando-a com o que foi preconizado pela Lei do exercício profissional e pactuado com o município de São Luís e MS, no intuito de contribuir para o planejamento das ações, visando à melhoria e consolidação da Saúde da Família. Espera-se que este trabalho possa contribuir como parâmetro crítico e reflexivo de avaliação da prática dos enfermeiros no âmbito da ESF deste município.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a prática dos enfermeiros da ESF do município de São Luís/MA.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sócio demográfico e profissional dos enfermeiros que atuam na ESF;
- b) Identificar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros;
- c) Identificar se existe planejamento no desenvolvimento de suas atividades;
- d) Verificar se o enfermeiro respeita os limites de sua competência técnica;
- e) Descrever as dificuldades e facilidades encontradas para o desenvolvimento de sua prática;
- f) Aferir a qualidade dos serviços prestados pelo enfermeiro através da presença dos atributos derivados e essenciais da Atenção Primária em Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Brasil tem vivenciado importantes mudanças desde a implantação do SUS. O PSF, criado em 1994, e posteriormente ampliado para a atual ESF no intuito de melhorar o acesso à Atenção Primária em todo o país, é um grande marco nesse processo. Suas características estruturantes dos sistemas municipais de saúde têm estimulado a construção de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Foi necessário utilizar o termo programa para dar maior visibilidade política, porém trata-se de uma estratégia com potencialidade transformadora do modelo de atenção à saúde, uma vez que tem características estruturantes dos serviços de saúde que incorpora e reafirma os princípios do SUS, prioriza ações de promoção e prevenção da saúde em detrimento das ações curativas, onde o foco é a doença. Sendo assim, passou a ser chamada de ESF (NICOLAU, 2008; ASSIS et al., 2010a; SILVA et al., 2011).

Na organização do sistema de saúde a partir da Atenção Básica, a ESF tem demonstrado seu potencial transformador, mudando práticas, agregando importantes atores e fortalecendo vínculos com as comunidades. Reforça claramente seu papel com uma estratégia de organização dos sistemas municipais de saúde, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS (STARFIELD, 2004).

A ESF surge então, a partir da necessidade do MS em reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, pois já havia uma experiência pioneira e bem sucedida, realizada no Ceará, município de Quixadá, que revelava a importância do ACS nos serviços básicos de saúde, e começava a focar a família como unidade de cuidado, apresentando-se como de grande importância na redução desses índices. Sendo assim, em 1993, após uma reunião realizada em Brasília, foram criadas as diretrizes e normas para a adesão dos municípios. Havendo então, uma expansão do programa em todo o território nacional no ano seguinte (ROSA; LABATE, 2005; MACHADO, 2005).

A estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores, dos profissionais de saúde; à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso dos serviços e a redução da mortalidade infantil. Essa nova estratégia de reorientação dos serviços de saúde tem como características básicas: o caráter substitutivo, a

complementariedade, hierarquização, adscrição da clientela, cadastramento, instalação nas UBS, composição e atribuições das equipes e dos seus membros (BICCA; TAVARES, 2006; BRASIL, 2012).

O trabalho nesse novo modelo de atenção a saúde é realizado por uma equipe multiprofissional mínima que tem em sua composição um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis ACS. Existem ainda outras modalidades de equipes que agregam outros profissionais, cuja adesão dependerá das necessidades da população a serem atendidas (AMARANTE et al., 2011; BRASIL, 2012).

Segundo a Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011:

[...]

3.3. Os profissionais de saúde bucal serão incorporados às ESF por intermédio de Equipes de Saúde Bucal (ESB), nas seguintes modalidades:

I - ESB I: equipe multiprofissional composta por 01 (um) cirurgião-dentista e 01 (um) auxiliar de consultório dentário, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais, que será vinculada a 01 (uma) ou 02 (duas) ESF;

II - ESB II: equipe multiprofissional composta por 01 (um) cirurgião-dentista, 01 (um) auxiliar de consultório dentário e 01 (um) técnico de higiene bucal, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais, que será vinculada a 01 (uma) ou 02 (duas) ESF (BRASIL, 2011a, não paginado).

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), até novembro de 2014, existiam no Brasil as seguintes modalidades de equipes de ESF implantadas: 39.064 equipes ESF de composição mínima; 21.982 equipes de ESF na modalidade I e 2.261 equipes na modalidade II, atendendo a uma população de 193.976.530 pessoas, funcionando como porta de entrada dos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

O Estado do Maranhão nesse mesmo período contava com o trabalho de 1.980 equipes de ESF de composição mínima, 1.232 equipes de ESF na modalidade I e 21 equipes de ESF implantadas na modalidade II, que atendiam a uma população de 6.714.314 (BRASIL, 2014).

No município de São Luís, a primeira equipe de ESF foi implantada em 1994, no Bairro do Coroadinho, na Vila São Sebastião, sendo priorizada essa área por ser considerada uma área em que já se realizava uma experiência positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo esta indicação aprovada pelo Conselho de Saúde local. Em 1996, foram implantadas 10 equipes na zona rural. Considerou-se para a seleção, áreas que fossem desassistidas pelos serviços de saúde. No ano de 2002, ocorreu um incremento de novas equipes, distribuídas em todos os distritos sanitários deste município, assim, em 2004, São Luís já contava com o trabalho de 82 equipes com 29,27%

de cobertura populacional. Em 2007, após concurso público, muitas equipes foram redefinidas. No mês de agosto de 2014 (período de encerramento da coleta de dados) existiam 104 equipes implantadas no município de São Luís, sendo que destas 39 equipes estavam implantadas na modalidade I, atingindo uma cobertura populacional de 34,5%. Dessa forma, 104 enfermeiros coordenavam as ações na estratégia e acompanhavam 96.645 famílias, realizando 7.723 atendimentos mensais e individuais de enfermagem (BRASIL, 2001; RIBEIRO; NICOLAU, 2013; SIAB, 2014).

A ESF traz nos seus moldes a estrutura da APS, que tem como um dos seus princípios básicos, a atenção ao indivíduo no seu ambiente familiar e na comunidade (BRASIL, 2008; ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012). Sendo assim, torna-se impossível, nesse campo de atuação, vislumbrar o indivíduo fora do seu contexto familiar e social.

Segundo Starfield (2004, p. 27),

[...] para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas a sua enfermidade individual.

O contexto da família e da comunidade para o profissional de saúde deverá focar o entendimento das condições de vida do paciente, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais referentes à comunidade na qual vive.

Destarte, a prática profissional deverá ser orientada para a família, problemas compreendidos no contexto da família e da rede social e orientada para a comunidade, contexto de vida na comunidade local e consciência de necessidades de saúde na comunidade.

3.2 A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE NA FAMÍLIA E APS

A ESF, concebida em consonância com os princípios do SUS, tem como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir de Atenção Básica, atribuindo uma nova dinâmica de atuação, nas UBS, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Nesse enfoque, a família é deslocada para o centro da atenção e passa a ser abordada no seu contexto (NICOLAU, 2008).

Esse novo modelo de atenção é apontado como uma alternativa para reorganização do sistema de saúde e sua proposta está pautada no enfoque do indivíduo como um ser integral, que é influenciado e influencia os seus pares, interagindo

constantemente com estes, assim como influencia o meio em que vive. Opõe-se ao modelo assistencial vigente, hospitalocêntrico e centrado na doença, que não considera o indivíduo como um ser que está em constante interação e transação com o coletivo e nem mesmo a família como um espaço privilegiado de atuação.

Tem seu enfoque voltado para a relação com a comunidade, assumindo o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, em conformidade com suas reais necessidades. Busca a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com o indivíduo, família e comunidade (MOURA; PAGLIUCA, 2004, p.271).

As Equipes de Saúde da Família deverão pautar a sua prática em estratégias inovadoras com o objetivo de solucionar os problemas de saúde da comunidade sob sua responsabilidade, promovendo a consolidação de vínculos com a população assistida. Devem acolher e se responsabilizar pelas diversas formas de sofrimentos que acometem a população de modo geral (AMARANTE et al., 2011).

A política pública da ESF tem o objetivo de focar a atenção tanto na dimensão social quanto na dimensão subjetiva, indo além das puras práticas curativas, visando à promoção da saúde. O programa apresenta grande potencialidade de tornar-se um sistema eficaz para enfrentar as vulnerabilidades em saúde, mas apresenta limites que dificultam a pretendida mudança devido aos processos de trabalho e aos modelos de gestão organizados dentro dos paradigmas que se quer superar (JUNGES et al., 2009).

Propõe-se em atender a família, integralmente, em seu espaço social, o que requer uma nova postura profissional, porém, observa-se ainda a centralização da doença e do indivíduo, e essa postura não tem estimulado a participação e a autonomia das famílias no que se refere à assistência e ao serviço. Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

A medicina da família está fundamentada no lar e na comunidade, considerando os fatores sociais, psicológicos e familiares como relevantes na elaboração do diagnóstico. Para prestar uma assistência integral é fundamental que seja considerada a família, visto que por meio da compreensão do contexto familiar do indivíduo e da realidade em que está inserido, é possível identificar grande parte de seus problemas; além disso, ao atender as necessidades do núcleo familiar como um todo, chega-se com mais precisão à resolutividade dos problemas de saúde (HELMAN, 2003; BARATIERI; MARCON, 2011).

Na execução da Saúde da Família (SF) evidenciam-se múltiplas tensões no processo de trabalho, as práticas com o coletivo, com as famílias - nas casas, locais de trabalho e convivência que deveriam ser atribuídas à equipe, na realidade são realizadas principalmente pelos ACS e pela equipe de enfermagem. A carga de atenção por meio das

consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte do tempo e da agenda dos profissionais. Existem, ainda, muitas dificuldades das equipes para lidarem com a demanda espontânea, e a atenção que deveria ter como enfoque a saúde quase sempre se conforma no esquema queixa-conduta, fortalecendo o modelo médico centrado na doença (ASSIS et al., 2007).

Nesse novo paradigma de trabalho, os profissionais responsáveis por prestarem cuidados devem buscar características que venham a alicerçar a implantação desse novo modelo. Dessa forma, deixa-se de lado a concepção do indivíduo como constituído por peças fragmentadas e passa-se a vê-lo dentro de um contexto no qual influencia e é influenciado, em interação constante com outros indivíduos que compõe a sua família, comunidade e sociedade, lugares em que se processam os acontecimentos em saúde e as diferentes situações de risco (RESTA; MOTTA, 2005).

Sendo a ESF o eixo estruturante da APS, deve estar organizada de modo a contemplar os atributos essenciais (integralidade do cuidado, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado) e derivados da APS (orientação familiar e comunitária).

Segundo Starfield (2004):

- a) Acessibilidade: envolve a localização do atendimento próximo ao local da população, os horários e dias em que está aberto, o grau de tolerância para a livre demanda, e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos;
- b) Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, além da presença de vínculo com a população, refletida em fortes laços interpessoais;
- c) Integralidade: implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o cliente receba todos os tipos de atenção, mesmo que seja fora da área física da unidade. Isto inclui os serviços de referência e contra-referência;
- d) Coordenação: (integração) requer alguma forma de continuidade da atenção, seja por meio de registros, prontuários ou pelo próprio profissional. Sendo assim, tanto a continuidade quanto o reconhecimento de problemas são necessários para a avaliação da coordenação.

Estes quatro pilares são definidos pela autora como atributos essenciais da APS, coexistindo com estes os atributos derivados da orientação familiar e orientação comunitária.

Define-se como orientação familiar - quando o alcance da integralidade fornece subsídios para avaliação dos indivíduos no seu contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde.

A orientação para a comunidade - utiliza-se dos métodos da medicina clínica, epidemiologia, ciências sociais, pesquisa e avaliação de serviços, com o objetivo de definir, caracterizar e identificar os problemas de saúde da comunidade.

3.3 VISLUMBRANDO A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS NA ESF

A enfermagem pode ser amplamente definida como “a ciência do cuidado integral e integrador em saúde”, tanto no sentido de assistir, quanto no sentido de coordenar as práticas de cuidado, assim como no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, família e comunidade. Logo o cuidado de enfermagem configura-se como prática profissional empreendedora, pela inserção ativa e proativa nos diferentes espaços de atuação profissional e, principalmente, pelas possibilidades interativas e associativas com os diferentes setores e contextos sociais (BACKERS et al., 2012).

O cuidado de enfermagem na ESF deve ser compreendido pela relação estabelecida entre cuidador (enfermeiro) e ser cuidado (paciente), de modo que eles busquem as melhores estratégias para promover saúde, bem como de enfrentar as situações de adoecimento. Para prevenir e controlar o aparecimento de doenças, as pessoas devem estar informadas e motivadas para mudar comportamentos e manter estilo de vida saudável (BEZERRA et al., 2010).

Nesse novo paradigma de trabalho, o enfermeiro consegue cuidar da família quando for capaz de perceber que é por meio de retroalimentações que estes indivíduos em ação/interação buscam o equilíbrio e alcançam os seus ideais. São os enfermeiros que se preocupam em cuidar da família, que percebem a importância da mesma no bem-estar individual e grupal e que a reconhecem como contexto central para a manutenção deste bem-estar (WERNET; ÂNGELO, 2003).

No cenário internacional, evidências apontam para a importância do papel do profissional enfermeiro na saúde coletiva, tanto no domicílio quanto no espaço comunitário ou nos centros de saúde comunitários. Provavelmente, por sua formação voltada ao cuidado e com experiências práticas de trabalho em equipe multiprofissional, são os enfermeiros que mais se aproximam da proposta da ESF e, por isso, acabam assumindo o papel de líder da equipe (FREITAS; NUNES, 2010; JUNQUEIRA, 2010; BACKERS et al., 2012).

A lei do exercício profissional de enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, art.11, parágrafo II, delibera ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, ações que contemplam planejamento, execução e avaliação da programação e planos

assistenciais de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde e ou rotinas aprovada pela instituição; gerenciamento das unidades e atividades assistenciais (BRASIL, 1986).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) reitera os postulados da lei do exercício profissional e passa a citar as atribuições específicas do enfermeiro da Saúde da Família (quadro 1) (BRASIL, 2012, p. 46-47):

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

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

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

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

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

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Lei do exercício profissional n° 7.498/86	PNAB, 2012
Planejamento, execução e avaliação da programação e planos assistenciais de saúde.	Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com outros membros da equipe; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe.
Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde e ou rotinas aprovadas pela instituição.	Solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar quando necessário.
Gerenciamento das unidades.	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
Atividades assistenciais.	Realizar atenção à saúde, aos indivíduos e famílias cadastradas; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo.

Quadro 1 - Relação entre a lei do exercício profissional n° 7.498/96 e a PNAB, 2012

A formação do enfermeiro para trabalhar na perspectiva proposta pelo MS exige competências de caráter educativo, assistencial, político e administrativo; todas engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento no desencadeamento de processos sociais, integrando ações de coletividade, visando à melhoria da qualidade do serviço (PAIVA et al., 2010).

É necessário, nesse novo modelo de atenção, um novo olhar sobre a saúde, pois esta é considerada muito mais do que simplesmente a ausência de dor ou mesmo de desconforto. A boa saúde significa uma relação dinâmica entre o indivíduo, os amigos, a família e o ambiente que vivemos e trabalhamos (HELMAN, 2003)

A efetivação do cuidado de enfermagem como produto de múltiplas interações humanas e sociais requer, a priori, a formação de profissionais cidadãos, capazes de atuar intencionalmente sobre as diferentes dimensões constituintes da natureza humana, ou seja, nas dimensões sociocultural, afetiva, cognitiva e bio-fisiológica (KLOCK et al., 2007).

Sendo assim, faz-se necessário um novo olhar profissional sob essa prática, que considere o indivíduo em constante interação consigo mesmo, com sua família, comunidade e sociedade, construindo e planejando ações que venham a suscitar nos seus pacientes atitudes de descobertas de significados e valores que transcendam ao puro entendimento de saúde como um mal estar físico, mas que tragam uma visão de saúde pautada no cuidado de enfermagem em todas as suas dimensões biopsicossocial.

Angelo e Bousso (2001) enfatizam que o papel do enfermeiro na SF implica não apenas em lidar com situações de saúde e doença, mas interagir com ações que apoiem a integridade familiar. Logo, é necessário avaliar o indivíduo nas suas interações e transações no contexto familiar e social.

A atitude profissional do enfermeiro frente ao novo modelo de saúde requer ainda que sua prática seja pautada no modelo da APS, sendo assim não só a mudança de sua postura profissional trará mudanças significativas, faz-se necessário suporte da gestão no sentido de realmente revolucionar as práticas curativas, rompendo com o modelo tradicional de se fazer saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo de caráter quantitativo e avaliativo com base em dados primários, no intuito de avaliar a prática do enfermeiro no âmbito da ESF de São Luís/MA, utilizando-se como parâmetro dessa prática as atribuições específicas do enfermeiro, preconizadas pela Lei do Exercício Profissional e MS, além da presença em sua prática dos atributos essenciais e derivados da APS.

A pesquisa descritiva encarrega-se do levantamento, organização, classificação e descrição dos dados em tabelas e outros recursos visuais, utilizando cálculos como parâmetro para a representação desses dados (ARANGO, 2009).

O método quantitativo é caracterizado pela quantificação, tanto das modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas, por meio de técnicas estatísticas que intencionam a garantia da precisão dos resultados, classificando a relação entre as variáveis (SALES, 2007).

Segundo Hartz e Silva (2010, p. 275):

[...] a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com trabalho nos seus diversos âmbitos, podendo variar desde a formulação de um juízo quantitativo ou qualitativo.

A avaliação de programas tem como objetivos primários fazer julgamentos, facilitar o seu desenvolvimento e contribuir com o conhecimento, e poderá ser utilizada para medir resultados que possam ser revelados de forma quantitativa e ainda para avaliar a eficiência e estabelecer relações entre variáveis (HARTZ; SILVA, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de São Luís está localizado na região Nordeste do Brasil, sendo a capital do Estado do Maranhão, com uma área de 834,785 km² e população de aproximadamente 1.014.837 habitantes. A cobertura populacional da ESF atinge 34,5 % (BRASIL, 2001; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Está subdividido em 07 distritos sanitários (figura 1): seis na zona urbana (Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Centro, Tirirical, Bequimão e Cohab) e um na zona rural (Vila Esperança), onde estão distribuídas as equipes de ESF.

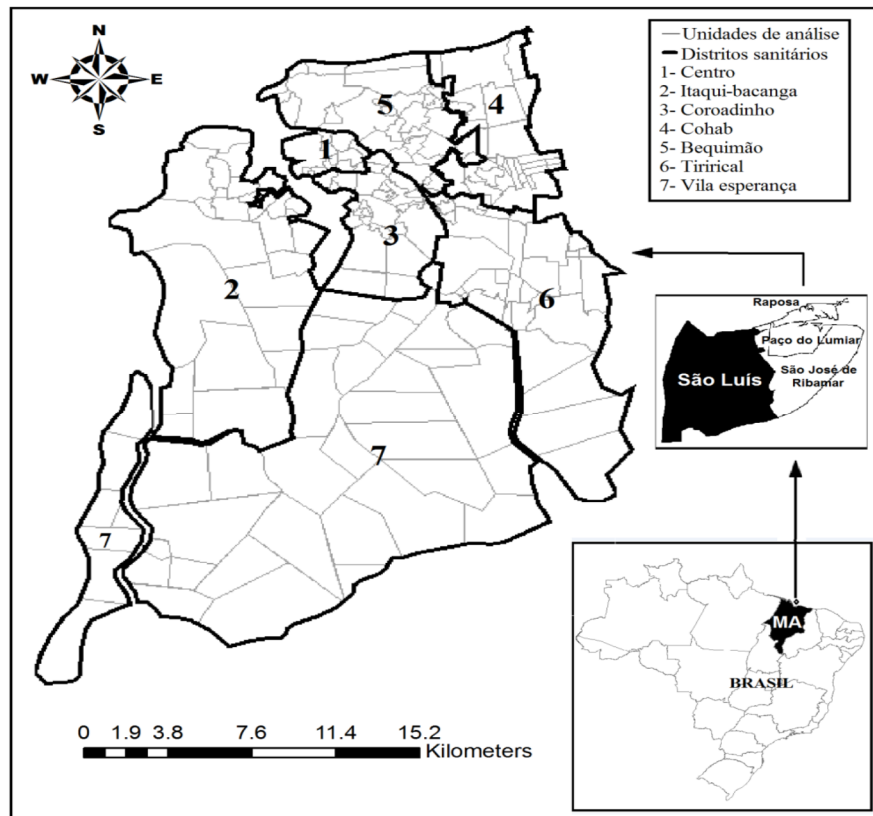


Figura 1 - Distribuição dos Distritos sanitários no município de São Luís (MA)

Fonte: Adaptado de bases geográficas obtidas no Sistema de Indicadores da Cidadania (INCID), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS)/São Luís por Barbosa (2011)

A pesquisa foi realizada nas 47 UBS (Centros de Saúde - CS e Unidades Saúde da Família - USF) que estão localizadas nos distritos sanitários e servem de campo de atuação para os enfermeiros que atuam na ESF, conforme apresenta a tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das equipes de ESF nos distritos sanitários e unidades de saúde. São Luís, 2014

DISTRITO	UNIDADES DE SAUDE	EQUIPES ESF
Bequimão	03	06
Centro	04	10
Cohab	05	13
Coroadinho	02	04
Itaqui Bacanga	07	17
Tirirical	14	37
Vila Esperança	12	17
TOTAL	47	104

Fonte: SEMUS de São Luís/Coordenação da ESF

No momento da coleta de dados, existiam no município de São Luís 104 Equipes de Família Saúde da Família implantadas, sendo que destas 65 eram de ESF com composição básica (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS) e 39 do tipo modalidade I, ou seja, além dos profissionais da equipe básica, dispunham de ESB, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2001; RIBEIRO; NICOLAU, 2013).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída por 104 enfermeiros que atuavam nas equipes de ESF até junho de 2014, definidos a partir das informações do SIAB e da SEMUS, através da Coordenação da ESF deste município.

4.3.1 Critérios de inclusão

Utilizou-se como critério de inclusão estar atuando na ESF há 06 meses ou mais.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa aqueles que no momento da coleta de dados encontravam-se de licença à saúde (02) ou licença para capacitação (02), os que negaram participar do estudo por qualquer motivo (05) e aqueles que participaram do estudo piloto (06), sendo assim, totalizaram-se 14,4% de perdas, finalizando-se o estudo com um universo de 89 enfermeiros.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA E VARIÁVEIS ESTUDADAS

Para a coleta de dados, utilizou-se dois instrumentos. O primeiro instrumento utilizado, foi um questionário (APÊNDICE A) elaborado especificamente para este estudo, que foi dividido em quatro categorias de perguntas abertas e fechadas. A primeira categoria de perguntas abordou questões relativas aos dados sócio-demográficos e identificação do profissional (sexo, cor, idade, estado civil, naturalidade, renda mensal bruta, tempo em que trabalha na ESF, vínculo empregatício, existência de auxílio financeiro). A segunda categoria abordou questões relativas à qualificação e capacitação do enfermeiro (pós-graduação referenciada pelo participante, especialização, mestrado e doutorado e áreas em que recebeu capacitação). A terceira categoria contemplou a visita domiciliar (realização de visitas e frequência, tipo de cliente visitado e disponibilidade de transporte).

A quarta categoria de perguntas abordou a prática profissional, conforme demonstrado no quadro 2.

PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ESF DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS- MA	
1) Exerce outra atividade	Executa outra atividade profissional além da ESF
2) Atividades desenvolvidas no cotidiano	Especificar atividades desenvolvidas, estabelecidas com base na Lei nº7.498/96 e PNAB, 2011.

Quadro 2 - Elementos abordados na prática profissional do enfermeiro da ESF. São Luís-MA, 2014

PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ESF DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS- MA	
3) Sistematização, planejamento e avaliação das atividades	Atividades são realizadas de forma sistemática e planejada; Realiza reuniões de planejamento com equipe e utiliza instrumento para avaliar as necessidades Participa de reuniões (conselhos, intersetoriais,..)
4) Cuidado prestado e estabelecimento de vínculo com a clientela	Respeito aos limites de competência técnica; Apresenta-se como enfermeiro e é identificado pelo nome por seus clientes; Tempo médio de realização das consultas; Participação da família durante as consultas; Atividades educativas realizadas e existência de grupos de Educação em Saúde;
5) Dificuldades e facilidades relatadas pelo enfermeiro no seu processo de trabalho	Elementos que dificultam e facilitam a prática profissional

Quadro 2 - Elementos abordados na prática profissional do enfermeiro da ESF. São Luís-MA, 2014 (cont.)

Este instrumento contém alguns itens do tipo Likert, com escala de 04 pontos que variam entre as respostas sempre (nunca deixa de fazer), frequentemente (realiza com frequência), raramente (realiza esporadicamente), nunca (em nenhum momento realiza), com a atribuição dos seguintes valores, respectivamente: 1, 2, 3, 4. Deu-se o valor 0 para as respostas ignoradas.

Segundo Baker (2005), a escala de likert requer que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com as declarações relativas à atitude que está sendo medida.

A análise descritiva dos resultados foi realizada através da medida da atitude do participante por meio da frequência das respostas de cada respondente e cálculo percentual do nível selecionado para cada item (CUNHA, 2007).

Na avaliação das questões referentes aos atributos essenciais e derivados da APS foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil). O PCATool (ANEXO A), criado por Bárbara Starfield, estudiosa da APS, mede a presença e extensão dos 04 atributos essenciais (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção) e dos 03 atributos derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) da APS. Baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Para adaptá-lo à realidade brasileira cada versão passou pelo processo de tradução, tradução reversa, adaptação, validação de conteúdo e de constructo, além da análise de confiabilidade (BRASIL, 2010).

Este instrumento, já validado em outros países, foi validado no Brasil e recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil). Foram realizadas duas adaptações distintas, bem como processos diferentes de avaliação da validade e fidedignidade. Uma delas em Porto Alegre-RS, mantendo o formato original dos instrumentos, avaliou a validade e fidedignidade das versões usuários crianças e adultos, e a outra, realizada em Petrópolis-RJ, resultou na validação das versões usuários crianças e adultos e profissionais de saúde (BRASIL, 2010; HAUSER et al., 2013).

Apresenta originalmente versões autoaplicáveis a crianças (PCATool versão criança), adultos maiores de 18 anos (PCATool versão adulto), a profissionais de saúde (PCATool versão profissionais) e ao coordenador/gerente do serviço de saúde (BRASIL, 2010).

Para este estudo, utilizar-se-á a versão profissional, disponibilizada pelo MS, que é composta por 77 itens divididos em 08 componentes, todos relacionados aos atributos da APS: acessibilidade/09 itens (A); longitudinalidade/13 itens (B); coordenação - integração de cuidados/03 itens (C); coordenação - sistema de informações/03 itens (D); Integralidade - serviços disponíveis/22 itens (E); Integralidade - serviços prestados/15 itens (F); Orientação familiar/03 itens (G); Orientação comunitária/06 itens (H).

O instrumento PCATool possibilita, por meio de respostas tipo Likert, construir escores de APS com intervalos de 1-4 para cada atributo. Sendo estabelecidos os seguintes resultados para os respectivos valores: 1- com certeza, não; 2- provavelmente, não; 3- provavelmente, sim; 4- com certeza, sim. Existe ainda o acréscimo da opção 9- não sei/não lembro. A partir dessas respostas é possível calcular um escore para cada atributo da APS e seus componentes e também um escore essencial e geral. O escore final de cada atributo é dado pela média das respostas de seus itens que também variam de 1-4. O Escore essencial consiste na média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o Escore geral é definido pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e derivado. A média dos escores dos atributos essenciais e escores derivados produz o escore geral de APS (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010; HAUSER et al., 2013).

Esse escore permite agrupar os serviços de saúde em alto grau de orientação à APS quando assume valores maiores ou iguais a 6,6 e, em baixo grau, quando assume valores menores de 6,6 (OLIVEIRA et al., 2013).

$$(A+B+C+D+E+F) / 6 = \text{ESCORE DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS}$$

$$(G+H)/2 = \text{ESCORE DOS ATRIBUTOS DERIVADOS}$$

(Componentes dos atributos essenciais) + (Componentes dos atributos derivados) / n° total dos componentes = escore geral da APS.

Finalizando, para conversão dos escores em escala de 0 a 10, o manual recomenda utilizar a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Escore obtido}-1)\times 10}{4}$$

4

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Após a aprovação da SEMUS de São Luís-MA (APÊNDICES B e C) e a liberação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) (ANEXO B), a coleta de dados foi iniciada.

Foi realizado um estudo piloto no mês de junho de 2014, onde participaram 06 enfermeiros que atuam na ESF, escolhidos aleatoriamente, contemplando 6,7% da população. Foram respeitados os critérios de inclusão da pesquisa no momento da escolha dos participantes para o estudo piloto. Os dados coletados foram minuciosamente analisados, procedendo-se à adequação do instrumento.

O período da coleta ocorreu nos meses de julho a setembro de 2014. Foi estabelecido contato prévio das pesquisadoras com os participantes por telefone, os quais foram disponibilizados pela coordenação da ESF, sendo realizadas até 03 tentativas de contato, sendo que, após obterem insucesso, eram quantificados no percentual de recusas. Ao contactar o enfermeiro, era feita a identificação do pesquisador e marcado horário de acordo com a disponibilidade do mesmo na unidade de saúde em que atuava.

Encontrando-se o participante em sua unidade de saúde, era feita a apresentação do pesquisador e explicado os objetivos, benefícios e metodologia a serem utilizados. Foi esclarecido sobre o compromisso do pesquisador em manter o anonimato dos participantes, garantindo-lhes o direito a participar ou não e também o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento que desejassem.

Por não haver disponibilidade dos participantes em responder o questionário junto ao pesquisador, devido à grande demanda de atendimento e atividades a serem executadas por este, após explicação sobre os instrumentos, optou-se pela entrega do envelope contendo o instrumento de avaliação da prática, o instrumento de avaliação da atenção primária – PCATool - Brasil, e duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o preenchimento dos instrumentos pelo enfermeiro participante foi estabelecido novo contato com o mesmo e agendado o retorno para a entrega dos formulários devidamente preenchidos.

Foram realizadas até 03 visitas à unidade para a entrega do envelope e 03 visitas para o recebimento dos formulários, sendo que, caso não fosse encontrado o enfermeiro, era incluído no percentual de recusas.

Finalizada a coleta de dados, estes foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Excel e o Programa EpiInfo, versão 7.0, e analisados considerando-se frequências absolutas e percentuais.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O Estudo atendeu à Resolução n.º 466/2012, respeitando os princípios para pesquisa envolvendo seres humanos, e foi encaminhado à Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís/MA, sendo liberada a execução do estudo. Após esse trâmite, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, obtendo aprovação em 06/06/2014, sob o parecer de número 677.323 (ANEXO B).

Após explicação sobre os objetivos da pesquisa e dos instrumentos que foram utilizados para coleta de dados, para aqueles que aceitaram participar foi solicitado a assinatura do TCLE (APÊNDICE D), em 02 vias, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com o pesquisador.

5 RESULTADOS

Foi traçado o perfil sócio- demográfico e avaliada a prática do enfermeiro da ESF do município de São Luís, utilizando-se um questionário semi-estruturado e um instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde que mede presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS.

5.1 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO

Dos entrevistados 88,8% (79) são do sexo feminino, pertencem à cor parda 59,6% (53), seguidos daqueles que se caracterizaram como da cor branca 34,8% (31). A maioria está na faixa etária de 32 a 35 anos com 31,5% (28) e 27% (24) encontram-se na faixa etária de 36 a 39 anos. O estado civil predominante foi casado, com 59,6% (53). Relacionado à naturalidade, 76,5% (68) são maranhenses e 5,6% (5) são provenientes do Estado do Piauí. A renda mensal predominante foi de 03 a 05 salários mínimos com 32,5% (29) e 28,1% (25) recebem entre 06 a 08 salários mínimos. Somente 2,3% (02) referiram uma renda entre 12 a 15 salários. Exercem outra atividade profissional além da ESF 58,4% (52) (tabela 2).

Tabela 2 - Perfil sóciodemográfico dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. São Luís- MA, 2014

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	79	88,8
Masculino	10	11,2
Cor		
Parda	53	59,6
Branca	31	34,8
Preta	5	5,6
Idade		
24-27	04	4,5
28-31	04	4,5
32-35	28	31,5
36-39	24	27,0
40-43	12	13,5
44-47	02	2,2
48-51	04	4,5

Tabela 2 - Perfil sóciodemográfico dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. São Luís- MA, 2014 (cont.)

Característica	n	%
Idade		
52-57	02	2,2
Ignorado	09	10,1
Estado civil		
Casado	53	59,6
Solteiro	20	22,5
Divorciado/separado	8	9,0
União consensual	8	9,0
Naturalidade		
Maranhão	68	76,5
Piauí	05	5,6
São Paulo	02	2,3
Outros	03	3,3
Ignorado	11	12,3
Renda mensal*		
03-05	29	32,5
06-07	25	28,1
09-11	17	19,1
12-15	02	2,3
Ignorado	16	18,0
Outra atividade profissional		
Sim	52	58,4
Não	37	41,6
TOTAL	89	100,0

*Renda mensal em salários mínimos

Quando interrogados quanto ao seu perfil profissional, 41,6% (37) informaram ter entre 06 a 09 anos e 10 anos ou mais que atuam na ESF. Somente 1,1% (1) tinham entre 06 meses a um ano de experiência nessa área. O vínculo empregatício predominante foi estatutário com 86,5% (77). Os contratados e celetistas perfizeram um percentual de 13,5% (12). Com relação à pós-graduação, os resultados apontam que 79,7% (71) dos participantes possuem especialização e que 14,7% (13) são mestres.

Ao serem questionados sobre se recebem algum tipo de auxílio financeiro complementar ao seu salário, 82% (73) disseram que não. Daqueles que recebem auxílio

18% (16), 77,8% referiu receber auxílio transporte e 2% citaram receber ajuda de custo que não foi especificado o tipo (tabela 3).

Tabela 3 - Perfil profissional dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. São Luís-MA, 2014

Perfil profissional	N	%
Tempo em que trabalha na ESF		
06 meses a menos de um ano	1	1,1
Um ano ou mais	2	2,2
De 02 a 05 anos	12	13,5
De 06 a 09 anos	37	41,6
10 anos ou mais	37	41,6
Vínculo empregatício		
Estatutário	77	86,5
CLT	5	5,6
Contratado	7	7,9
Pós-graduação		
Especialização	71	79,7
Mestrado	13	14,7
Residência	02	2,2
Doutorado	-	-
Ignorado	03	3,4
Auxílio financeiro		
Sim	16	18,0
Não	73	82,0
TOTAL	89	100,0

Observa-se na tabela 4, que entre as capacitações mais referidas destacam-se: Hanseníase com 93,3% (83), Dengue 89,9% (80), Imunização 88,8% (79) e Tuberculose 87,6% (78). Introdutório e Módulos clínicos, que fazem parte do ciclo de capacitação fundamental para o enfermeiro que atua nessa área, não contemplou 100% da população, com 77,5% (69) e 38,2% (34), respectivamente. Além disso, algumas atividades fundamentais para essa nova forma de se fazer saúde, antagônica ao modelo hospitalocêntrico, e que faz da ESF um novo modelo de cuidado, como: Assistência Domiciliar 21,3% (19) e Educação em Saúde 41,6% (37), foram pouco referidas.

Tabela 4 - Capacitações do Enfermeiro da ESF. São Luís, 2014

CAPACITAÇÃO	n	(%)
Hanseníase	83	93,3
Dengue	80	89,9
Imunização	79	88,8
Tuberculose	78	87,6
Introdotório	69	77,5
Saúde da Mulher	65	73,0
Hipertensão arterial	62	69,7
Diabetes Mellitus	60	67,4
Saúde da Criança	57	64,0
Vigilância em saúde	48	53,9
Saúde do Homem	41	46,1
Educação em saúde	37	41,6
Saúde do Idoso	36	40,4
Módulos clínicos	34	38,2
Doenças crônicas	28	31,5
Assistência Domiciliar	19	21,3
Outros	16	18,0

Relacionado à visita domiciliar (tabela 5), o maior percentual observado foi daqueles que referem realizar visita raramente, 48,3% (43). Os que citaram realizar visita sempre e frequentemente contemplaram um percentual de 45% (40). Quanto à frequência de realização dessas visitas, 25,9% (23) fazem mensalmente e 19,1% (17) semanalmente. Houve ainda aqueles que citaram que nunca realizam esse tipo de atividade, 6,7% (06).

Foi questionada aos respondentes a existência de transporte institucional para o deslocamento durante as visitas, sendo que somente 14,6% (13) responderam dispor deste recurso (tabela 5).

Tabela 5 - Percentual de enfermeiros que realizam visitas domiciliar e frequência das visitas. São Luís-MA, 2014

REALIZA VISITA DOMICILIAR	n	%
Sempre	7	7,9
Frequentemente	33	37,1
Raramente	43	48,3
Nunca	6	6,7

Tabela 5 - Percentual de enfermeiros que realizam visitas domiciliar e frequência das visitas. São Luís-MA, 2014 (cont.)

FREQUÊNCIA DA VISITA DOMICILIAR	n	%
Outros	2	32,6
Mensalmente	23	25,9
Semanalmente	17	19,1
De 15 em 15 dias	14	15,7
Nunca	06	6,7
TOTAL	89	100,0

A clientela mais visitada foi de acamados, com 89,9% (80). Puérperas e recém-nascido (RN) contemplaram 67,4% (60) das respostas e pacientes crônicos 65,2% (58). Dos profissionais entrevistados, 33,7% (30) utilizam o momento da visita para avaliar todo o contexto familiar (tabela 6).

Tabela 6 - Clientela visitada pelo Enfermeiro da ESF. São Luís- MA, 2014

TIPO DE CLIENTE	n	(%)
Acamados	80	89,9
Puérperas e RN	60	67,4
Pacientes crônicos	58	65,2
Família	30	33,7
Outros	6	6,7
Vítimas de violência doméstica	5	5,6

Os enfermeiros da ESF de São Luís desenvolvem atividades preconizadas pelo MS (BRASIL, 2012). Destaca-se entre estas a realização de atividades em grupo e consultas de enfermagem individual, ambas com 98,9% (88), a solicitação de exames complementares 96,6% (86), o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo ACS e equipe, com 94,4% (84) e a atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas em todas as fases do desenvolvimento humano com 94,4% (84). Ressalta-se que grande parte da responsabilidade por coordenar as equipe fica a cargo do enfermeiro, 89,9% (80), e que o cuidado domiciliar vem sendo executado apenas por 37,1% (33) dos enfermeiros (tabela 7).

Tabela 7 - Atividades executadas pelo Enfermeiro na ESF. São Luís-MA, 2014

ATIVIDADES DO COTIDIANO	n	%
Consultas de enfermagem individual	88	98,9
Atividades em grupos	88	98,9
Solicitação de exames complementares	86	96,6
Planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo ACS e equipe	84	94,4
Atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas em todas as fases do desenvolvimento humano	84	94,4
Coordenação da equipe	80	89,9
Consultas de enfermagem a grupos específicos e prioritários do MS	79	88,8
Prescrição de medicamentos	77	86,5
Procedimentos	75	84,3
Encaminhamentos	74	83,1
Consultas de enfermagem à família	69	77,5
Atividade programada de atenção à demanda espontânea	68	76,4
Visita domiciliar	67	75,3
Atividade de educação permanente da equipe de enfermagem e ACS	65	73,0
Cuidado domiciliar	33	37,1
Gerenciamentos de insumos para o adequado funcionamento da unidade	24	27,0
Outros	1	1,1

Foi questionado se os profissionais realizam suas atividades de forma sistemática e planejada, sendo que 65,2% (58) disseram que frequentemente as realizam e 30,3% (27) responderam que sempre procuram sistematizar suas tarefas. Quando questionados sobre a realização de reuniões de planejamento, 96,6% (86) fazem reuniões com sua equipe, sendo que a maioria faz com frequência mensal, 62,5% (55), seguido daqueles que informam executá-las semanalmente, 17% (15), e de 15 em 15 dias, 13,6% (12) (tabela 8).

Ainda existem aqueles que referiram realizar essas reuniões bimestralmente, trimestralmente, semestralmente ou de acordo com a necessidade da comunidade e equipe, 7,8% (7).

Tabela 8 - Percentual de Enfermeiros que realizam suas atividades de forma sistemática e planejada e frequência das reuniões de planejamento. São Luís- MA, 2014

Realizam atividades de forma sistemática e planejada	n	%
Frequentemente	58	65,2
Sempre	27	30,3
Raramente	4	4,5
Nunca	-	-
Frequência das reuniões de planejamento com a equipe	n	%
Mensalmente	55	61,8
Semanalmente	14	15,7
De 15 em 15 dias	13	14,6
Outros	3	3,4
Ignorado	3	1,1
Não	1	3,4
TOTAL	89	100,0

Os entrevistados relataram participar de reuniões para elaboração de condutas 64% (57), avaliação e acompanhamento 59,6% (53) e avaliação dos dados do SIAB 56,2% (50). As reuniões com setores da sociedade civil e comunidade e de avaliação do desenvolvimento das famílias foram as menos frequentes, com 21,3% (19) e 19,1% (17) respectivamente (tabela 9).

Tabela 9 -Tipos de reuniões que o enfermeiro da ESF participa. São Luís-MA, 2014

REUNIÕES	n	%
Elaboração de condutas	57	64,0
Avaliação e acompanhamento	53	59,6
Avaliação de dados do SIAB	50	56,2
Discussão dos casos clínicos	22	24,7
Intersetoriais	26	29,2
Sociedade civil e comunidade	19	21,3
Avaliação do desenvolvimento das famílias	17	19,1
Outras	7	7,9

Dos profissionais entrevistados, 85,4% (76) utilizam instrumentos para avaliar as necessidades de sua área de abrangência. Entre os instrumentos citados, destacam-se o SSA2 77,5% (69), o PMA2 69,7% (62), o prontuário da família 55,1% (49), os registros de atendimento 52,8% (47) e o mapa de território 38,2% (34). Observa-se que os instrumentos de grande relevância para avaliar as condições e necessidades da área, como o Genograma 2,2% (2) e o Ecomapa 4,5% (4), são pouco conhecidos e utilizados (tabela 10).

Tabela 10 - Tipos de instrumentos utilizados pelo Enfermeiro para avaliar as necessidades de sua área

TIPO DE INSTRUMENTO	n	%
SSA2	69	77,5
PMA2	62	69,7
SIAB	52	58,4
Prontuário da família	49	55,1
Registros de atendimento	47	52,8
Mapa de território	34	38,2
Plano de trabalho	28	31,5
Ata de reunião	27	30,3
Ecomapa	4	4,5
Outros	3	3,4
Genograma	2	2,2

No que tange ao respeito dos limites de sua competência técnica, 68,5% (61) informaram que sempre zelam por respeitar o preconizado para o seu exercício profissional (tabela 11). Daqueles que referiram extrapolar esses limites, 37,1% (33) relacionaram que este fato ocorre ao prescrever medicamentos e 24,7% (22) ao fato de realizarem atividades voltadas para a melhoria do funcionamento de sua unidade. Porém, observou-se fato curioso, pois mesmo entre aqueles que citaram sempre respeitar seus limites um pequeno percentual especificou circunstâncias em que isso ocorre, o que na realidade é uma controvérsia (tabela 11).

Tabela 11 - Percentual de enfermeiros da ESF quanto ao respeito dos limites de sua competência técnica e circunstâncias de extrapolação. São Luís-MA, 2014

RESPEITO À COMPETÊNCIA TÉCNICA	n	%
Sempre	61	68,5
Frequentemente	26	29,2
Raramente	1	1,1
Nunca	1	1,1
CIRCUNSTÂNCIA DE EXTRAPOLAÇÃO DOS LIMITES DE SUA COMPETÊNCIA TÉCNICA	n	%
Ao prescrever medicamentos	33	37,1
Desenvolvimento de atividades para melhorar o funcionamento da unidade	22	24,7
Ao recomendar condutas	17	19,1
Ao realizar procedimentos	12	13,5
Outros	8	9,0
TOTAL	89	100

Ao observar o perfil deste profissional relacionado ao seu vínculo com a sua clientela, verifica-se que 74,1% (66) sempre se identificam como enfermeiros e que somente 3,4% (3) informam fazê-lo raramente. Referem ainda que 64% (57) dos clientes sabem identificá-lo pelo seu nome, 55,1% (49) gastam em média de 15 a 20 minutos em cada atendimento, 59,5% (53) das famílias frequentemente participam das consultas realizadas e que 87,6% (78) realizam atividades educativas sempre ou frequentemente (tabela 12).

Tabela 12 - Percentual de profissionais Enfermeiros de acordo com ações que caracterizam seu vínculo com a comunidade. São Luís-MA, 2014

Identifica-se como enfermeiro	n	%
Sempre	66	74,1
Frequentemente	20	22,5
Raramente	3	3,4
Nunca	-	-
Identificam o enfermeiro pelo nome	n	%
Sempre	28	31,5
Frequentemente	57	64,0
Raramente	4	4,5
Nunca	-	-

Tabela 12 - Percentual de profissionais Enfermeiros de acordo com ações que caracterizam seu vínculo com a comunidade. São Luís-MA, 2014 (cont.)

Tempo médio das consultas	n	%
05 a 10 minutos	2	2,2
10 a 15 minutos	24	27,0
15 a 20 minutos	49	55,1
20 a 30 minutos	14	15,7
Família participa das consultas	n	%
Sempre	15	16,9
Frequentemente	53	59,5
Raramente	21	23,6
Nunca	-	-
Realiza atividades educativas	n	%
Sempre	19	21,3
Frequentemente	59	66,3
Raramente	11	12,4
Nunca	-	-
TOTAL	89	100

Dos entrevistados 66,3% (59) promovem atividades educativas sempre ou frequentemente e 77,5% (69) possuem grupos de educação em saúde com atividades rotineiras. Os enfermeiros citam como principais atividades educativas realizadas com a sua clientela, as palestras, 97,8% (87), campanhas, 74,2% (66) e rodas de conversas, 40,4% (36) (tabela 13). Entre os grupos de educação em saúde realizados por estes profissionais os mais citados foram: Pré-natal, 58,4% (52), HIPERDIA, 56,2% (50), terceira idade e planejamento familiar, ambos com 29,2% (26). Observa-se que a realização de trabalhos educativos para temas de grande relevância, como: DST/AIDS, 6,7% (06), tabagismo, 5,6% (5) e preservação do meio-ambiente 2,2% (2), ainda são pouco frequentes (tabela 13).

Observa-se que ainda é pouco expressiva a participação dos enfermeiros nos conselhos da comunidade sobre sua responsabilidade, 22,5% (20). Daqueles que referiram participar dessas reuniões, 20,2% (18) informaram participar do conselho de saúde e somente 7,9% (7) integram reuniões dos conselhos comunitário e escolar. Outros tipos de conselhos foram citados somente por 1,1% (1) dos entrevistados.

Tabela 13 - Tipos de atividades educativas e grupos de educação em saúde realizados pelo Enfermeiro da ESF. São Luís-MA

TIPOS DE ATIVIDADES EDUCATIVAS	n	%
Palestras	87	97,8
Campanhas	66	74,2
Roda de conversa	36	40,4
Multirões	31	34,8
Passeios	28	31,5
Atividades lúdicas	11	12,4
Grupos de caminhadas	7	7,9
Outros	3	3,4
GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	n	%
Pré-natal	52	58,4
Planejamento familiar	26	29,2
S Saúde mental	-	-
Preservação do meio ambiente	2	2,2
Terceira idade	26	29,2
Tabagismo/etilismo	5	5,6
Saúde da criança	14	15,7
DST/AIDS	6	6,7
Adolescente	13	14,6
Outros	2	2,2

A tabela 14 aponta os fatores facilitadores e dificultadores da prática dos enfermeiros. Entre os fatores que dificultam a prática do Enfermeiro destacam-se as condições de trabalho, 89,9% (80), seguido da falta de material, 84,3% (75), desvalorização profissional, 67,4% (60), e gestão, 58,4% (52). Por outro lado, estes profissionais citaram como fatores facilitadores o bom relacionamento com as famílias/ comunidade, 94,4% (84), satisfação pelo que fazem, 79,8% (71), o trabalho em equipe e o reconhecimento profissional por parte da comunidade, ambos com 60,7% (54).

Tabela 14 - Fatores que dificultam e facilitam a prática do Enfermeiro da ESF. São Luís-MA, 2014

DIFICULTA A PRÁTICA	n	%
Condições de trabalho	80	89,9
Falta de material	75	84,3
Falta de valorização profissional	60	67,4
Gestão	52	58,4
Sobrecarga de atividades	50	56,2
Salário insuficiente	48	53,9
Demanda excessiva	27	30,3
Falta de planejamento	26	29,2
Falta de capacitação	23	25,8
Outros	7	7,9
FACILITA A PRÁTICA	n	%
Bom relacionamento com a comunidade/ famílias	80	89,9
Satisfação pelo que faz	75	84,3
Reconhecimento profissional da comunidade	60	67,4
Trabalho em equipe	52	58,4
Autonomia	50	56,2
Reuniões de planejamento	48	53,9
Desempenho dos ACS	27	30,3
Capacitações	26	29,2
Valorização e reconhecimento profissional pelo gestor	23	25,8
Salário satisfatório	7	7,9
Condições favoráveis de trabalho	80	89,9
Outros	75	84,3

5.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA /PCATool-BRASIL

Conforme se observa na tabela 15, questões referentes à disponibilidade do serviço de saúde nos finais de semana tiveram como maior percentual de respostas - com certeza, não, e provavelmente, não, atingindo quase a totalidade da amostra (97,8%). Da mesma forma, quando questionado sobre o funcionamento da unidade após as 20h; a existência de um telefone para que o paciente possa ligar e falar com o profissional quando o serviço de saúde está fechado, a existência de atendimento profissional nos finais de semana e atendimento por parte dos profissionais quando o serviço está fechado à noite, também apresentaram como maior frequência de respostas - com certeza não, respectivamente com 83,1% (74), 70,8% (63), 80,9% (72), 83,1% (74).

Por outro lado, questões relativas ao atendimento no momento em que o serviço está aberto, como o atendimento fora da marcação, no momento em que a pessoa apresenta alguma alteração no seu estado de saúde, apresentou maior percentual de respostas - provavelmente sim, 64% (57), e com certeza sim 29,2% (26). Houve um percentual mais significativo de resposta - provavelmente, sim e com certeza, sim, quando se questionou sobre a facilidade para marcação de consultas de rotina, como check-up, 51,7% (46) e 40,4% (36), respectivamente.

Tabela 15 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, acessibilidade. São Luís-MA, 2014

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	80 (89,9)	7 (7,9)	1 (1,1)	-	1(1,1)
Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20h	74 (83,1)	1 (1,1)	1 (1,1)	13 (14,6)	-
Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	2 (2,2)	4 (4,5)	57 (64)	26 (29,2)	-

Tabela 15 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, acessibilidade. São Luís- MA, 2014 (cont.)

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Quando seu serviço de saúde está aberto, os seus pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone, quando julgam necessário?	35 (39,3)	25 (28,1)	21 (23,6)	6 (6,7)	2 (2,2)
Quando seu serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para o qual o paciente possa ligar quando adoecem?	63 (70,8)	13 (14,6)	5 (5,6)	8 (9,0)	-
Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço de saúde o atende no mesmo dia?	72 (80,9)	10 (11,2)	5 (5,6)	1 (1,1)	1 (1,1)
Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	74 (83,1)	13 (14,6)	1 (1,1)	1 (1,1)	-
É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	2 (2,2)	5 (5,6)	46 (51,7)	36 (40,4)	-
Na média os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro	6 (6,7)	19 (21,3)	49 (55,1)	14 (15,7)	1 (1,1)

No que diz respeito à longitudinalidade do cuidado, a tabela 16 apresenta questões relacionados ao vínculo ao longo do tempo entre profissionais de saúde x usuários. Observa-se maior percentual de respostas com certeza, sim e provavelmente, sim, quando relacionado ao grau de afinidade entre paciente e profissional. Os maiores percentuais dessas respostas foram verificados quando se questiona se os pacientes são

sempre atendidos pelo mesmo profissional de saúde, com 44 (49,4%) de respostas provavelmente sim e 23 (25,8%) de respostas com certeza, sim.

O mesmo foi observado nos seguintes itens de respostas: os profissionais conseguem entender os questionamentos dos seus clientes, 32,6% (29) de respostas provavelmente, sim e 66,3% (59) de resposta com certeza, sim; é dado tempo suficiente para o paciente falar sobre suas preocupações ou problemas com 31,5% (28) de respostas provavelmente, sim e 65,2% (58) de respostas com certeza, sim; os clientes sentem-se confortáveis para falar suas inquietações com o profissional, 41,6% (37) e 56,2% (50) de resposta na mesma ordem; o profissional tem conhecimento de quais problemas são efetivamente os mais importantes para seus pacientes, 85,4% (76) de respostas provavelmente, sim e 11,2% (10) de respostas com certeza, sim; o profissional tem conhecimento quando o paciente não consegue a medicação prescrita ou tem dificuldade para comprá-la com 56,2% (50) de respostas provavelmente, sim e 16,9% (15) de respostas com certeza, sim.

Tabela 16 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, longitudinalidade. São Luís-MA, 2014

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	7 (7,9)	15 (16,9)	44 (49,4)	23(25,8)	-
Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	1 (1,1)	-	29 (32,6)	59(66,3)	-
Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	-	-	53 (59,6)	36(40,4)	-
Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	16 (18)	27 (30,3)	33 (37,1)	13(14,6)	-
Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre suas preocupações ou problemas?	2 (2,2)	1 (1,1)	28 (31,5)	58(65,2)	-

Tabela 16 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, longitudinalidade. São Luís-MA, 2014 (cont.)

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	1 (1,1)	-	37 (41,6)	50(56,2)	-
Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que como alguém com um problema de saúde?		14 (15,7)	51 (57,3)	18(20,2)	-
Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	17(19,1)	42 (47,2)	27 (30,3)	2 (2,2)	1 (1,1)
Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	2 (2,2)	1 (1,1)	76 (85,4)	10(11,2)	-
Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	9 (10,1)	35 (39,3)	39 (43,8)	5 (5,6)	1 (1,1)
Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	27(30,3)	42 (47,2)	14 (15,7)	4 (4,5)	2 (2,2)
Você teria conhecimento, caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldade de pagar por elas?	5 (5,6)	19 (21,3)	50 (56,2)	15(16,9)	-
Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	8 (9,0)	39 (43,8)	34 (38,2)	7 (7,9)	1 (1,1)

A Coordenação / integração de cuidados também foi avaliada no contexto dessa pesquisa, conforme mostra a tabela 17. Neste atributo observou-se diversidade de respostas. Os maiores percentuais de respostas negativas foram verificadas quando se questionou sobre o conhecimento pelos profissionais das consultas realizadas por seus pacientes, com 16,9% (15) de repostas com certeza não e 46,1% (41) de repostas provavelmente , não, e ainda quando foram interrogados sobre o funcionamento do serviço

de referência com percentual de 42,7% (38) para respostas com certeza, não e 41,6% (37) de respostas provavelmente não.

Respostas positivas para avaliação deste atributo foram relacionadas à escuta do paciente quando este necessita de encaminhamento, com percentuais de resposta de provavelmente sim de 58,4% (52) e com certeza, sim de 33,7% (30), assim também quando abordou atitudes do profissional relacionadas a dar informação escrita sobre o paciente ao referenciá-lo ao serviço especializado, perfazendo percentuais de 48,3% (43) e 41,6% (37) de respostas provavelmente sim, e com certeza, sim, respectivamente.

Tabela 17 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, coordenação/ integração de cuidados. São Luís-MA, 2014

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	15(16,9)	41 (46,1)	27 (30,3)	4 (4,5)	2 (2,2)
Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre os serviços onde eles poderiam ser atendidos?	1 (1,1)	6 (6,7)	52 (58,4)	30 (33,7)	-
Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	17(19,1)	33 (37,1)	28 (31,5)	11 (12,4)	-
Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	1 (1,1)	8 (9,0)	43 (48,3)	37 (41,6)	-
Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	38 (42,7)	37 (41,6)	9 (10,1)	5 (5,6)	-

A tabela 18 revela a percepção dos profissionais enfermeiros da ESF sobre o atributo coordenação - sistema de informações. Este componente de resposta atingiu um nível satisfatório de respostas positivas e aborda questões relacionadas à troca de informações e comunicação entre profissionais e usuários, a disponibilização dos prontuários no momento das consultas, permissão aos pacientes para que examinem seus prontuários e troca de informações sobre o estado de saúde do paciente através de seus registros médicos recebidos no passado.

Tabela 18 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, coordenação-sistema de informações. São Luís-MA, 2014

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado? (ex: boletim de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)	8 (9,0)	20 (22,5)	39 (43,8)	22 (24,7)	-
Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	-	-	30 (33,7)	9 (66,3)	-
Os prontuários dos pacientes estão disponíveis quando você os atende?	-	1 (1,1)	38 (42,7)	50 (50,6)	-

Com relação à integralidade – serviços disponíveis, a tabela 19 apresenta maiores percentuais de respostas com certeza, sim nas atividades de imunização 84,% (75) e planejamento familiar 79,8% (71). Atividades como sutura de cortes, colocação de talas de gesso, são pouco disponibilizadas nas unidades de saúde da ESF, 65,2% (58) e 64% (57) de respostas com certeza, não, respectivamente.

Tabela 19 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, integralidade- serviços disponíveis. São Luís-MA, 2014

Indicadores	Com certeza, não	Provavelmente não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Não sei, não lembro
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aconselhamento nutricional	26 (29,2)	12 (13,5)	28 (31,5)	23 (25,8)	-
Imunizações	-	-	14 (15,7)	75 (84,5)	-
Verificação se as famílias podem participar de algum programa o benefício de assistência social	11 (12,4)	13 (14,6)	31 (34,8)	33 (37,1)	1 (1,1)
Avaliação de saúde bucal	9 (10,1)	10 (11,2)	26 (29,2)	44 (49,4)	-
Tratamento dentário	11 (12,4)	10 (11,2)	32 (36,0)	36 (40,4)	-
Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	-	-	17 (19,1)	71 (79,8)	1 (1,1)
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	14 (15,7)	31 (34,8)	27 (30,3)	16 (18,0)	1 (1,1)
Aconselhamento para problemas de saúde mental	6 (6,7)	23 (25,8)	45 (50,6)	14 (15,7)	1 (1,1)
Sutura de corte que necessite de pontos	58 (65,2)	16 (18,0)	6 (6,7)	6 (6,7)	3 (3,4)
Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	7 (7,9)	4 (4,5)	28 (31,5)	49 (55,1)	1 (1,1)
Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	33 (37,1)	29 (32,6)	20 (22,5)	5 (5,6)	2 (2,2)
Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	26 (29,2)	19 (21,3)	35 (39,3)	7 (7,9)	2 (2,2)
Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)	57 (64,0)	23 (25,8)	6 (6,7)	1 (1,1)	2 (2,2)

A integralidade-serviços prestados é avaliada na tabela 20, os maiores percentuais de respostas com certeza, sim foram verificadas nas seguintes abordagens: conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente, 67,4% (60); testes de sangue para verificar os níveis de colesterol, 60,7% (54); verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando, 57,3% (51); conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados, 52,8% (47) e segurança no lar, 46,1% (41). Estes mesmos questionamentos tiveram um percentual significativo de respostas provavelmente sim, destacando-se ainda, para esta categoria de resposta, as seguintes atividades: Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando, 56,2% (50) e como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente, 50,6% (45).

Percentuais significativos de respostas com certeza, não e provavelmente, não, foram observados nas seguintes questões, na mesma ordem: pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança, 44,9% (40).

Tabela 20 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, integralidade- serviços prestados. São Luís-MA, 2014

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	2 (2,2)	2 (2,2)	25 (28,1)	60 (67,4)	-
Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança	1 (1,1)	8 (9,0)	39 (43,8)	41 (46,1)	-
Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	12 (13,5)	28 (31,5)	27 (30,3)	21 (23,6)	1 (1,1)
Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 (4,5)	17 (19,1)	50 (56,2)	17 (19,1)	1 (1,1)
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	-	2 (2,2)	40 (44,9)	47 (52,8)	-

Tabela 20 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo essencial da APS, integralidade- serviços prestados. São Luís-MA, 2014 (cont.)

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	6 (6,7)	3 (3,4)	25 (28,1)	4(60,7)	1(1,1)
Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	1 (1,1)	1 (1,1)	35 (39,3)	(57,3)	1(1,1)
Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex:veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	9(10,1)	28 (31,5)	35 (39,3)	15 (16,9)	2(2,2)
Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	40(44,9)	38 (42,7)	5 (5,6)	3 (3,4)	3(3,4)
Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente	8 (9,0)	17 (19,1)	45 (50,6)	16 (18,0)	3(3,4)
Como prevenir quedas	4 (4,5)	6 (6,7)	51 (57,3)	27 (30,3)	1(1,1)
Prevenção de osteoporose em mulheres	3 (3,4)	8 (9,0)	51 (57,3)	26 (29,2)	1(1,1)
Cuidado de problemas comuns, relativos à menstruação ou à menopausa	2 (2,2)	4 (4,5)	44 (49,4)	38 (42,7)	1(1,1)
Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	3 (3,4)	14 (15,7)	42 (47,2)	29 (32,6)	1(1,1)
Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	-	1 (1,1)	35 (39,3)	52 (58,4)	1(1,1)

A tabela 21 apresenta os resultados do atributo derivado da atenção primária, enfoque familiar que busca suporte no conhecimento que o serviço de saúde deve ter das famílias sobre o seu cuidado e dos problemas de saúde de cada membro que constituem o

núcleo familiar. Verifica-se que os maiores percentuais de respostas foram aquelas contempladas nos itens provavelmente, sim e com certeza, sim.

Tabela 21 -Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo derivado da APS, orientação familiar. São Luís-MA, 2014

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	5 (5,6)	18 (20,2)	50 (56,2)	16 (18,0)	-
Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	-	6 (6,7)	42 (47,2)	41 (46,1)	-
Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	-	1 (1,1)	37 (41,6)	51 (57,3)	-

A tabela 22 aborda o atributo derivado da APS, orientação comunitária, na qual se observou que, relacionado à realização de visita domiciliar, os maiores percentuais de respostas foram, provavelmente, sim e com certeza, sim, perfazendo um percentual de 94,4%,ou seja, quase a totalidade da amostra.

É necessário salientar que o questionário do PCATool aborda nesse questionamento se alguém do serviço de saúde realiza visita domiciliar e não somente se o enfermeiro realiza, apresentando uma percentual bem mais satisfatório do encontrado no primeiro instrumento.

Respostas positivas também foram observadas quando se explorou questões relacionadas ao conhecimento do serviço de saúde sobre os problemas de saúde da comunidade e a participação da mesma na melhoria dos serviços prestados (percentuais de respostas provavelmente, sim e com certeza, sim, perfazendo um total de 68,6% e 71,9%,

respectivamente), e ainda, quando se analisou a presença de usuários no conselho local de saúde (66,3%).

No entanto, ao abordar questões relacionadas à realização de inquéritos e pesquisa com pessoas e a comunidade em geral, verificou-se maiores percentuais de respostas com certeza, não, 27% (24) e provavelmente, não 41,6% (37).

Tabela 22 - Percepção do profissional enfermeiro da ESF sobre o atributo derivado da APS, orientação comunitária. São Luís-MA, 2014

Indicadores	Com certeza, não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente, sim n (%)	Com certeza, sim n (%)	Não sei, não lembro n (%)
Você, ou alguém do seu serviço de saúde, faz visitas domiciliares?	2 (2,2)	2 (2,2)	29 (32,6)	55 (61,8)	1 (1,1)
Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	8 (9,0)	19 (21,3)	41 (46,1)	20 (22,5)	1 (1,1)
Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	10(11,2)	13 (14,6)	41 (46,1)	23 (25,8)	2 (2,2)
Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	25 (28,1)	39 (43,8)	18 (20,2)	5 (5,6)	2 (2,2)
Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ela deveria conhecer?	24 (27,0)	37 (41,6)	20 (22,5)	6 (6,7)	2 (2,2)
Presença de usuários no Conselho Local de saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)	11 (12,4)	15 (16,9)	27 (30,3)	32 (36,0)	4 (4,5)

Na percepção dos enfermeiros do município de São Luís-MA, os atributos essenciais Longitudinalidade, Coordenação-sistema de informação e integralidade atingiram

resultados satisfatórios, por outro lado, acessibilidade, coordenação-integração dos cuidados e integralidade serviços disponíveis, encontram-se abaixo do ponto de corte considerado ideal para esta metodologia (quadro 3).

Com relação aos atributos derivados, o enfoque familiar apresentou alto escore. No entanto, o mesmo não foi observado na abordagem da orientação comunitária (quadro 3). Sendo necessária uma maior reflexão das atividades que estão sendo realizadas, dando maior enfoque para a atenção e envolvimento das comunidades assistidas nas decisões e planos de cuidados.

Atributos Essenciais e Derivados da APS	Escore médio	Escore convertido*
A - Acessibilidade	2,0	3,3
B - Longitudinalidade	3,0	6,6
C - Coordenação- Integração de cuidados	2,5	5,0
D - Coordenação – Sistema de informações	3,4	8,0
E- Integralidade- Serviços disponíveis	2,8	6,0
F- Integralidade- Serviços prestados	3,0	6,6
G- Orientação familiar	3,2	7,3
H- Orientação comunitária	2,2	4,4
Escore Médio Essencial	2,8	6,0
Escore Médio Derivado	2,7	5,6
Escore Geral	2,8	5,9

Quadro 3 - Escores médio e convertido na escala de 0 a 10 de cada Atributos da APS e Escores essencial, derivado e geral da APS na percepção dos enfermeiros da ESF do município de São Luís – MA, 2015

*Os escores variam de 0-10 e devem ser usados de forma contínua. Para categorizá-los, usa-se o ponto de corte de 6,6. Acima disso é Alto Escore, abaixo é Baixo Escore.

6 DISCUSSÃO

6.1 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO

Observa-se neste estudo que o resultado confirma o aspecto da feminilização da profissão (88,8% dos enfermeiros são do sexo feminino), fato historicamente predominante na enfermagem (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010). Os participantes fazem parte de uma parcela da população adulto jovem, ou seja, que se encontra em plena fase produtiva. Estudos revelam que esta é uma condição preponderante na ESF que agrega muitos profissionais recém-formados (RAMOS et al., 2009; MOURA et al., 2013).

A Portaria nº 1.886/97 que instituiu o PSF, atualmente ESF, não definiu parâmetros de remuneração, existindo várias formas de vínculos trabalhistas e diferenças salariais, até mesmo entre os efetivos (BRASIL, 1997). O resultado desta pesquisa confirma este fato.

Percentual significativo dos entrevistados relatou ter outro vínculo empregatício (58,4%). A remuneração insatisfatória pode ser fator primordial para busca de outras atividades, uma vez que os profissionais procuram outro vínculo empregatício para complementação do seu salário, visando a uma melhor qualidade de vida.

Os enfermeiros participantes deste estudo são profissionais que, pelo tempo de atuação na área, espera-se que sejam experientes e capacitados. Segundo Ramos et al. (2009), o maior tempo de atuação na ESF possibilita maior convivência e experiência com os problemas da comunidade, além de estabelecer maior vínculo entre o usuário e o profissional.

O fato de serem, em sua maioria, estatutários, 86,5% (77), pode ter colaborado na diminuição da alta rotatividade dos profissionais, o que contribui para o estabelecimento de vínculo com as famílias assistidas. Assim como em outros estudos, essa rotatividade mostra tendência de estabilização e pode estar relacionada à realização de concurso público no Município (MEDEIROS et al., 2010). Estudos realizados em Pelotas*RS e no Estado do RS apresentaram resultados menos promissores relacionado ao vínculo estatutário, com 20,8% e 38,1%, respectivamente (RAMOS et al., 2009; MARQUI et al., 2010).

Dos enfermeiros que recebem auxílio transporte 100% estão lotados na zona rural do município de São Luís. No entanto, observou-se durante a coleta dos dados, áreas

da zona urbana de difícil acesso e distantes, sendo que os profissionais que atuam nessas localidades enfatizaram a necessidade de complementação dos seus salários com o referido auxílio.

Quase a totalidade da amostra possui pós-graduação, 96,6% (86). Estudo realizado na Austrália enfatizou que: Enfermeiros com pós-graduação têm o potencial de aumentar o seu âmbito de aplicação prática, assumindo um papel mais importante no ensino e na prestação de serviços de prevenção na atenção primária. Políticas destinadas a aumentar o acesso à educação para enfermeiros que atuam na atenção primária iriam fortalecer a profissão de enfermagem de cuidados primários, e melhorar a prestação de serviços de cuidados primários de saúde (HALLINAN; HEGARTY; AUST, 2015).

Estudo realizado em municípios da região sul do Rio Grande do Sul apresentou, com relação à capacitação em educação em saúde, resultado bem mais relevante (66,7%) (RAMOS et al., 2009) que o encontrado na presente pesquisa, 41,6% (37). Cabe ainda lembrar que esta atividade é o principal eixo desse novo modelo, devendo ser desenvolvida por todos os profissionais envolvidos nessa área. Sendo assim, depreende-se compromisso e responsabilidade por parte dos atores envolvidos nesse processo, atuando de forma a instigar um maior envolvimento da comunidade na resolução dos seus problemas de saúde, promovendo maior entendimento do processo saúde/doença e boas práticas de saúde, visando a uma assistência mais qualificada.

A determinação do enfermeiro como profissional integrante da equipe de saúde da família, com inúmeras atribuições no espaço da unidade de saúde e na comunidade, apesar do reconhecimento da aprovação que vem recebendo nas suas práticas sociais, dentro da organização do Sistema de Saúde, ainda exige capacitação permanente e formação qualificada para atender a essa nova demanda, fortalecendo, dessa forma, o desenvolvimento de uma assistência integral (COSTA; MIRANDA, 2008).

Observa-se que um percentual significativo informa que realiza a visita raramente, 48,3% (43), logo, apesar de fazer parte do cronograma de atividades dos entrevistados, as visitas na grande maioria das equipes demora a acontecer. Acredita-se que este fato esteja ocorrendo devido ao baixo percentual de equipes que dispõe de transporte para o deslocamento.

Estudos realizados no Rio Grande do Sul também enfatizaram a ausência de transporte para as visitas domiciliares, fato que inviabiliza a realização desta atividade de forma adequada e rotineira (MARQUI et al., 2010; RANGEL; FUGALI; BACKES, 2011).

A Visita Domiciliar (VD) faz parte das atividades preconizadas pela PNAB, através da portaria nº 2.488/2011 e, dessa forma, deve ser realizada rotineiramente (BRASIL, 2011b). Esta atividade proporciona uma maior percepção dos profissionais com a dinâmica familiar, favorecendo o estabelecimento de vínculos. Através dessa intervenção

promovem-se ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação das famílias assistidas. Se realizada de forma adequada, a VD poderá facilitar o cuidado aos clientes atendidos, uma vez que proporciona um maior conhecimento de seus hábitos de vida, crenças e valores (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009; CRUZ; BOURGET, 2010; LIONELLO et al., 2012).

Observa-se que o atendimento na VD vem priorizando, em sua maioria, a grupos específicos, contemplando o aspecto biológico dos indivíduos, o que implica na assistência ainda arraigada ao modelo biomédico e que vai de encontro ao preconizado pelo MS para a ESF.

A VD possibilita a abordagem de questões que vão além de problemas físicos. Conhecer o ambiente e a forma como vivem as famílias, além de trabalhar questões de origem sociais e emocionais, é ponto chave de uma assistência singular que rompe com o modelo biomédico. É necessário ultrapassar o cuidado individualizado, focado na doença, e construir ações de saúde a partir das necessidades e do contexto familiar (CRUZ; BOURGET, 2010; DURO, 2012).

Os enfermeiros do município de São Luís-MA realizam atividades conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde preconiza para o enfermeiro que atua na ESF realizar atividades de natureza assistencial, educacional e gerencial, contemplando uma assistência integral aos indivíduos e família, seja nas unidades de saúde, domicílios ou espaços comunitários (RAMOS et al., 2009; BRASIL, 2012). No entanto, isto implica a este profissional uma série de tarefas de natureza diferenciada, o que acaba por sobrecarregá-lo e dificulta a definição de papéis, além disso, demanda conhecimento, atualização e qualificação constantes. Estudos demonstram que o acúmulo de funções administrativas e gerenciais acaba por dificultar o cuidado dispensado às famílias (FREITAS; NUNES, 2010; SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010; LIMA; FAGUNDES; SALES, 2013).

Cabe salientar que em outros países as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem em Saúde Familiar contemplam atividades que enfocam o núcleo familiar, como confirmado na realidade de Lisboa (Portugal), onde o cabe ao enfermeiro: “cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (PORTUGAL, 2010, não paginado). Este fato concorre para um maior delineamento do papel deste profissional, contribuindo para uma maior especificidade das suas competências e menor sobrecarga de atividades.

Fato positivo observado é que os enfermeiros que participaram do presente estudo preocupam-se com o planejamento de suas atividades, pois 65,2% (58) e 30,3% (27) realizam planejamento frequentemente e sempre, respectivamente. A ausência de

planejamento das ações a serem executadas proporciona um trabalho fragmentado por parte dos profissionais da ESF, o que acaba por não suprir as necessidades dos usuários, desqualificando a nova proposta do MS para este tipo de atenção (MARQUI et al., 2010).

As reuniões de equipe que busquem discutir os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, bem como a realização de reuniões intersetoriais são importantes para o trabalho em saúde na área adscrita (RONZANI; SILVA, 2008). Entretanto é importante destacar a responsabilidade coletiva de todos os membros da equipe para a realização dessas atividades, sendo indispensável para o planejamento e efetivação das ações de saúde.

Os resultados deste estudo apontaram que 29,2% (26) participam de reuniões intersetoriais. As ações intersetoriais devem ser fortalecidas pela ESF ocupando um posto central, mobilizador e integrador de ações, assumindo um processo de construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diferentes sujeitos e instituições, visando a identificar situações sanitárias, sociais e familiares prejudiciais a um bom estado de saúde (FREITAS; MANDU, 2010).

Observa-se ainda que as reuniões com a sociedade civil e comunidade e avaliação do desenvolvimento das famílias perfazem, respectivamente, 21,3% e 19,1%. No entanto nesse novo paradigma é necessária a avaliação contínua do núcleo familiar e da comunidade em que está inserida, devendo ser compartilhado entre os membros da equipe de ESF os fatores estressores que levam ao adoecimento daquele sistema, visando à prevenção de possíveis agravos e estabelecendo planos de cuidados que atendam as reais necessidades.

Destaca-se que o instrumento utilizado para esta coleta não citou entre suas alternativas o e-SUS, uma vez que o município de São Luís-MA encontra-se em fase de implantação do mesmo (BRASIL, 2013).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade do atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2013).

No processo de trabalho da ESF é de grande relevância o conhecimento dos instrumentos que intervêm sobre os objetos para lograr êxito nos objetivos traçados. “Neste cenário utilizam-se vários instrumentos, sem, contudo, verificar se estes contemplam as necessidades em saúde da população adscrita” (EGRY; OLIVEIRA; CIOSAK, 2009).

Os instrumentos SSA2, PMA2 e SIAB foram os mais utilizados para avaliar as necessidades das áreas deste estudo, com respectivamente 77,5% (69), 69,7% (62) e 58,4% (52). Este resultado revelou-se mais expressivo do que o encontrado em estudo realizado em municípios do Estado do Espírito Santo onde 57,8% utilizam o SIAB para o planejamento de suas ações (SARTI et al., 2012).

As fichas e relatórios são elementos essenciais que facilitam e orientam o trabalho do enfermeiro nos processos gerenciais da ESF e contribuem para identificar problemas e recursos relevantes para o nível local, direcionando o cuidado em saúde a ser dispensado à população. São compostos pelos relatórios e fichas de acompanhamento (SSA2, SSA4, PMA2, PMA4 e as fichas A, B, C, D). Esses instrumentos permitem conhecer a realidade sociosanitária da população, além de permitir a adequação dos serviços de saúde à realidade encontrada (FEITOSA et al., 2013).

Alguns instrumentos chaves que aparecem como requisitos a serem observados pelos municípios por ocasião de sua adesão a esta estratégia, tais como mapa de área de abrangência e prontuário da família, foram observados neste estudo quanto a sua execução nas equipes entrevistadas sem, no entanto, sem atingir 100% da população.

O resultado encontrado com relação ao uso do mapa de território, 38,2% (34), está aquém de outras realidades. Outro aspecto importante é que instrumentos como o genograma e ecomapa são desconhecidos pelos profissionais, com 2,2% (2) e 4,5% (4), na mesma ordem. Tais instrumentos possibilitam conhecer a estrutura familiar e cultural da população adscrita, assim como suas relações pessoais e interpessoais (OLIVEIRA; MARCON, 2007; SILVA; MOTTA, ZEITOUNE; 2010; SARTI et al., 2012). Dessa forma, torna-se imprescindível usá-los para o detalhamento e planejamento do cuidado a ser prestado.

O uso desses instrumentos requer tempo, capacitação e atenção necessária para construí-los de forma adequada, para sua análise e atuação frente às exigências de cuidados encontradas, e ainda para sua atualização, visto que é o retrato de um momento do ciclo vital da família, e, desta forma, sofre modificações ao longo do processo da vida humana. Por outro lado, quando utilizados permitem uma visão da complexidade das relações familiares e tornam-se cruciais para o planejamento e tomada de decisões estratégicas (OLIVEIRA; MARCON, 2007; PEREIRA et al., 2009).

A PNAB prevê como atribuições específicas do Enfermeiro:

[...]

II- realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão [...] (BRASIL, 2012, p. 46).

A lei nº 7.498/96, que regula o exercício profissional da enfermagem, já preconizava, em seu art. 11, como função do Enfermeiro integrante da equipe de saúde: “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” (BRASIL, 1986, não paginado).

Ressalta-se que a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro é um procedimento que vem se inserindo no modelo inovador de atenção à saúde e, ainda que estipulado em lei, estimula críticas por parte de alguns, sobretudo para manutenção de interesses próprios e corporativos (BORGES, 2010).

Alguns estudos revelam a existência de controvérsias a despeito da prescrição de medicamentos, uma vez que alguns profissionais a associam ao caráter emancipatório da profissão e outros questionam a legitimidade dessa atribuição, tornando dessa forma o assunto polêmico (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010; BORGES, 2010).

O presente estudo apresenta essa dicotomia de pensamento, uma vez que parte dos profissionais ainda associa esta atividade como limitante ao respeito dos seus princípios éticos, 37,1% (33). Para este fim, é importante salientar que o profissional enfermeiro deve estar capacitado para o exercício dessa atribuição, sendo responsável de reconhecer os seus limites e atendendo ao preconizado:

[...] conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2012, p. 46).

A lei do exercício profissional nº 7.498/86 também preconiza ao enfermeiro:

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem (BRASIL, 1986, não paginado).

A PNAB reitera funções gerenciais a este profissional:

[...]

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

VI- participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012, p. 46-47).

Este estudo revelou o desenvolvimento de atividades gerenciais voltados à manutenção e funcionamento adequado da UBS como contrariante aos princípios éticos da profissão para um percentual significativo dos entrevistados, 24,7% (22). No entanto, função gerencial deve fazer parte do cotidiano do enfermeiro, segundo a PNAB (BRASIL, 2012). Estudo realizado no município de Mossoró/RN revelou que as inúmeras responsabilidades na UBS acarretam sobrecarga de trabalho e menor disponibilidade de tempo para as atividades gerenciais (OLIVEIRA, F. E. L. et al., 2012).

Em contrapartida, outro estudo aponta que quando o profissional enfermeiro realiza melhor a gestão do processo de trabalho de sua equipe, ocorrem repercussões significativas na organização do seu trabalho, sendo esta uma das ferramentas valorosas no seu exercício na ESF (BRASIL, 2012; PIRES, 2011).

Observa-se neste estudo respostas satisfatórias dos participantes dessa pesquisa relacionadas ao vínculo com a comunidade assistida, uma vez que este é alicerçado nos pilares da confiança, na atenção dispensada pelo profissional aos seus clientes, na segurança, no respeito e na atitude ética durante o atendimento das necessidades. Ressalta-se, porém, que, segundo o usuário, para que se consolide o vínculo deve haver uma boa comunicação e empatia do enfermeiro através do acolhimento (ASSIS et al., 2010a; RANGEL; FUGALI; BACKES, 2011).

As ações que caracterizam vínculo observadas neste estudo também podem estar associadas ao tempo de atuação desses profissionais nas comunidades e remeter à presença de longitudinalidade do cuidado, aspecto este reconhecido como atributo essencial da atenção primária.

Constata-se que a clientela recebe dos profissionais informações, assim como a maioria conhece o profissional que lhe dispensa cuidados. Além disso, abre-se um leque de oportunidades, à medida que os enfermeiros podem discutir com a família os problemas apresentados pelo cliente, tanto no momento da consulta, quanto durante as atividades educativas, devendo aproveitar essa ocasião para buscar meios de parcerias com a família, no sentido de manter a saúde do núcleo familiar.

No que se refere às consultas de enfermagem, sabe-se que quando realizada de forma participativa e contextualizada possibilita a criação de vínculos tanto com o indivíduo/família, quanto com a comunidade. Sendo assim, é um instrumento facilitador na criação de laços e pode ser uma grande ferramenta na promoção e prevenção da saúde. Além disso, promove mudanças de medidas a serem tomadas, facilitando a detecção precoce de problemas (OLIVEIRA, S. K. P. et al., 2012; NASCIMENTO, 2013).

Cabe ao enfermeiro realizar três consultas por hora, tanto para primeira consulta como para a consulta de seguimento. Logo, deverá realizar cada consulta, em média, em 20 minutos (OLIVEIRA, S. K. P. et al., 2012). A realidade encontrada demonstra que a maioria

dos profissionais entrevistados, 55,1% (49) leva de 15 a 20 minutos para realizar este procedimento e 15,7% levam de 20 a 30 minutos.

Evidencia-se, porém que a grande procura das UBS, tanto pela população adscrita, quanto da demanda espontânea, pode ser um dos entraves para uma consulta mais qualificada por parte desses profissionais, resultando em um atendimento rápido por restrição de tempo.

Pesquisa realizada no município de Santa Maria-RS considerou que a realização de grupos pode contribuir com a ESF no desenvolvimento de uma vida saudável para o indivíduo e família. Similar a este estudo, citam a realização de grupos, como: HIPERDIA, puericultura e gestantes (RANGEL; FUGALI; BACKES, 2011).

Resultado análogo ao verificado neste estudo com relação à realização de atividades educativas foi encontrado em uma pesquisa realizada em municípios da região sul do Rio Grande do Sul, onde 66,7% realizavam esta atividade. Por outro lado, preocupamos o fato de que um tema de grande relevância na nossa atualidade, como Preservação do meio ambiente, esteja sendo pouco explorado pelos profissionais (2,2%). A pesquisa citada anteriormente também demonstrou resultados bem mais significativos no que se refere a este assunto (41,7%). Porém, o autor enfatiza que a Enfermagem ainda não absorveu o tema ecológico como uma importante ferramenta a ser considerada (RAMOS et al., 2009).

Cabe destacar que a IV Conferência Internacional de Saúde menciona entre as cinco prioridades para a promoção da saúde, aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes de saúde (BRASIL, 2002).

Salienta-se que entre as práticas educativas mais comuns encontram-se as palestras, com 97,8% (87). Estudo realizado no município de Sobral-CE também encontrou as palestras como principal estratégia referida pelos enfermeiros (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009). É importante problematizar que esta técnica apresenta um caráter unidirecional, onde há a participação ativa dos profissionais, com exposição de ideias, e a comunidade funciona somente como receptora das informações.

O processo educativo está além dos processos de informação e comunicação, sendo uma prática social que estimula no indivíduo uma capacidade de sua compreensão através da reflexão e aplicação prática de novos conhecimentos. “Determinações impostas acabam por desconsiderar a realidade cotidiana das pessoas, prejudicando a adesão” (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009, p. 1457).

Por outro lado, observa-se o desenvolvimento de práticas inovadoras como rodas de conversas, 40,4% (36), essa técnica possibilita, através da escuta e compartilhamento de saberes, que os profissionais envolvidos nesse processo sejam capazes de reconhecer que os participantes têm diferentes valores e crenças. Nesse

processo se reconhece que os participantes deste estudo vêm redimensionando suas práticas através do desenvolvimento de uma nova postura e técnica educativa.

A escolha de uma vida mais saudável perpassa por um processo de interação entre conceito e experiência de vida de cada indivíduo, estabelecendo dessa forma, vínculo de confiança entre usuário e profissional de saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Apesar de ser longe do ideal, a participação dos enfermeiros nos conselhos de saúde de suas comunidades atingiu 22,5% (foi mais promissora do que a observada no município de Vitória-ES, 8% (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010). Sabe-se que a participação da comunidade e dos profissionais nas decisões políticas de saúde é primordial na organização e planejamento das ações na UBS.

Segundo Nogueira et al. (2008), O Conselho Local de Saúde é o espaço de negociação de todo o seguimento organizado da sociedade (usuários, profissionais de saúde, gestores locais e órgão representativos da comunidade), com a incumbência de ir além dos trâmites da formalidade e burocracia para a efetiva participação, com legitimação da representatividade de seus membros, ganhando visibilidade e destacando-se por meio de suas deliberações, e efetivamente de decidir as diretrizes da política de saúde local.

Observa-se que apesar dos enfermeiros realizarem reuniões para o planejamento das ações, raramente esse planejamento é executado com a participação das famílias, comunidades e outros setores da sociedade, o que vai de encontro aos princípios do MS. Além disso, retrata-se a centralidade do cuidado. Essa mesma realidade foi verificada em outro estudo (SARTI et al., 2012).

Os enfermeiros participantes do presente estudo citaram vários fatores que dificultam o seu trabalho (condições de trabalho, falta de material, falta de valorização profissional, gestão, entre outros). Estudos revelam que precárias condições de trabalho, cotidiano estressante (sobrecarga de atividades) e relações de conflitos na equipe são prejudiciais no enfrentamento das dificuldades (MARQUI et al., 2010; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010; PIRES, 2011; OLIVEIRA, F. E. L. et al., 2012; ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

A gestão também foi apontada como fator dificultador do trabalho, com 58,4% (52). Este dado corrobora com estudo realizado em Recife-PE, onde os participantes frisam: “as coordenações distritais e locais reproduzem concepções arraigadas da dimensão gerencial do trabalho da enfermeira que não condiz com a ESF” (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010, p. 523).

A percepção da falta de equidade demandando ao enfermeiro responsabilidades, sem existência de acordos envolvendo toda a equipe e sem condições digna de trabalho, é que origina o sentimento de serem constantemente injustiçados e sobrecarregados (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

Segundo Assis et al. (2010a, p. 56)

A gestão deve ter um papel primordial para criar possibilidades junto às equipes, para que estas se tornem vinculadas a sua comunidade e vice-versa, buscando efetivar na prática um SUS mais humanizado e acolhedor, na busca da integralidade das ações.

Por outro lado, é necessário enfatizar que, apesar das dificuldades relatadas, existe um percentual significativo de enfermeiros que descrevem como fatores facilitadores o seu bom relacionamento com a comunidade e famílias, com 94,4% (84), e reconhecimento do seu trabalho pela comunidade, 60,7% (54), o que nos leva a crer que estes profissionais vêm estabelecendo vínculo com sua clientela, fator primordial para o bom desempenho em Saúde da Família. Além disso, observa-se que a maioria refere satisfação pelo que faz, 79,8% (71).

Outro dado a ser considerado é que uma minoria dos participantes relata ter autonomia na ESF, 34,8% (31). Na ESF, para o bom desempenho de suas funções, é necessário reconquistar essa autonomia (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010). No entanto é necessário saber que para que se confirme a autonomia, o enfermeiro deve melhor delinear o seu papel e o seu objeto de cuidado na ESF, definindo dessa forma o que lhe próprio e o que é comum a toda a equipe.

O MS salienta que a ESF deve focar uma assistência integral, contínua e de qualidade, a ser executada por uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 ACS. Quando formada uma equipe multidisciplinar há mais possibilidade de atender a demandas distintas, possibilitando lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas, incorporando procedimentos tecnológicos específicos e diversos saberes e práticas imprescindíveis a uma abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2011b; SANTOS et al., 2010).

Entretanto é importante frisar que apesar de terem atribuições comuns, a cada profissional da equipe é direcionado atribuições específicas, sendo que cabe ao enfermeiro fazer distinção da sua prática com a dos demais profissionais e ainda estabelecer limites para o desempenho de suas atividades, compartilhando e delegando funções, evitando dessa forma, sobrecarga de trabalho, desgaste laboral e relações conflituosas.

Torna-se necessário o desenvolvimento de uma cultura crítica do exercício profissional do enfermeiro, identificando as fragilidades que interferem no desenvolvimento do seu trabalho, buscando autonomia no cuidado prestado (PIRES, 2011). Dessa forma, a luta por um exercício profissional de qualidade e o compromisso com a mudança do modelo assistencial é primordial para amenizar as dificuldades a serem vencidas.

6.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA /PCATool-BRASIL

Ao avaliar o atributo da APS, acessibilidade, frisa-se que o município de São Luís, dispõe de serviços de atenção primária funcionando diuturnamente, de segunda a sexta, tendo como apoio os serviços de urgência para o atendimento no horário em que as unidades de saúde estão fechadas. Pesquisa realizada na cidade de Curitiba, em 2013, também apresentou realidade que vai ao encontro da encontrada (CHOMATAS et al., 2013).

O escore acessibilidade neste estudo, após convertido para a escala de 0 a 10, apresentou como resultado 3,3, o que, conforme apontado pela referida metodologia, é classificado como baixo escore. É importante destacar que esse resultado só reafirma a realidade brasileira, e como apontam outras pesquisas, esse atributo não vem apresentando um resultado satisfatório na ESF (CHOMATAS et al., 2013; OLIVIERA et al., 2013).

Oliveira et al. (2013), em estudo realizado em Porto Alegre com usuários idosos, também apresentaram em seus resultados baixo índice de acessibilidade quando avaliado este atributo em unidades de ESF com escore de 3,5 .

Outro estudo realizado em São Luís-MA, no período de 2010 a 2011, com gestores, profissionais e usuários, também constatou o atributo porta de entrada (acessibilidade) como insatisfatório na ESF. Este mesmo estudo aponta como melhoria deste atributo algumas sugestões, como: abertura das unidades nos finais de semana e após as 18h durante alguns dias da semana (REIS et al., 2013).

No entanto, esta não é uma realidade somente brasileira. Estudo realizado no Canadá demonstrou que ainda existe dificuldade de acesso aos serviços de saúde, onde se constatou que 24,2% dos canadenses confirmaram este fato (HAGGERTY et al., 2007).

Vale ressaltar que estudo realizado no município de Cabedelo-PB, utilizando metodologia diferenciada, apresentou resultado divergente, pois somente 14,4% dos usuários queixaram-se da falta de acessibilidade aos serviços ofertados pela USF (SANTANA et al., 2014).

Alguns itens do atributo acessibilidade avaliado pelo PCATool, como a disponibilidade da equipe fora horário de atendimento convencional da unidade, atualmente com funcionamento em dias úteis, não condiz com a realidade do município de São Luís - MA. Isto leva à reflexão sobre adaptação do instrumento ou melhorias no acesso do usuário, com maior oferta e disponibilidade dos serviços, o que poderá refletir na diminuição da procura dos serviços de urgência/ emergência.

Segundo Assis et al. (2010b, p.109),

[...] o acesso deveria ser organizado pela ação planejadora do Estado, com base na garantia de localização adequada, da disponibilidade e da

articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com as necessidades da população coberta pela unidade que oferta os serviços.

É conveniente afirmar que a ESF, como proposta estruturante dos serviços de saúde na APS, deve funcionar como porta de entrada dos serviços de saúde e apresentar características que venham facilitar a entrada dos potenciais usuários.

Observa-se nas respostas um grau relativamente satisfatório com relação à longitudinalidade do cuidado. O escore apresentado para esse atributo atingiu um índice de 6,6%, sendo considerado o ideal estabelecido pela metodologia adotada (ponto de corte de 6,6%).

Estudo realizado em Curitiba, utilizando-se da mesma metodologia, apresentou resultado semelhante atingindo um escore de 6,6% quando avaliado nas equipes de ESF (CHOMATAS et al., 2013). Por outro lado, em Porto Alegre este atributo apresentou escore mais significativo, atingindo 7,1 (OLIVEIRA et al., 2013).

Outra pesquisa realizada no município de Vitória da Conquista/ BA também apresentou resultado satisfatório para este atributo, havendo reconhecimento pelo usuário do profissional que faz o seguimento da sua criança, além de relatarem a existência de um diálogo claro entre profissional e usuário, com espaço para escuta e esclarecimento de dúvidas, o que o deixa confortável para compartilhar os seus sentimentos (BRAZ et al., 2013). Este resultado é compatível ao encontrado.

Faz-se necessário que o profissional enfermeiro atente mais para questões relacionadas ao histórico de saúde de seus pacientes, o que melhoraria os indicadores desse atributo.

Segundo Baratieri e Marcon (2011, p.803):

A longitudinalidade apresenta efeitos benéficos no sistema de saúde como o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação dos usuários. Assim, ao longo do tempo é estabelecida confiança entre profissional e usuário, deixando este mais confortável para expor seus problemas e acatar as recomendações. Do mesmo modo, quando o profissional possui um conhecimento acumulado sobre o usuário, chega-se mais rapidamente à avaliação do problema.

Relacionado à Coordenação-integração dos cuidados, o resultado do escore encontrado nesta pesquisa para esse componente está aquém dos encontrados em outros estudos, sendo que o município de São Luís atingiu 5,0 de escore, estando abaixo do ponto de corte de 6,6. Esta realidade é compatível à demonstrada no estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011).

Estudo realizado em Porto Alegre-RS apresentou escore, ao avaliar este atributo, de 6,3 quando se abordou estas questões para usuários em áreas cobertas por equipes de ESF. Resultado mais satisfatório foi encontrado no estudo realizado em Curitiba-PR ao ser investigado o mesmo atributo com profissionais de saúde, atingindo escore de 7,0 (OLIVEIRA et al., 2013; CHOMATAS et al., 2013). Estes resultados só confirmam aqueles encontrados em outros estudos, em que se observa que os profissionais e gestores tendem a avaliar melhor os serviços de saúde do que os usuários (ELIAS et al., 2006; VAN STRALEN et al., 2008).

Observa-se a necessidade de maior articulação com as redes de saúde, melhorando os indicadores de referência e contra referência, sendo indispensável a implantação dos serviços informatizados como facilitador nesse processo.

No que diz respeito a coordenação-sistema de informação o resultado encontrado foi satisfatório atingindo o maior escore apresentado nesta pesquisa (8,0). Da mesma forma estudos realizado por Chomatas et al (2013) e Vitória et al (2013) apresentaram resultados positivos para este atributo, com escores de 8.5 e 8,8 na mesma ordem. Por outro lado, o estudo realizado em Porto Alegre (2013) apresentou resultado inferior ao encontrado no município de São Luís com escore de 6,3.

A troca de informações entre profissionais de saúde e usuários é imprescindível no modelo ESF, uma vez que esse novo paradigma requer que o indivíduo seja inserido na construção de atitudes que favoreçam o seu estado de saúde através da elaboração de planos de cuidados que atendam a suas reais necessidades.

Vale ressaltar que as anotações no prontuário é mais significativa no modelo da ESF, conforme indica o estudo realizado em São Paulo, em 2011. Esta atividade proporciona maior comunicação entre a equipe multiprofissional e facilidades para o seguimento longitudinal do paciente (SALA et al., 2011).

O escore apresentado para o atributo integralidade/ serviços disponíveis foi de 6,0 quando convertido, sendo considerado baixo para a metodologia utilizada (igual ou superior a 6,6 escore alto).

A disponibilização das atividades avaliadas pelo instrumento integralidade-serviços disponíveis, certamente irá interferir na diminuição de demanda para os serviços de atenção secundária e terciária. Sendo a porta de entrada dos serviços de saúde, a ESF deve ser suficientemente orientada para resolver os problemas de maior frequência e relevância de seu território.

Segundo a portaria 648/2006 do MS, a APS tem entre seus fundamentos:

[...] efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e

reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006, não paginado).

A realidade encontrada não difere da mencionada em estudo realizado em Vitória da Conquista (BA), apresentando as mesmas características mencionadas no presente estudo, sendo que dentre os serviços reconhecidos pelos cuidadores estão vacinação, participação em programas de assistência social ou benefícios sociais, planejamento familiar, realização de suturas em caso de cortes, aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. Não foram identificados serviços como programa de suplementação nutricional, aconselhamento para uso de drogas ou para problemas de saúde mental e identificação de problemas visuais (BRAZ et al., 2013). Apesar de presente neste estudo, esses serviços também apresentaram baixos percentuais.

Pesquisa realizada em municípios de pequeno e médio porte da microrregião de Alfenas, Minas Gerais, também apresentou avaliações negativas dos itens do atributo integralidade-serviços disponíveis. Os autores do referido trabalho sugerem: “[...] os profissionais de saúde não estão desenvolvendo suas ações a partir da análise da situação de saúde e da realidade local, restringindo-se a cumprir o que é determinado pelos programas governamentais” (SILVA et al., 2014, p.130).

Cabe aqui uma reflexão das atividades a serem desenvolvidas pelos enfermeiros e profissionais envolvidos nesse processo e ainda uma avaliação por parte dos gestores dos serviços que deverão ser disponibilizados pela ESF, no sentido de melhorar a oferta de atendimentos a população adscrita.

Observa-se com relação ao atributo integralidade-serviços prestados que a ESF do município de São Luís vêm atendendo ao preconizado, sendo oferecidas atividades voltadas para orientação e prevenção de doenças e agravos, conforme estabelecido pela PNAB, 2011.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b, não paginado).

Entretanto é necessário melhorias, pois este atributo atingiu um escore de 6,6, considerado satisfatório, levando-se em consideração o ponto de corte. Porém, outras investigações apresentaram resultados bem mais significativos. Estudo realizado em Chapecó/SC atingiu um escore de 7,6 (VITÓRIA et al., 2013). Da mesma forma, Chomatas et al. (2013) encontrou um resultado de 8,3 na avaliação realizada em Curitiba com profissionais, médicos e enfermeiros.

Pesquisa do município de Montes Claros-MG apresentou escore mais baixo do que o município de São Luís-MA, além de diferença significativa destes resultados quando avaliou este atributo em equipes de ESF com profissionais com residência e sem residência, com escores de respectivamente, 6,0 e 4,9 (RIBEIRO, 2009). Este fato pode estar relacionado à formação de profissionais mais voltadas para o desempenho das funções cotidianas da atenção primária, apontando para a necessidade de qualificação dos profissionais que atuam nesse novo modelo.

Vale ressaltar que, apesar de grande parte das UBS da presente pesquisa estar localizada em áreas periféricas e com alto índice de violência, pouco se aborda sobre a existência de armas de fogo no ambiente familiar, sendo necessário maior enfoque para essas questões, promovendo, dessa forma, maior segurança da família através da prevenção de acidentes domésticos.

O escore deste atributo apresentou resultado positivo com 6,6. Este resultado é semelhante ao encontrado em pesquisa realizada em São Paulo, onde as atividades preventivas obtiveram destaque (SALA et al., 2011). Isto demonstra que os enfermeiros da ESF vêm desenvolvendo atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças, o que vai ao encontro do novo conceito adotado pelo MS, bem como para a APS que deve priorizar atividades dessa natureza.

O escore do atributo Orientação familiar foi de 3,2, que ao ser convertido na escola de 0 a 10 atingiu o valor de 7,3. Sendo assim, este atributo atingiu um valor satisfatório na ESF do município de São Luís quando abordado na visão do profissional enfermeiro.

Estudo realizado no município de Colombo-PR também apresentou escore de 6,6, compatível com o ponto de corte, porém com menor índice do que o município da presente pesquisa. Este dado pode indicar maior adequação aos pressupostos da APS, o que demonstra que a família vem sendo, gradativamente, considerada como unidade de cuidado (OLIVEIRA, 2012).

Estudo de Alencar et al. (2014) e Leão, Caldeira e Oliveira (2011), realizado nos municípios de São Luís-MA e Montes Claros-MG, respectivamente, também avaliaram este atributo, porém os resultados apontaram escores insatisfatórios. No entanto, estas pesquisas foram realizadas na visão de usuários, o que tem tendência a ter uma resposta menos favorável quando comparada aos profissionais de saúde e gestores.

Sendo assim, faz-se necessário expandir o estudo deste atributo com participação de outros atores, para possibilitar dados mais fidedignos, evitando, dessa forma, viés de intenção.

Cumprir frisar que o novo modelo de atenção à saúde, ESF, referencia que a família deve ser reconhecida de forma integral em seu contexto social e inserida como sujeito no processo saúde x doença, uma vez que é no contexto familiar que ocorrem interações e conflitos que podem influenciar diretamente no estado de saúde dos indivíduos.

Ao investigar o atributo Orientação comunitária, o resultado apresentado (4,4) é considerado baixo, levando-se em consideração o ponto de corte (6,6) adotado pela metodologia do instrumento utilizado. Outros estudos realizados em municípios brasileiros utilizando a mesma metodologia adotada corroboraram com os dados apresentados (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA, 2012).

Estudo de Alencar et al. (2014, p. 362), verificou que “a realização de enquetes com os usuários para saber se suas necessidades estão sendo atendidas está entre os indicadores com pior avaliação”, resultado similar ao encontrado neste estudo. Por outro lado, os dados da presente pesquisa, relativos à gestão participativa, envolvendo a comunidade nas decisões para melhoria das condições de saúde apresentaram índices mais elevados quando comparado com o mesmo estudo. Isto pode inferir que vem ocorrendo gradativamente o envolvimento da comunidade com as atividades executadas pela ESF e absorção dos novos conceitos adotados pela APS.

Pesquisas realizadas nos municípios de Chapecó-SC e Curitiba-PR revelaram resultados mais significativos para esse atributo, atingindo um escore de 6,9 e 8,1, respectivamente (VITÓRIA et al., 2013; CHOMATAS et al., 2013) .

Faz-se necessário desenvolver ações voltadas para a melhoria desse atributo, buscando parceria com a comunidade e investindo, principalmente, no desenvolvimento de pesquisas voltadas para a promoção da saúde, suscitando ações de vigilância à saúde e responsabilização sanitária.

Segundo Santos et al. (2010, p. 504)

A ESF, norteadas pelo atributo da orientação comunitária, com adscrição da clientela, cria espaço privilegiado para reconhecimento dos fatores que originam a demanda do serviço, gerando a possibilidade de atuar efetivamente sobre essa demanda, uma vez que em algumas situações há necessidade de intervenções que extrapolam as possibilidades do setor saúde, o que requer maior grau de complexidade por meio de ações intersetoriais.

Apesar da presença de alguns atributos da APS na prática dos enfermeiros da ESF do município de São Luís, o escore geral, está aquém do ponto de corte, atingindo 5,9 ao ser convertido na escala de 0 a 10. Além disso, os escores essenciais e derivados também apresentaram baixo escore, com 6,0 e 5,6 na mesma ordem.

Outras pesquisas apresentaram melhor escore geral (VITÓRIA et al., 2013; CHOMATAS et al., 2013). Portanto, a realidade do presente estudo não difere da apresentada pelo município de Porto Alegre, onde o escore geral atingiu valor de 5,7 (OLIVEIRA et al., 2013).

7 CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou avaliar a prática do enfermeiro no âmbito da ESF do Município de São Luís - MA, no que diz respeito à lei do exercício profissional, às atividades preconizadas pelo MS e aos atributos essenciais e derivados da APS.

A partir da análise dos dados, observa-se que a maioria dos enfermeiros que atua na ESF tem relação de trabalho consolidada por meio de concurso público e vínculo estatutário, com salário médio entre 3 a 5 salários mínimos, considerado abaixo do esperado, sendo que mais de 50% buscam outros vínculos trabalhistas a fim de complementar suas rendas.

Os profissionais têm procurado atualização através de cursos de pós-graduação e o Município de São Luís tem oferecido capacitações, porém existem fragilidades em temas de grande relevância, como assistência domiciliar e educação em saúde, devendo, dessa forma, à gestão promover cursos para estas duas áreas que se configuram como singular na ESF.

A visita domiciliar raramente é realizada nesse contexto e precisa ser fortalecida através de iniciativas que favorecem o seu desempenho. A disponibilização de transporte pode ser primordial nesse processo.

Os enfermeiros vêm desenvolvendo suas atividades de acordo com o preconizado, no entanto ainda existe uma dicotomia de pensamento sobre o que é lícito ou não executar. Devendo, dessa forma, serem investidos esforços para uma melhor qualificação desse profissional, principalmente no que diz respeito a ações de prescrição de enfermagem, gerenciamento da unidade e cuidado domiciliar. Vale ressaltar que a diversidade de atribuições tem contribuído para o desgaste laboral e indefinição do seu papel.

Os participantes deste estudo realizam planejamento das atividades, utilizando alguns instrumentos, mas observa-se desconhecimento do genograma e ecomapa que poderiam facilitar o planejamento e favorecer a avaliação do contexto familiar, devendo dessa forma, está nas prioridades de capacitação para estes profissionais, facilitando a avaliação do contexto familiar.

Verificou-se que vem acontecendo, de forma gradual, a longitudinalidade do cuidado, que caracteriza vínculo entre a clientela e o profissional enfermeiro. A realização de concurso público vem contribuindo para diminuição de rotatividade dos profissionais, favorecendo este vínculo.

As atividades educativas vêm sendo realizadas pelos enfermeiros, porém chama-se a atenção para o desenvolvimento de atividades que venham melhorar a interação, escuta e compartilhamento de ideias, podendo este momento ser aproveitado para uma articulação efetiva entre a comunidade e a equipe.

A grande maioria dos enfermeiros não está articulada aos conselhos de sua comunidade e este seria outro momento de troca de experiências, fortalecendo assim o vínculo com a comunidade assistida.

A maior parte dos enfermeiros do presente estudo está satisfeito com o que faz e refere bom relacionamento com as comunidades/ famílias, mas se queixam da falta de desempenho dos ACS, falta de valorização dos profissionais e salários insatisfatórios. Citam como principais dificuldades as condições de trabalho, falta de material e falta de valorização profissional.

Com relação à presença dos atributos essenciais e derivados da APS, o Município de São Luís apresentou o mais baixo escore médio essencial, derivado e geral do que a maioria dos municípios brasileiros que utilizaram esta ferramenta.

Não obstante, destaca-se que houve escore ideal relacionado à longitudinalidade do cuidado, o que pode ser confirmado com o outro instrumento utilizado nessa pesquisa, no qual se verifica a diminuição de rotatividade do enfermeiro, o que poderá contribuir para o estabelecimento de vínculo com a clientela. A coordenação sistema de informação também apresentou alto escore, assim como integralidade - serviços prestados e orientação familiar.

Os escores baixos foram observados nos itens acessibilidade, coordenação - integração dos cuidados, integralidade - serviços-disponíveis e orientação comunitária. O último item também fica bem claro no primeiro instrumento, porquanto se verifica pouco compartilhamento de ideias e saberes com a sociedade civil e comunidade.

Apesar de se observar mudanças positivas na postura e atividades desenvolvidas pelos participantes, ainda é necessário que profissionais e gestores reflitam sobre suas práticas, buscando fortalecer esse novo modelo de se fazer saúde, consolidando dessa forma, a ESF como modelo da APS nesse município.

A consolidação da APS na ESF depende de diversos fatores, tais como recursos humanos, gestão participativa, recursos financeiros e reestruturação das rotinas dos serviços, entre outros. No entanto, esforços vêm sendo empreendidos por parte dos atores envolvidos nesse processo. O enfermeiro, apesar das dificuldades, tem galgado sucesso na mudança da sua postura profissional e na absorção gradativa dos novos conceitos que rompe com a hegemonia da centralidade na doença.

Salienta-se que outros estudos devem ser realizados na busca de informações envolvendo outros profissionais da ESF, assim como os usuários no sentido de melhorar esses indicadores e diminuir viés de intenção.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-112, 2009.
- ALENCAR, M. N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.
- ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília, DF, 2001. p. 14-17. (Normas e Manuais Técnicos, 135).
- ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional com base de dados: com banco de dados reais em disco**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ASSIS, M. M. A. et al. (Orgs.). Produção do cuidado no Programa Saúde da Família de um Município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS M. M. A. et al. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da família: olhares analísadores nem diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010a.p. 39-58.
- ASSIS, M. M. A. et al. Acesso ao PSF: garantia para resolubilidade dos serviços de saúde. In: ASSIS, M. M. A. et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da família: olhares analísadores nem diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010b. p. 101-111.
- ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v. 2, n. 10, p. 189-199, jul./dez. 2007.
- BACKERS, D. S. et al. O papel do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia saúde da família. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012.
- BAKER, M. J. **Administração de marketing**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, out./nov. 2011.

BARBOSA, D. S. **Distribuição espacial e definição de áreas prioritárias para vigilância da leishmaniose visceral no Município de São Luís, Maranhão, Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BENITO, G. A. V. et al. O conhecimento gerencial requerido do enfermeiro do Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 635-40, nov./dez. 2005.

BEZERRA, S. T. F. et al. Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 499-507, set. 2010.

BICCA, L. H.; TAVARES, K. O. A atuação da enfermeira no Programa Saúde da Família: uma breve análise de sua prática assistencial. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 92, n. 9, p. 632-637, jan. 2006.

BORGES, I. A. L. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 5-8, 2010.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dez. 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 25 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília, DF, 2001. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Projetos, Programas e Relatórios, C).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. (Legislação em Saúde, E).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primarycareassessment tool pcatool. Brasília, DF, 2010. (Normas e Manuais Técnicos, A).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRAZ, J. C. et al. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menor no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 416-423, 2013.

CANASQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da Família no Estado do Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set. 2006.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, out./dez. 2013.

COIMBRA, L. C.; PEREIRA, A. C. S. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Maranhão. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, 2., 2009, Recife. **Anais...** Recife, 2009. p. 171-74.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do Programa Saúde da família na atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 272-279, dez. 2004.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O Enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun. 2008.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

CUNHA, L. M. A. **Modelos Rasch e Escala de Likert e Thurstone na medição de atitudes**. 2007. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

DECLARAÇÃO de Santafé de Bogotá. Conferência Internacional de promoção da saúde. Santafé de Bogotá, 9-12 de novembro 1992. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México**. Brasília, DF, 2001. p. 15.

EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C.; CIOSAK, S. I. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1181-1186, 2009. Número Especial.

ELIAS, P. E. et al. A atenção básica em saúde; comparação entre PSF e UBS por eStrato de exclusão social São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FEITOSA, R. M. M. et al. Enfermagem e gerenciamento da situação de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 154-163, maio/ago. 2013.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-527, maio/jun. 2010.

FERRAZ, L. N. S.; SANTOS, A. S. O Programa de Saúde da Família e o enfermeiro: atribuições previstas e realidade vivencial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 89-93, maio/jun. 2007.

FREITAS, M. C. M. C.; NUNES, B. M. V. T. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 3, n. 3, p. 39-43, jul./set. 2010.

FREITAS, M. L. A. F.; MANDU, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Ssaúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **ActaPaulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 200-205, 2010.

HAGGERTY, J. et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. **Annals of Family Medicine**, v. 5, n. 4, p.336-344, July/Ago. 2007.

HALLINAN, C. M.; HEGARTY, K. L.; AUST, J. Advanced training for primary care and general practice nurses: enablers and outcomes of postgraduate education. **AustralianJournalofPrimary Health**, Bundoora, Jan. 2015.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 3. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da Atenção primária (PCATool- Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de avaliação da Atenção Básica (PCATool) no Brasil: versão profissionais. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-255, out./dez. 2013.

HELMAN, C. H. Cuidado e cura: os setores da assistência a saúde. In: HELMAN, C. H. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 71-108.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2011**. Rio de Janeiro, 2012.

JUNGES, J. R. et al. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009.

JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na Estratégia Saúde da Família e o trabalho em Equipe**: módulo político gestor. 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

KLOCK, P. et al. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: "Importando-se com o outro". **Cogitare Enfermagem**, v.12, n. 4, p. 452-459, out./dez. 2007.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira de Saúde e Maternidade Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, jul./set. 2011.

LIMA, F. R.; FAGUNDES, N. C.; SALES, S. S. P. Atuação da enfermeira na atenção básica a saúde: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 82-92, jan./abr. 2013.

LIONELLO, C. D. L. et al. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 103-110, 2012.

MACHADO, M. M. T. **Avaliação das atividades dos enfermeiros da Saúde da família na atenção da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará**. 2005. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

MOURA, E. R. F. M. et al. Atenção básica e infertilidade: conhecimento e prática de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 234-240, abr./jun. 2013.

MOURA, E. R. F.; PAGLIUCA, L. M. F. A Teoria de King sua interface com o Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 270-279, 2004.

NASCIMENTO, V. F. Fluxograma de acesso e atendimento de enfermagem em unidade de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1922-1927, 2013.

NICOLAU, L. S. **A Estratégia Saúde da Família no município de São Luís: avanço e desafios**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

NOGUEIRA, F. C. P. et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 104-110, 2008.

OLIVEIRA, E. B. et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública da atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264-273, out./dez. 2013.

OLIVEIRA, F. E. L. et al. A gerência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 834-844, 2012.

OLIVEIRA, R. S.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 4, n. 1, p. 65-72, 2007.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 153-161, jan./fev. 2012.

OLIVEIRA, V. B. C. A. **Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo-Paraná**. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

PAIVA, S. M. A. et al. Teorias administrativas na saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, abr./jun. 2010.

PEREIRA, A. P. S. et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 407-416, maio/jun. 2009.

PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: em busca de autonomia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 1710-1715, 2011. Número Especial.

PORTUGAL. Lei nº111, de 21 de abril de 2009. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar. Disponível em: <http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1847&tabela=leis>. Acesso em: 15 out. 2014.

RAMOS, C. S. et al. Perfil do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 85-91, 2009. Suplemento.

- RANGEL, R. F.; FUGALI, M. M.; BACKES, D. S. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 498-504, jul./set. 2011.
- REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.
- RESTA, D. G.; MOTTA, M. G. C. Família em situação de risco e sua inserção no Programa Saúde da Família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, p. 109-115, 2005. Número Especial.
- RIBEIRO, C. D. A. L. **Avaliação dos atributos da atenção primária**: um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia de saúde da família em Montes Claros-Minas Gerais. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2009.
- RIBEIRO, E. B.; NICOLAU, L. S. **Planejamento para a expansão das equipes de saúde da família no município de São Luís**. São Luís: Semus/Coordenação da ESF, 2013.
- ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, jun. 2012.
- RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.
- SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.
- SALES, N. C. **Análise diagnóstica de uma unidade básica de saúde no município de Fortaleza-CE**: um olhar sobre a gerência. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.
- SANTANA, J. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: opinião de usuários. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, p. 4046-4055, nov. 2014. Suplemento 3.
- SANTOS, S. M. S. et al. Estratégia Saúde da Família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 499-508, out./dez. 2010.
- SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012.
- SILVA, A. S. et al. Avaliação da atenção primária: visão dos profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, p. 126-132, 2014. Número Especial.

SILVA, C. P.; DIAS, M. A. S.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1453-1462, 2009. Suplemento 1.

SILVA, S. A. et al. Atividades desenvolvidas por enfermeiro no PSF e dificuldades em romper com o modelo Flexneriano. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 30-39, jan./mar. 2011.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>.doi: 10.5216/ree.v12i3.5278>. Acesso em: 9 set. 2014.

SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Percepções de enfermeiros sobre SEU trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-779, jul./set. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre a atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região do Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 148-158, 2008. Suplemento 1.

VITÓRIA, A. M. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 285-293, out./dez. 2013.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 19-25, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de Avaliação da Prática do Enfermeiro



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS- GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EQUIPE: _____

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

SEXO 1. Feminino ()
 2. Masculino ()

COR1. Branca ()
 2. Preta ()
 3. Parda ()
 4. Amarela ()
 5. Indígena ()
 4. Outra () Especifique: _____

IDADE (em anos): _____

ESTADO CIVIL

1. Solteiro ()
 2. Casado ()
 3. Viúvo ()
 4. Divorciado/ separado ()
 5. União Consensual ()

NATURALIDADE: _____

RENDA MENSAL BRUTA (em salários mínimos): _____

HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA ESF?

1. 06 meses a menos de um ano ()
2. Um ano ou mais ()
3. De 02 a 05 anos ()
4. 06 a 09 anos ()
5. 10 anos ou mais ()

VÍNCULO EMPREGATÍCIO

1. Estatutário ()
2. CLT ()
3. Contratado ()
4. Outros () Especifique: _____

RECEBE ALGUM AUXÍLIO FINANCEIRO? (alimentação, transporte , combustível, outros)

1. SIM ()
 2. NÃO ()
- Se sim, especifique: _____

B QUALIFICAÇÃO E CAPACITAÇÃO (Você poderá registrar mais de uma alternativa nas questões referentes a qualificação e capacitação)**POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO?**

1. Residência ()
 2. Especialização ()
 3. Mestrado ()
 4. Doutorado ()
- Se possuir pós-graduação, especifique: _____

EM QUE ÁREA VOCÊ RECEBEU CAPACITAÇÃO?

1. Introdutório ()
2. Módulos clínicos ()
3. Hanseníase ()
4. Tuberculose ()
5. Hipertensão arterial ()
6. Diabetes Mellitus ()
7. Saúde da Mulher ()
8. Saúde da Criança ()
9. Saúde do Idoso ()
10. Saúde do Homem ()
11. Imunização ()
12. Educação em saúde ()
13. Doenças crônicas ()
14. Assistência Domiciliar ()
15. Cuidado à Família ()
16. Vigilância em saúde ()
17. Dengue ()
18. Outros () Especifique: _____

C- VISITA DOMICILIAR**REALIZA VISITA DOMICILIAR?**

- 1. Sempre ()
- 2. Frequentemente ()
- 3. Raramente ()
- 4. Nunca ()

SE REALIZA VISITA DOMICILIAR, ESPECIFIQUE COM QUE FREQUÊNCIA?

- 1. Semanalmente ()
- 2. de 15 em 15 dias ()
- 3. Mensalmente ()
- 4. Outros () Especifique: _____

A QUE TIPO DE CLIENTE VOCÊ REALIZA VISITA DOMICILIAR?

(Você poderá registrar mais de uma opção)

- 1 Família ()
- 2 Acamados ()
- 3 Puérperas e RNs ()
- 4 Vítimas de violência doméstica ()
- 5 Pacientes crônicos ()
- 6 Outros () Especifique: _____

SUA EQUIPE DISPÕE DE TRANSPORTE INSTITUCIONAL PARA DESLOCAMENTO?

- 1 Sim ()
- 2 Não ()

D- PRÁTICA PROFISSIONAL**EXERCE OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL ALÉM DA ESF?**

- 1 Sim ()
- 2 Não ()
- 3 Outros ()

Se exerce outra atividade profissional, especifique:

- 1 Servidor público municipal ()
- 2 Servidor público estadual ()
- 3 Servidor público federal ()
- 4 Celetista ()
- 5 Contratado ()
- 6 Outros () Especifique: _____

SELECIONE AS ATIVIDADES QUE VOCÊ EXERCE NO SEU COTIDIANO

(Você poderá registrar mais de uma opção)

- 1 Atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas em todas as fases do desenvolvimento humano ()
- 2 Consultas de enfermagem individual ()
- 3 Consultas de enfermagem a grupos específicos prioritários do MS ()
- 4 Consultas de enfermagem a família ()
- 5 Procedimentos ()

- 6 Atividades em grupo ()
- 7 Solicitação de exames complementares ()
- 8 Prescrição de medicamentos ()
- 10 Encaminhamentos ()
- 11. Atividade programada de atenção a demanda espontânea ()
- 12 Planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS e equipe ()
- 13 Atividade de educação permanente da equipe de enfermagem e ACS ()
- 14 Gerenciamento de insumos para o adequado funcionamento das unidades ()
- 15 Visita domiciliar ()
- 16 Cuidado domiciliar ()
- 17 Coordenação da equipe ()
- 18.Outros () Especifique:_____

VOCÊ REALIZA SUAS ATIVIDADES DE FORMA SISTEMÁTICA E PLANEJADA?

- 1 Sempre ()
- 2 Frequentemente ()
- 3 Raramente ()
- 4 Nunca ()

REALIZA OU PARTICIPA DE REUNIÕES DE PLANEJAMENTO?

- 1 Sim ()
- 2 Não ()

Se sim, especifique. Você poderá registrar mais de uma opção

- 1 Reunião para elaboração de condutas ()
- 2 Reunião de avaliação e acompanhamento ()
- 3 Reunião para avaliação dos dados do SIAB ()
- 4 Reunião para discussão dos casos clínicos ()
- 5 Reunião intersetoriais ()
- 6 Reunião com setores da sociedade civil ou comunidade ()
- 7 Reunião de avaliação do desenvolvimento das famílias ()
- 8 Outras () Especifique:_____

COM QUE FREQUENCIA REALIZA REUNIÕES DE PLANEJAMENTO COM A SUA EQUIPE?

- 1. Semanalmente ()
- 2. de 15 em 15 dias ()
- 3. Mensalmente ()
- 4.Outro () Especifique:_____

UTILIZA INSTRUMENTOS PARA AVALIAR AS NECESSIDADES DE SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA?

- 1. Sim ()
- 2. Não ()

Se sim, especifique: (Você poderá registrar mais de uma opção)

- 1 Plano de trabalho ()
- 2 Ata de reunião ()
- 3 SSA2 ()

- 4 PMA2 ()
 5 Genograma ()
 6 Ecomapa ()
 7 Mapa do território ()
 8 Registros de atendimento ()
 9 SIAB ()
 10 Prontuário da família ()
 Outros () Especifique: _____

VOCÊ CONSIDERA QUE RESPEITA OS LIMITES DE SUA COMPETÊNCIA TÉCNICA?

1. Sempre ()
 2. Frequentemente ()
 3. Raramente ()
 4. Nunca ()

EM QUE CIRCUNSTÂNCIA (S) VOCÊ CONSIDERA ULTRAPASSAR SEUS LIMITES DE COMPETÊNCIA TÉCNICA? (Você poderá registrar mais de uma opção)

1. Ao prescrever medicamentos ()
 2. Ao recomendar condutas ()
 3. Ao realizar procedimentos ()
 4. Ao desenvolver atividades para melhorar o funcionamento da unidade ()
 5. Outros () Especifique: _____

VOCÊ SE IDENTIFICA COMO ENFERMEIRO (A) A TODOS OS CLIENTES QUE ATENDE?

1. Sempre ()
 2. Frequentemente ()
 3. Raramente ()
 4. Nunca ()

SEUS CLIENTES CONSEGUEM IDENTIFICÁ-LO PELO NOME?

1. Sempre ()
 2. Frequentemente ()
 3. Raramente ()
 4. Nunca ()

QUAL O TEMPO MÉDIO QUE VOCÊ CONSIDERA GASTAR EM SUAS CONSULTAS?

- 1- 5 a 10 minutos ()
 2- 10 a 15 minutos ()
 3- 15 a 20 minutos ()
 4- 20 a 30 minutos ()

A FAMÍLIA PARTICIPA DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM REALIZADAS POR VOCÊ NA UBS?

1. Sempre ()
 2. Frequentemente ()
 3. Raramente ()
 4. Nunca ()

VOCÊ REALIZA ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SUA UNIDADE/ COMUNIDADE?

1. Sempre ()
2. Frequentemente ()
3. Raramente ()
4. Nunca ()

Se realiza atividade educativa na unidade/ comunidade, especifique:

(Você poderá registrar mais de uma opção)

- 1 Palestras ()
- 2 Mutirões ()
- 3 Campanhas ()
- 4 Atividades lúdicas ()
- 5 Passeios ()
- 6 Grupos de caminhadas ()
- 7 Roda de conversa ()
- 8 Outros () Especifique: _____

POSSUI GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE?

- 1 Sim ()
- 2 Não ()

Se sim, especifique: (Você poderá registrar mais de uma opção)

1. Pré-natal ()
2. Planejamento familiar ()
3. Saúde mental ()
4. Preservação do meio ambiente ()
5. HIPERDIA ()
6. Terceira idade ()
7. Tabagismo/ etilismo ()
8. Saúde da criança ()
9. DST/AIDS ()
10. Adolescentes ()
11. Outros () Especifique: _____

EM QUE LOCAL REALIZA AS ATIVIDADES DE GRUPO?

(Você poderá registrar mais de uma opção)

1. UBS/ sala de espera ()
2. Escolas ()
3. UBS/ sala de aula ou reunião ()
4. Associações ()
5. Igreja ()
6. Outros () Especifique: _____

VOCÊ SE REUNE COM SUA EQUIPE PARA DISCUTIR OS PROBLEMAS DA SUA CLIENTELA / COMUNIDADE?

1. Sempre ()
2. Frequentemente ()
3. Raramente ()
4. Nunca ()

PARTICIPA DAS REUNIÕES DOS CONSELHOS DA SUA COMUNIDADE?

1. Sim ()

2. Não ()

Se sim, especifique: (Você poderá registrar mais de uma opção)

1. de saúde ()

2. Comunitário ()

3. Escolar ()

4. Outros () Especifique: _____

O QUE TEM DIFICULTADO O DESENVOLVIMENTO DA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESF?

(Você poderá registrar mais de uma opção)

1. Demanda excessiva ()

2. Condições de trabalho ()

3. Gestão ()

4. Sobrecarga de atividades ()

5. Falta de planejamento ()

6. Falta de material ()

7. Falta de capacitação ()

8. Salário insuficiente ()

9. Falta de valorização profissional ()

10. Outros () Especifique: _____

O QUE TEM FACILITADO O DESENVOLVIMENTO DA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL?

(Você poderá registrar mais de uma opção)

1. Bom relacionamento com a comunidade/ famílias ()

2. Salário satisfatório ()

3. Condições favoráveis de trabalho ()

4. Trabalho em equipe ()

5. Valorização e reconhecimento profissional pelo gestor ()

6. Satisfação pelo que faz ()

7. Reconhecimento profissional da comunidade ()

8. Autonomia ()

9. Desempenho do ACS ()

10. Reuniões de planejamento ()

11. Capacitações ()

12. Outros () Especifique: _____

APÊNDICE B - Carta de anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA

À Superintendência de Ações em Saúde/ Coordenação da Estratégia Saúde da Família

Solicitamos a autorização para realização da pesquisa intitulada: "AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)", projeto de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da mestrandia Rosana Farias Sousa sob a responsabilidade da professora e pesquisadora Dr^a. Nair Portela da Silva Coutinho. A referida pesquisa será realizada em todas as Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís que servem de campo de atuação para os enfermeiros que compõe as equipes da ESF.

Declaramos ainda que a pesquisa já está autorizada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o número 677.323. Segue cópia do parecer em anexo.


São Luís, 04/07/2014

Nair Portela da Silva Coutinho
 Nair Portela da Silva Coutinho
 Pesquisadora responsável


Rosana Farias Sousa
 Rosana Farias Sousa
 Pesquisadora assistente

*Recebi
 em 03/07/14
 Leda Maria Sousa Rodrigues
 Coordenadora Geral ESF/EFACS
 Matrícula 530200-4*

APÊNDICE C – Ofício para Realização da Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



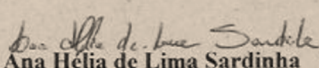
OFÍCIO Nº 003/2013 PPGENF São Luís, 30 de janeiro de 2014.

A Sua Senhoria o Senhor
Marcos Pacheco
Superintendente de Educação em Saúde

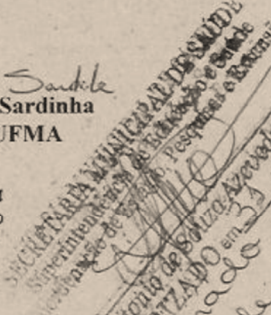
Solicitamos a Vossa Senhoria que seja autorizada a realização da pesquisa intitulada:
AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS-MA, projeto do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da mestranda **Rosana Farias Sousa** sob orientação da **Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho**, pedido que fundamentasse na apreciação e aprovação do Gestor municipal para desenvolvimento dessa atividade científica, bem como para submissão ao Comitê de ética em pesquisa.

São Luis-MA, 30 de janeiro de 2014.

Atenciosamente.


Prof. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
Coordenadora do MAENF/UFMA

Prof.ª Ana Hélia de Lima Sardinha
Coord. do Mestrado Acadêmico
Em Enfermagem-UFMA
Mat. UFMA 7244-8


 Suplente Municipal de Saúde e Saúde
 do Município de São Luís, Maranhão
ANTÔNIO DO SOUZA ARAÚJO NETO
 em 30/01/2014
 Condicionada ao parecer
 do Comitê de Ética

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Convidamos Você, enfermeiro (a), para participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Professora Dra Nair Portela da S. Coutinho. O objetivo deste estudo é avaliar a prática dos enfermeiros da ESF do município de São Luís/MA”, a partir das atribuições específicas preconizadas pelo MS e lei do exercício profissional, com base nos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária em Saúde (APS).

Espera-se que este trabalho possa contribuir como parâmetro crítico e reflexivo da sua prática no âmbito da ESF, no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada.

Você irá colaborar respondendo questões do instrumento de Avaliação da Atenção à Saúde (APS) que mede a presença e extensão dos 04 atributos essenciais (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção) e dos 03 atributos derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) da APS.

Será utilizado ainda, um questionário elaborado especificamente para esta pesquisa com perguntas abertas e fechadas, que abordarão questões relativas ao seu perfil socioeconômico, processo de trabalho, dificuldades e facilidades encontradas no desenvolvimento da sua prática, respeito aos limites de sua competência técnica (aspectos éticos) e existência de avaliação e planejamento das atividades executadas por você.

Esclarecemos que manteremos em anonimato e sob sigilo absoluto todos os dados que possa identificar você, usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes referem-se a quebra de sigilo das informações coletados e constrangimento, porém a probabilidade deles ocorrerem é mínima, pois tomaremos todas as providências para evitá-las, mantendo os dados em local seguro e somente sob o poder das pesquisadoras, sendo todo o material destruído após a análise

dos dados. Caso você venha a sentir-se lesado, comunique a pesquisadora responsável para que sejam resguardados os seus direitos.

Você terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa, ou gastos adicionais, os prejuízos serão assumidos pelas pesquisadoras.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos procurar a pesquisadora responsável no endereço abaixo:

Nair Portela Silva Coutinho

Telefones: Cel: (98) 9116-4631 /Comercial (98) 3272-8500

Email: nairportelufma@gmail.com

Se houver denúncias ou questões éticas, favor entrar em contato com o CEP/UFMA, no seguinte endereço:

Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07.

E-mail para correspondência cepufma@ufma.br . Telefone: 3272-8708

Eu, _____,
após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino e rubrico este termo, juntamente com a pesquisadora responsável, em duas vias de igual teor, ficando uma sob o meu poder e a outra em poder da pesquisadora.

Local: Data: ___/___/___

Participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento PCAtool (Avaliação da Atenção Básica – A)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Avaliação da Atenção Básica – B)

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais
B - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Avaliação da Atenção Básica - C)

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais
C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Avaliação da Atenção Básica - D)

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Avaliação da Atenção Básica - E)

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**PCATool - Brasil versão Profissionais****E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS***Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.***Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Avaliação da Atenção Básica – F)

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- de todas as idades
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
 somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"

F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Avaliação da Atenção Básica - G)

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais
G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR



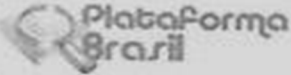
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Avaliação da Atenção Básica - H)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/HU/UFMA	
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família
Pesquisador: NAIR PORTELA SILVA COUTINHO
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 30346714.5.0000.5086
Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 677.323
Data da Relatoria: 23/05/2014

Apresentação do Projeto:
 Estudo descritivo, quantitativo e avaliativo com o objetivo de avaliar a prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de São Luís-MA. A população deste estudo será contida por 104 enfermeiros que atuam nas equipes de ESF há 06 meses ou mais (definidos por cálculo amostral a partir das informações do SIAB e da Coordenação da ESF deste Município). Para avaliar as questões referentes aos atributos essenciais e derivados da APS será utilizado o instrumento PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool), adaptado e validado para o Brasil. O PCATool mede a presença e extensão dos 04 atributos essenciais (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção) e dos 03 atributos derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) da Atenção Primária em Saúde (APS), este instrumento possibilita, por meio de respostas tipo Likert, construir escores de APS com intervalos de 1-4 para cada atributo. Será utilizado também, um questionário elaborado especificamente para este estudo, com perguntas abertas e fechadas, que abordarão questões relativas à identificação, capacitação, visita domiciliar e prática profissional. Os dados serão organizados em forma de gráficos e tabelas e analisados a luz do referencial teórico. A análise estatística e descritiva dos resultados será feita através da medida da atitude do participante por meio da frequência das respostas de cada respondente e cálculo da média do nível selecionado para cada item. Financiamento próprio.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: NAIR PORTELA SILVA COUTINHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30346714.5.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 677.323

Data da Relatoria: 23/05/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, quantitativo e avaliativo com o objetivo de avaliar a prática do enfermeiro no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de São Luís-MA. A população deste estudo será contida por 104 enfermeiros que atuam nas equipes de ESF há 06 meses ou mais (definidos por cálculo amostral a partir das informações do SIAB e da Coordenação da ESF deste Município). Para avaliar as questões referentes aos atributos essenciais e derivados da APS será utilizado o instrumento PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool), adaptado e validado para o Brasil. O PCATool mede a presença e extensão dos 04 atributos essenciais (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção) e dos 03 atributos derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) da Atenção Primária em Saúde (APS), este instrumento possibilita, por meio de respostas tipo Likert, construir escores de APS com intervalos de 1-4 para cada atributo. Será utilizado também, um questionário elaborado especificamente para este estudo, com perguntas abertas e fechadas, que abordarão questões relativas à identificação, capacitação, visita domiciliar e prática profissional. Os dados serão organizados em forma de gráficos e tabelas e analisados a luz do referencial teórico. A análise estatística e descritiva dos resultados será feita através da medida da atitude do participante por meio da frequência das respostas de cada respondente e cálculo da média do nível selecionado para cada item. Financiamento próprio.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA**



Continuação do Parecer: 677.323

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente no final da coleta de dados e ao término do estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente no final da coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 06 de Junho de 2014

**Assinado por:
FABIO FRANÇA SILVA
(Coordenador)**

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br