

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAMILA MENDES DOS PASSOS

*O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ATENÇÃO BÁSICA DE BELO HORIZONTE:
Avaliação das ações programáticas*

BELO HORIZONTE

2011

CAMILA MENDES DOS PASSOS

*O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO
BÁSICA DE BELO HORIZONTE:
Avaliação das ações programáticas*

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Raquel Gomes Maia Pires.

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Dissertação intitulada “O Trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas”, de autoria da mestrandia Camila Mendes dos Passos, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Profa. Dra. Maria Raquel Gomes Maia Pires – Escola de Enfermagem da UFMG -
Orientadora

Profa. Dra. Roseni Rasângela de Sena – Escola de Enfermagem da UFMG

Profa. Dra. Maria Emiko Yoshikawa Egly – Escola de Enfermagem da USP

Profa. Dra. Tânia Couto Machado Chianca – Escola de Enfermagem da UFMG –
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da
UFMG

Aos meus pais, Célio e Laila, por tudo que me proporcionam nesta vida. Por todos os ensinamentos, pelos momentos de força e incentivo, por todo o cuidado e compromisso com seus netos - Caio e Lucas, pelas palavras de apoio, pelos gestos de carinho, pela paciência e compreensão sempre. Sem vocês nada disso seria possível!

Obrigada por tudo!

“Amo como ama o amor. Não conheço nenhuma outra razão para amar senão amar. Que queres que te diga, além de que te amo, se o que quero dizer-te é que te amo?”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar todos os meus passos.

A minha mãe e meu pai, que comemoram cada vitória minha como deles também. A tudo que fizeram por mim nestes dois anos que certamente foram essenciais para a concretização deste 'nosso' sonho.

Ao Léo, que esteve sempre ao meu lado, pelo amor e por compreender os momentos de ausência.

As minhas irmãs, Carla e Carol, pelo exemplo, apoio, incentivo e força que me deram.

Aos meus filhos Caio e Lucas, simplesmente por existirem. Vocês são, em todos os momentos, minha fonte de inspiração e superação!

À professora Dr.^a Maria Raquel Gomes Maia Pires, pela confiança depositada em meu trabalho durante estes dois anos de convívio.

À coordenadora do curso de pós-graduação, professora Dr.^a Tânia Chianca, pela abertura e ajuda sempre.

Às professoras Dr.^a Maria José Menezes Brito e Dr.^a Adriane Vieira, pelas contribuições e pelas palavras de apoio e incentivo.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFMG, por compartilharem comigo seus conhecimentos e ensinamentos que ajudaram a construir os meus.

Aos colegas do grupo de pesquisa MR, pelas incansáveis sugestões e contribuições que fizeram a este trabalho.

À Kátia Monroe, que, em um pequeno tempo, se tornou uma grande amiga. Obrigada por tudo! Pelas orientações, pelo conforto, pelo incentivo, pelo apoio, pelo companheirismo.

À Aline, Júlia, Roberta e Lívia Cozer, pela disponibilidade, compreensão, ajuda, preocupação e força.

A todos os meus alunos da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, da ECUFMS, que fizeram cada dia de trabalho se tornar ainda mais maravilhoso. Em especial: Marcelo Nicolí, Kelly, Patrícia, Lúcio Paulo, Sheila, Raissa, Paula, Karine, Caio, Aline, Luana e Cristiane.

À CAPES, pelo apoio financeiro nestes dois anos, fundamental para realização deste trabalho.

Aos colegas do curso de mestrado, pelos grandes e importantes momentos que estivemos juntos nas trocas profissionais e pessoais.

Aos amigos e familiares que contribuíram, de alguma forma, para a concretização deste trabalho, desta vitória.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

PASSOS, C. M. **O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas.** 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

O estudo é um subproduto da pesquisa “Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”, financiada pela FAPEMIG (PIRES; GOTTEMS, 2009). A partir da discussão dos resultados dessa pesquisa, objetivou-se avaliar o trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte no que se refere à consulta de enfermagem nas ações programáticas do Programa Saúde da Família. Avaliou-se o seu trabalho em uma ação programática para cada área que compõe as quatro clínicas básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo e exploratório realizado em 10 unidades básicas de saúde (UBS) de Belo Horizonte. O estudo é composto por duas etapas complementares. A primeira etapa compreendeu a construção de dois modelos lógicos para cada ação programática abordada. Como fonte de dados, utilizou-se documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Na segunda foram analisadas a utilização, a oferta e a organização da consulta de enfermagem nas ações programáticas. A fonte de informações na análise da utilização e da organização foi o banco de dados da pesquisa “Avaliação da Atenção Básica de Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços” (PIRES; GOTTEMS, 2009). Os dados sobre a oferta foram originados pelo Sistema de Informação em Saúde do município de BH. Realizou-se a análise estatística descritiva para os dados quantitativos e a análise temática de conteúdo para os dados qualitativos. Os resultados evidenciaram que o enfermeiro possui atribuições ligadas a ações educativas, clínicas e de planejamento e organização, porém com descrições limitadas sobre a prescrição detalhada de medicamentos ou sobre a solicitação de exames. Os problemas de saúde que levaram o usuário a utilizar os serviços se concentraram em três grupos, que são afecções agudas leves, consultas de retorno e ações programáticas/ controle de agravos. O atendimento do enfermeiro, caracterizado como a consulta de enfermagem, foi um dos atendimentos menos utilizados. Para aqueles que procuraram o serviço com problemas de ações programáticas/ controle de agravos, a sua utilização foi ainda menor. Verificou-se, também, uma oferta reduzida de consultas de enfermagem, principalmente, nas ações programáticas. Constatou-se que as unidades contam com uma participação homogênea, porém irregular, dos enfermeiros por meio da consulta individual nos programas analisados. O enfermeiro organiza o seu trabalho mostrando um recuo das ações clássicas da saúde pública – a consulta de enfermagem nos programas de saúde. Concluiu-se que, apesar do

Programa Saúde da Família está amplamente implantado no município, o trabalho do enfermeiro está aquém daquilo que é previsto em documentos oficiais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Supervisão de Enfermagem. Processos de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem. Dissertações Acadêmicas.

ABSTRACT

PASSOS, C. M. **The work of nurses in primary Belo Horizonte: evaluation of initiatives.** 2011. 120f. Dissertation (Master Degree in Nursing) –Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

The study is a byproduct of the study "Evaluation of Primary Health Care in Belo Horizonte, use, supply and accessibility of services", funded by FAPEMIG (PIRES; GOTTEMS, 2009). From the discussion of the results of this research aimed to evaluate the work of nurses in primary care from Belo Horizonte in relation to consultation in the nursing program actions of the Family Health Program. We evaluated their work in an action program for every area that comprises four basic clinics: internal medicine, pediatrics, gynecology and obstetrics. This is an evaluation study, descriptive and exploratory performed in 10 basic health units (BHU) in Belo Horizonte. The study consists of two complementary steps. The first stage of the construction of two logic models for each program action addressed. The data source was used in official documents of the Municipal Health Secretariat of Belo Horizonte. In the second analyzed the use, supply and organization of nursing consultation on programmatic actions. The source of information on the use and analysis of the organization was the database of the study "Evaluation of Primary Care in Belo Horizonte, use, supply and accessibility of services (PIRES; GOTTEMS, 2009). Data on the offering were originated by the Health Information System in the city of Belo Horizonte. We calculated the descriptive statistics for quantitative data and thematic analysis for qualitative data. The results showed that nurses have responsibilities related to educational, clinical, and planning and organization, but with limited descriptions of the detailed prescription drugs or over the test requests. The health problems that led the user to use the services focused on three groups, which are mild acute conditions, return visits and programmatic actions / control of diseases. The attendance of the nurse, described as the nursing consultation was one of the visits less frequently used. For those attending the service with issues of programmatic actions / control of diseases, their use was even lower. There was also a scarcity of nursing consultations, particularly in programmatic actions. It was found that the units have a stake homogeneous but irregular, nurses through individual consultation in the programs analyzed. The nurse organizes its work showing a decline of classical actions of public health - the nursing consultation in health programs. It was concluded that although the Family Health Program is widely deployed in the city, the nurses' work falls short of what is referred to in official documents.

Keywords: Primary Health Care Health evaluation. Nursing Supervision. Nursing Process. Nursing Care. Nursing. Dissertations Academic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Referencial metodológico utilizado para avaliar o trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte.....	37
QUADRO 1 - Dimensão, categorias, indicadores e fonte de dados utilizados na construção do modelo lógico dos programas de saúde.....	40
QUADRO 2 - Variáveis utilizadas no estudo e seus itens relacionados do banco de dados.....	41
QUADRO 3 - Agrupamentos da variável 'problema de saúde referido pelo usuário', os itens considerados e número de usuários entrevistados por grupo.....	42
QUADRO 4 - Dimensão, categorias, indicadores e fonte de dados utilizados na análise da utilização de consultas de enfermagem nas ações programáticas das UBS investigadas.	44
QUADRO 5 - Dimensão, categorias, indicadores e fonte de dados utilizados na análise da oferta de consultas de enfermagem nas ações programáticas das UBS investigadas.....	46
QUADRO 6 - Procedimentos operacionais e fontes utilizadas no cálculo dos indicadores de avaliação da oferta de consultas de enfermagem nas ações programáticas das UBS investigadas.	48
QUADRO 7 - Modelo lógico da consulta de enfermagem nas ações programáticas nas UBS do município de Belo Horizonte – Dez/11.....	57
GRÁFICO 1 - População cadastrada no PSF e percentual de consultas de enfermagem em relação ao total de consultas da ESF, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	67
GRÁFICO 2 - Distribuição percentual de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF em relação ao total de consultas da ESF, em ações programáticas, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	70
GRÁFICO 3 - Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	75
GRÁFICO 4 - Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas no acompanhamento do CD da criança menor de 1 ano, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	76

GRÁFICO 5 - Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas na assistência pré-natal, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	77
GRÁFICO 6 - Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas na prevenção do câncer do colo do útero, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	78
GRÁFICO 7 - Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas no acompanhamento do hipertenso, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	79

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Perfil dos usuários de acordo com as informações socioeconômicas declaradas, por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008.....	61
TABELA 2 -	Distribuição do problema de saúde declarado pelo usuário, por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008.....	62
TABELA 3 -	Distribuição do tipo de atendimento utilizado pelo usuário, por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008.....	63
TABELA 4 -	Distribuição do tipo de atendimento utilizado pelos usuários que declararam como problema de saúde 'ações programáticas/ controle de agravos', por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008.....	64
TABELA 5 -	Distribuição das situações de procura declaradas pelo usuário, por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008	65
TABELA 6 -	Cobertura de consultas do enfermeiro, do médico generalista e da ESF, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	68
TABELA 7 -	Percentual de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF, distribuídas de acordo com os agrupamentos por motivo de atendimento, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	69
TABELA 8 -	Percentuais de consultas de enfermagem, do médico generalista e do médico pediatra realizadas no acompanhamento do CD da criança menor de um ano, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	71
TABELA 9 -	Percentuais de consultas de enfermagem, do médico generalista e do médico ginecologista realizadas na assistência ao pré-natal, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	72
TABELA 10 -	Percentuais de consultas de enfermagem, do médico generalista e do médico ginecologista realizadas na prevenção do câncer do colo do útero, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	73
TABELA 11 -	Percentuais de consultas de enfermagem, do médico generalista e do clínico geral realizadas no acompanhamento do hipertenso, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB –	Atenção Básica
APS –	Atenção Primária à Saúde
CD –	Crescimento e desenvolvimento
CE –	Consulta de enfermagem
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES –	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
COEP/UFMG –	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CS –	Centro de Saúde
DATASUS –	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPOC –	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DST –	Doença sexualmente transmissível
ESF –	Equipe de Saúde da Família
FAPEMIG –	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GEEPI –	Gerência de Epidemiologia e Informação
GF –	Grupo focal
HAS –	Hipertensão arterial sistêmica
MS –	Ministério da Saúde
NOB –	Norma operacional básica
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH –	Prefeitura de Belo Horizonte
PPSUS –	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PROGRAB –	Programação de Gestão por Resultados na Atenção Básica
PSF –	Programa Saúde da Família
SES-MG –	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SF –	Saúde da Família
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS –	Sistema de Informação em Saúde
SMSA-BH –	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento
US –	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Contextualização do problema.....	14
1.2	Objetivos.....	16
1.1.1	Objetivo geral.....	16
1.1.2	Objetivos específicos.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	O processo de trabalho do enfermeiro no Programa Saúde da Família e as ações programáticas em saúde.....	18
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	Delineamento do estudo.....	34
3.1.1	ETAPA 1 – Modelo lógico para análise das ações programáticas.....	35
3.1.2	ETAPA 2 – Utilização, oferta e organização da consulta de enfermagem nas ações programáticas.....	35
3.2	Detalhamento do estudo.....	38
3.2.1	Cenário do estudo.....	38
3.2.2	Fonte e análise dos dados.....	38
3.2.2.1	ETAPA 1 – Modelo lógico para análise das ações programáticas.....	38
3.2.2.2	ETAPA 2 – Utilização, oferta e organização da consulta de enfermagem nas ações programáticas.....	40
3.3	Triangulação de técnicas e dados.....	52
3.4	Aspectos éticos.....	53
4	RESULTADOS.....	54
4.1	O papel do enfermeiro nas ações programáticas.....	54
4.1.1	Contexto geral dos programas de saúde.....	54
4.1.2	As ações do enfermeiro nos programas de saúde.....	55

4.2	O trabalho do enfermeiro nas ações programáticas.....	59
4.2.1	Utilização da consulta de enfermagem e ações programáticas.....	59
4.2.2	Oferta da consulta de enfermagem e ações programáticas.....	66
4.2.3	Organização da consulta de enfermagem e ações programáticas.....	79
5	DISCUSSÃO.....	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
7	RECOMENDAÇÕES.....	97
	REFERÊNCIAS.....	99
	ANEXOS.....	108
	APÊNDICES.....	110

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O presente estudo é um subproduto da pesquisa¹ “Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), edital do programa de pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) número 005/06, processo 3301/06, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), parecer 053/06, e também da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH), protocolo 19/2006.

A pesquisa acima referida avaliou a oferta de serviços e a organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Belo Horizonte, na perspectiva de fazer um julgamento de como as UBS se estruturam no sistema de saúde para atender à população, como se estabelecem os fluxos com as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), como os usuários utilizam os serviços e, por fim, se os princípios do Saúde da Família têm contribuído para a reorganização do trabalho da equipe.

O estudo aqui descrito surgiu de reflexões e inquietações sobre os resultados da pesquisa supracitada que evidenciaram que, nas UBS onde o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado, há pouca utilização das ações programáticas em relação aos outros procedimentos realizados na Atenção Básica (AB), tais como: consulta médica, classificação de risco/acolhimento, procedimentos de enfermagem e consulta odontológica/procedimentos odontológicos (PIRES; GOTTEMS, 2009).

A partir da discussão dos resultados, verificou-se, então, a necessidade de avaliar a prática do enfermeiro na realização de atividades voltadas para algumas áreas programáticas instituídas pela SMSA/PBH, em Unidades Básicas de Saúde onde o PSF foi implantado. Pretendeu-se avaliar como é o trabalho dos enfermeiros da Atenção Básica de Belo Horizonte quanto à consulta de enfermagem nas ações

programáticas do Programa Saúde da Família. Diante do exposto, surgiu a seguinte questão central para estudo: como os enfermeiros das UBS do município de Belo Horizonte tem trabalhado no que se refere à consulta de enfermagem nas ações programáticas no processo de trabalho da equipe de saúde da família (ESF)?

Considerou-se que a pouca utilização das ações programáticas nas UBS esteja relacionada a uma oferta reduzida dessas atividades. Pressupôs-se que haja um limite no oferecimento das ações de saúde da mulher, saúde da criança e saúde do adulto assim como um distanciamento entre a necessidade e a produção de consultas de enfermagem, considerando a população adscrita de um determinado território. Quantitativamente, isso pode ser interpretado em número de procedimentos insuficientes ou inadequados; qualitativamente, como lacunas na forma de organização e execução do trabalho do enfermeiro.

Será considerado o trabalho do profissional enfermeiro, uma vez que ele possui uma formação voltada para o trabalho em equipe, para a execução de atividades tanto no âmbito da gerência do cuidado, quanto da assistência ao indivíduo (ALMEIDA; MELO; NEVES, 1991; CUNHA; NETO, 2006). Este profissional possui ainda um conjunto de atitudes e habilidades que lhe proporcionam a capacidade de desempenhar papéis gerenciais que envolvem elementos como a liderança, a motivação, a comunicação, a capacidade de lidar com conflitos e o conhecimento para avaliar as necessidades de saúde da população (ALVES, 2007). Portanto, o enfermeiro tem um grande potencial para influenciar o trabalho em saúde e a sua organização dentro de uma determinada equipe de saúde da família. O profissional é também importante para a implementação dos princípios trazidos pelo Programa Saúde da Família, por meio de habilidades reconhecidas por gerentes e gestores de serviços (BARBOSA *et al.*, 2004). Todavia, esses mesmos autores citados evidenciam contradições, que precisam ser trabalhadas, na dinâmica do trabalho do enfermeiro.

No estudo, foram considerados três aspectos capazes de influenciar a realização de consultas nas ações programáticas pelos enfermeiros da equipe de saúde da família: 1) a maneira de construção das políticas de Atenção Básica do município de BH, mais especificamente a partir da implantação do PSF, exigindo dos profissionais que se enquadrassem em uma nova forma de trabalho, mesmo aqueles sem conhecimento e interesse pelos propósitos do programa; 2) o papel

histórico e social trazido pelo enfermeiro, desde a caracterização da enfermagem como profissão, que surgiu em um momento de hegemonia médica, num espaço hospitalocêntrico, tendo a doença como foco da assistência; 3) a não definição, ou melhor, a não incorporação de um modelo de atenção à saúde capaz de auxiliar no cuidado, fazendo com que o serviço seja, a todo o momento, “engolido” por uma demanda à procura de respostas e soluções imediatas.

Entende-se que os resultados da pesquisa contribuam para ampliar o conhecimento a respeito do processo de trabalho do enfermeiro relacionado à organização e ao cumprimento das ações programáticas estabelecidas por protocolos municipais e nacionais. Assim sendo, esses novos saberes contribuirá para a gestão com vistas a pensar e planejar novos métodos de mudança na dinâmica do trabalho da atenção básica, a fim de melhorar a qualidade do produto final desse trabalho – a assistência à saúde - e aproximá-lo, um pouco mais, do modelo de atenção e das diretrizes pretendidas pela Estratégia Saúde da Família.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar o processo de trabalho do enfermeiro nas equipes de saúde da família no que se refere à consulta de enfermagem nas ações programáticas, em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte.

1.2.2 Objetivos específicos

- Elaborar um modelo lógico das ações programáticas a partir dos protocolos de atenção a saúde do município de Belo Horizonte;

- Analisar a utilização da consulta de enfermagem e das ações programáticas de saúde pelo usuário nas UBS do município de Belo Horizonte;
- Analisar a oferta da consulta de enfermagem e das ações programáticas de saúde nas UBS do município de Belo Horizonte;
- Analisar a organização do trabalho do enfermeiro nas ações programáticas de saúde nas UBS do município de Belo Horizonte.

2 *REVISÃO DE LITERATURA*

2.1 **O processo de trabalho do enfermeiro no PSF e as ações programáticas em saúde**

Após aproximadamente duas décadas de luta política, ideológica e social, a chamada Reforma Sanitária Brasileira abre espaço para um novo olhar na saúde. A saúde, até então vinculada ao setor previdenciário ou privado, orienta-se em uma nova ótica na Constituição Federal de 1988. A saúde passou a ser vista de maneira mais abrangente, deixando de ser entendida como a ausência de doenças. Teve seu conceito ampliado para o bem estar físico, mental e social e, além disso, incorporou a concepção de direito básico de cidadania. Por fim, a nova constituição promulgou os princípios e diretrizes de um novo sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, aprovou-se a Lei Orgânica 8080 que constituiu esse sistema, o SUS. A partir daí, o seu processo de implantação foi orientado por meio de instrumentos chamados Normas Operacionais Básicas (NOB).

O SUS se propõe direcionar o fluxo dos usuários aos serviços, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) como porta de entrada no sistema. Sistema esse que se caracterizava por uma oferta limitada de serviços e um acesso restrito dos usuários. Adota-se neste estudo a AB como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p.7). A AB é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

Outra proposta originada pela adesão de uma nova forma de organização dos serviços de saúde da rede básica é a mudança do modelo assistencial. Sugeriria-se que se alterasse a dinâmica de organização da rede, que passaria de ações mais curativas, voltadas para a clínica médica, para ações de promoção e prevenção à saúde, voltadas para a equipe multiprofissional (BRASIL, 2007; MERHY, 1998;

PAIM, 2003). E em 1994, criou-se o Programa Saúde da Família como alternativa concreta das propostas trazidas pela organização da atenção básica no país. O Saúde da Família foi definida como uma estratégia substitutiva do modelo assistencial, médico-centrado, tendo a família e o indivíduo como foco da assistência, e não mais a doença. O programa tem como objetivo priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. A estratégia reafirma os princípios básicos trazidos pelo SUS - de universalização, equidade, descentralização, integralidade, hierarquização e participação da comunidade - e integra novos princípios de trabalho em equipe, vínculo de co-responsabilidade com as famílias, territorialização, resolubilidade e intersetorialidade.

O PSF opera de uma maneira bastante prescritiva, utilizando-se de objetivos, metas e passos definidos, estabelecidos e formulados por normatizações a nível central (FRANCO; MERHY, 1999; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; SOARES, 2000). Ele funciona por meio de equipes de saúde da família compostas por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A delimitação do território é uma característica importante na estratégia, possibilitando o diagnóstico da realidade, planejamento das ações, organização coerente do trabalho, que auxiliarão nos processos decisórios compatíveis com a realidade da população adscrita (BRASIL, 2007).

O programa possui uma importância estratégica na mudança do modelo assistencial da Atenção Básica, uma vez que é a porta de entrada do cidadão no serviço e o nível de atenção mais próximo dos usuários. No entanto, o processo de reorganização dos serviços de saúde acontece articulado aos demais setores sociais, políticos e econômicos para possibilitar que seu funcionamento torne-se efetivo e seja capaz de ampliar a qualidade da atenção prestada ao usuário.

Entende-se que o Programa Saúde da Família é uma ferramenta de indução do processo de reorganização da Atenção Básica, não devendo carregar o peso total dessa responsabilidade. Esse nível de atenção à saúde têm potencialidades que auxiliam alguns avanços alcançados nesse processo de reorganização da AB. Esses avanços foram identificados por Gottems e Pires (2009). Um deles é a capacidade que a Atenção Básica tem de interferir na lógica da

oferta a partir da demanda, promovendo maior acesso, garantindo qualidade e racionalidade econômica ao SUS (GOTTEMS; PIRES, 2009). Essas autoras ressaltam, ainda, a abertura, por meio da AB, de um espaço político para produção de dinâmicas e tecnologias mais partilhadas de poder. Segundo Canabrava *et al.* (2007) um dos avanços do programa é a execução pelas UBS de ações que têm grande aderência do público assistido. Temos também, de acordo com Gerschman e Santos (2006), um sistema de saúde fundamentado no direito público e universal no que diz respeito ao cuidado de saúde e ao controle exercido pela sociedade, regido por diretrizes que entendem a saúde por meio de uma concepção ampliada. Porém, apesar da ampliação da oferta de serviços vinda com a Atenção Básica, mais especificamente com o PSD, a AB se implantou de maneira desordenada em todo o território nacional. Conforme corroboram vários autores, o fato da Atenção Básica estar atrelada fortemente ao setor político e muito fragilmente ao setor econômico faz com que suas bases permaneçam instáveis e fragilizadas. Portanto, seu progresso parece ser barrado a todo momento. Percebe-se, assim, que se trata de um sistema utilizado para conformação de políticas sociais. Entretanto, o seu setor econômico se consolidou através de uma crise do setor previdenciário, fazendo com que o financiamento da Atenção Básica venha alocado com os interesses macro, do Estado, e não das reais necessidades da população nacional (CAMPOS, 2007; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; GOTTEMS; PIRES, 2009; LIMA, 2007; PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Hoje, percebe-se que a adoção da estratégia Saúde da Família, por si só, não tem conseguido superar essas dificuldades, dada a pluralidade das formas de operacionalização, vigorando ações de saúde pontuais e isoladas, mantendo o modelo expressivamente assistencialista (BRASIL, 2007; CANABRAVA *et al.*, 2007). Então, uma das propostas trazidas por Gottems e Pires (2009) é que se inclua, na agenda da Reforma Sanitária, a dimensão econômica e política da estratégia. As autoras sugerem também que não se coloque o peso total da mudança na Atenção Básica ou no Programa Saúde da Família. Ou seja, a atenção primária à saúde precisaria ter autonomia e forças suficientes para influenciar o mercado de bens e, dessa maneira, correlacionar seu poder econômico, os interesses públicos e privados - inclusive no capitalismo - ao seu poder político, essencial para formulação e pactuação de políticas sociais e de saúde. Para tanto, as mudanças tão esperadas

vão além do que a Atenção Básica pode alcançar. Elas caminharão a partir do momento em que a sociedade civil se estruturar no sentido do bem comum e tiver incorporado, em seus princípios, o conceito da cidadania.

Outras limitações do PSF na mudança do modelo assistencial também são evidenciadas nos estudos de Franco e Merhy (1999) e Soares (2000). Apenas a mudança estrutural nos serviços de saúde, sem que se altere o modo de operar os processos de trabalho, não se mostra suficiente para transformar a dinâmica de trabalho médico-centrado em trabalho multiprofissional (FRANCO; MERHY, 1999). A demanda espontânea, que continua sendo um dos maiores motivos de procura dos serviços, não encontra um esquema organizado de atendimento. A população se vê, assim, obrigada a recorrer às UPA (FRANCO; MERHY, 1999; PIRES; GOTTEMS, 2009). O programa não conta com uma rede assistencial regionalizada e hierarquizada bem estabelecida, o que dificulta o processo de cuidado. Ele possui ainda fragilidades nos investimentos financeiros, já que o programa foi imposto aos municípios que foram obrigados a adquirir um “pacote básico” (SOARES, 2000). Além disso, os profissionais estão expostos a condições de trabalho insuficientes como infra-estrutura inadequada, recursos materiais e humanos escassos, entre outros (COSTA; LIMA; OLIVEIRA, 2000; SOUSA, 2001).

Apesar disso, alguns estudos indicam o PSF como detentor de um potencial para mudanças; porém, também deixam claras as suas limitações. Sousa (2000) mostrou que a maior parte da população está satisfeita com o atendimento das ESF. A resolutividade da rede aumentou e houve redução nas internações hospitalares desnecessárias.

Em Belo Horizonte, as mudanças decorrentes da Reforma Sanitária iniciaram-se em 1993, quando tomou posse, no município, o “governo democrático popular”, que buscava construir um modelo de assistência centrado na idéia de cuidado. Então, até 1993, a SMSA/BH vinha desempenhando funções de prestadora de serviços, assim acontecia em vários outros municípios de todo o país. Em 1994, o município assume a gestão semiplena do SUS, o que trouxe grandes avanços para a atenção primária. Nesse mesmo ano, a secretaria de saúde implantou o Projeto Viva, de controle à mortalidade infantil. No ano de 1995, iniciou-se o projeto de implantação do Acolhimento nas UBS como alternativa de ampliação do acesso, buscando romper com uma prática em que a oferta limitada de tecnologias restringia

o acesso às ações programáticas e fechava as portas ao sofrimento agudo (CAMPOS; MALTA; REIS, 1998).

Em 1998, a partir das determinações da NOB/96, o município de Belo Horizonte passou a ter gestão plena da Atenção Básica. Nesse mesmo ano, a capital mineira iniciou o processo de implantação do PSF com o Projeto BH Saúde em 22 equipes em 22 dos 129 Centros de Saúde que existiam (BELO HORIZONTE, 2001). As primeiras ESF formaram-se no ano de 2001 e, somente em 2002, o PSF começa efetivamente a ser implantado, conseguindo formar 176 equipes. Hoje o município conta com 544 equipes de saúde da família, distribuídas em 147 centros de saúde, atingindo uma cobertura de aproximadamente 75% da população (BELO HORIZONTE, 2010). A rede básica ainda conta com equipes de apoio (199 médicos pediatras, 118 clínicos, 142 ginecologistas, 89 assistentes sociais), 42 equipes de saúde mental, 92 equipes de saúde bucal e 1 núcleo de reabilitação (BELO HORIZONTE, 2006).

Atualmente, o programa que orienta as mudanças propostas pelo Saúde da Família no município é o BH Vida: Saúde Integral. Essa proposta alternativa foi criada para definir as operações e ações consideradas necessárias para a pactuação com a rede básica e para buscar a reorganização do processo de trabalho nas UBS. O programa possui as seguintes diretrizes assistenciais: garantia de acesso; estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários com responsabilização do cuidado; autonomia do usuário; trabalho em equipe; intersetorialidade; assistência integral, equânime e resolutiva (BELO HORIZONTE, 2003). Além disso, o BH Vida: saúde integral propõe que a prestação do cuidado deve ser vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais, com fluxos guiados pelo projeto terapêutico do usuário e deve também garantir acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência – linha de produção do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003).

A linha de produção do cuidado corresponde a uma seqüência de ações ou práticas de saúde disponíveis que fazem parte do cuidado, da intervenção, ou da assistência que será prestada ao usuário. Deu-se o nome de modelo assistencial ao conjunto de tecnologias utilizadas nas práticas ou processos de trabalho em saúde, para organizar os serviços de saúde, resolver problemas e atender necessidades de

saúde individuais e coletivas ou para prestar algum tipo de atenção à saúde. (PAIM, 2002).

Segundo Paim (2008), até a década de 80, modelos assistenciais eram entendidos como forma de organização dos serviços de saúde relacionada ao conteúdo do sistema, ou seja, às ações. Eles se distinguem do modelo organizacional-gerência que, por sua vez, está relacionado com o contingente do sistema, com a sua estrutura. Na medida em que se difundiu o princípio da integralidade como solução dos problemas de saúde, seria difícil pensar em ações integrais sem repensar o processo de trabalho em que estão envolvidas essas atividades. Portanto, a teoria do processo de trabalho passa a parear os modelos de atenção. Enquanto o processo de trabalho organiza os meios de trabalho (instrumentos), os modelos assistenciais orientam as ações (saberes). A partir daí, o Modelo de Atenção à Saúde passa a ser definido como “combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde, individuais e coletivas” (PAIM, 2008, p.554).

Os modelos surgem a partir de razões históricas, sociais e políticas que orientam as ações de saúde. Por isso, temos concepções diferentes de modelos assistenciais que se expressam seguidos ao momento histórico em que surgiram. Em meados do século XIX, a epidemiologia das doenças entendia que, para cada doença, existia uma causa. No final desse mesmo século, surge a concepção de multicausalidade com o modelo agente-hospedeiro-ambiente, também conhecido como modelo ecológico. A partir das influências da medicina preventiva, em que medidas de prevenção, distribuídas em cinco níveis, poderiam ser aplicadas de forma integral no processo saúde-doença, surge o modelo da história natural das doenças. Como tentativa de operacionalizar a medicina preventiva, aparece o movimento da medicina comunitária, propondo redes regionalizadas e hierarquizadas (níveis de atenção primária, secundária e terciária), dispendo de tecnologias distintas. A partir daí, surge o modelo piramidal, mais conhecido como modelo hospitalocêntrico. Em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, enfatiza-se a utilização das tecnologias simplificadas e de baixo custo, dando origem ao modelo da atenção primária. Em 1986, tendo como marco a Carta de Otawa, surge o movimento da promoção à saúde, configurando-se como um novo modelo que

ênfatiza o ambiente e o estilo de vida como um dos determinantes da saúde das populações (PAIM, 2008).

No Brasil, identificam-se modelos de atenção predominantes ou hegemônicos e propostas alternativas. Todos eles convivem em um mesmo ambiente de políticas públicas, em uma disputa por espaços cada vez maiores. Algumas iniciativas, como as Conferências Nacionais em Saúde, têm sido utilizadas para buscar modelos mais condizentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira, objetivando a melhoria da qualidade de vida, tentando articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em uma dupla dimensão, individual e coletiva (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Hoje predominam dois modelos assistenciais vigentes:

- **Modelo Médico Hegemônico:** é um modelo fundamentado no individualismo, no biologismo, na medicalização, na prática médica curativa e na relação comercial entre os meios do processo de trabalho (produtor, consumidor e mercadoria). Como exemplo desse modelo, pode-se apontar o médico assistencial privatista. Ele possui um atendimento clínico baseado em procedimentos e serviços especializados. É descompromissado com a saúde da população e prejudica o atendimento integral. (PAIM, 2008).

- **Modelo Sanitarista:** remete à idéia de campanha ou programas especiais, vigilância sanitária e epidemiológica, para atender às necessidades de saúde da população. Como exemplos, cabem ser citados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas. As campanhas sanitárias e programas especiais atuam em certos agravos ou em determinados grupos populacionais. Não enfatizam nem a integralidade, nem a descentralização das ações. A vigilância sanitária pode ser definida como conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Já a vigilância epidemiológica pode ser conceitualizada como o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva. O PACS e o PSF são programas especiais formados por equipes de saúde responsáveis por

realizar ações territoriais fora das unidades de saúde, atividades educativas, de prevenção e ações básicas a grupos prioritários (TEIXEIRA, 2002).

Os modelos assistenciais, bem como as políticas de saúde, possuem o grande desafio de agregar integralidade, efetividade, qualidade e humanização aos serviços. Para isso, busca-se modos de organização tecnológica do trabalho que visem conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade da atenção. Para exemplificar, pode-se citar: oferta organizada, distritalização, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento, linhas de cuidado, equipes matriciais e ações programáticas em saúde. As ações programáticas em saúde, tecnologia de organização do trabalho será foco de atenção e aprofundamento pelo estudo no contexto do processo de trabalho dos enfermeiros inseridos no Programa Saúde da Família de Belo Horizonte.

As Ações Programáticas em Saúde é uma proposta de modelo organizacional de serviços pautada no referencial do “trabalho em saúde”, que visa reorientação das práticas de saúde nas UBS, a partir da identificação das necessidades da população, por meio do trabalho programático. Sua origem se deu pela reestruturação das práticas sanitárias de saúde já existentes (programas de saúde), a partir da introdução de novas tecnologias a fim de desenvolver modelos alternativos que se enquadram melhor com os novos preceitos do sistema dos serviços de saúde, bem como com a realidade sócio-cultural e histórica da população (NEMES, 1993; SALA, 1993; TEIXEIRA, 2003). Além disso, segundo Ayres (1994), foram adicionados à programação em saúde elementos da epidemiologia, equipe multiprofissional e participação do usuário. A programação deixou de ser voltada para a assistência individual e passou a atingir a dimensão coletiva (NEMES, 1993).

A proposta de Ações Programáticas em Saúde reorientou as ações dos serviços de Atenção Básica, que passaram a focar nas necessidades ao invés de problemas individuais de saúde. É importante ressaltar que as necessidades são entendidas aqui, a partir de uma abordagem Marxista defendida por Leopardi (1992), como privações complexas do ser humano. Segundo o autor, a satisfação do homem deve ser assegurada como direito por todo cidadão. Na área da saúde, são essas necessidades que orientam as ações no serviço; ou seja, é a partir delas que serão oferecidos os cuidados e a assistência necessária ao usuário (SCHRAIBER;

MENDES-GONÇALVES, 1996). O autor entende que os processos de trabalho nas UBS são capazes tanto de responder às necessidades de saúde dos indivíduos, quanto de gerar novas necessidades a partir de seu modo de produção. Dussault e Souza (2000), Mandu e Almeida (1999) e Mendes-Gonçalves (1992) corroboram a idéia da estreita relação entre as necessidades de saúde e processo de trabalho. Pois, se a satisfação das necessidades fosse incorporada como produto do trabalho em saúde, seria imprescindível a alteração dos meios de produção. Isso resultaria numa possível mudança das práticas em saúde, favorecendo a qualidade do cuidado prestado. Então, entende-se como necessidade tudo aquilo que precisa ser satisfeito; e, como trabalho, o processo de transformação intencional da natureza por meio da atividade humana, buscando, como produto, a satisfação das necessidades. Ambos, necessidade e trabalho, são social e historicamente determinados, por serem reflexo da maneira como os seres interagem na sociedade em um determinado período (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Portanto, na saúde, buscando-se um conceito mais operacional, essas necessidades estão quase sempre relacionadas à assistência, ao cuidado prestado. Por isso,

[...] o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas imediatamente contexto instaurador de necessidades. Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição dos serviços e o seu consumo. (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 1996, p.30).

As ações programáticas em saúde, parte do objeto de pesquisa, estão sendo oferecidas como parte do Programa Saúde da Família. O seu propósito de organização é pautado na Saúde Pública, tendo como foco a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na dimensão coletiva. Porém, tanto o profissional, como produtor, quanto o usuário, como consumidor, estão situados em um serviço em meio a um conflito entre os dois modelos hegemônicos de assistência à saúde. Na maioria das vezes, encontramos uma superposição do modelo médico-centrado. Talvez isso se deva à historicidade das profissões, ou à incansável demanda espontânea aliada à falta de organização do processo de trabalho para recebê-la, já que as dimensões de organização, oferta e utilização acabam sendo interdependentes.

A enfermagem, como profissão integrante do processo de trabalho da EFS, tem um papel fundamental em contribuir para a inserção de novas tecnologias e novos saberes no processo de trabalho dessas equipes. O trabalho será entendido, neste estudo, como um “[...] fenômeno social que implica e é resultante de relações sociais, do jogo político e da disputa de interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida[...].” (PIRES, 1998, p.30).

Assim, o trabalho é um processo dinâmico, histórico e de construção inconstante que envolve a participação de elementos, os quais compõem o processo como um todo. Os elementos são: o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a finalidade do trabalho e os agentes. O objeto de trabalho é tudo aquilo que será transformado pela ação do trabalho. Ele deve ser reconhecido baseado no saber. O reconhecimento da carência, da necessidade, de maneira sempre intencional, oportunizará o produto ou o resultado esperado como resposta. Os instrumentos permitirão a possibilidade de intervenção sobre o objeto, orientando a ação. A finalidade refere-se ao objetivo e à direção das atividades que envolvem o processo.

Trazendo essa discussão para o setor da saúde, Pires (1998) apresenta, de forma bem simplificada, o conceito de processo de trabalho aplicado a esses serviços.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo, ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde, e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1998, p.161).

Mendes-Gonçalves (1992, 1994) acrescenta ainda que o agente constitui um dos elementos desse processo, devendo ser analisado e compreendido no interior das relações entre objeto, instrumentos e atividades. Pensando ainda sob a ótica da saúde, o trabalho foi construído majoritariamente dentro da instituição hospitalar ou ambulatorial, tendo o médico como elemento central de um trabalho coletivo. Assim, ele detém o controle de todo o processo assistencial e delega tarefas aos outros profissionais de saúde. É interessante notar que a maioria das profissões da saúde se desenvolveu com relativa autonomia em relação aos outros

profissionais, mas esteve, quase sempre, subordinada ao gerenciamento assistencial dos médicos.

A enfermagem, como parte do processo de trabalho em saúde, se caracteriza como profissão somente a partir de 1890, na Inglaterra, com Florence Nightingale. Ela se organiza sob a ótica capitalista de produção e, internamente, caracteriza-se pela divisão do trabalho. A sua institucionalização vem acompanhada de outros dois aspectos marcantes, a disciplina e a hierarquia (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002). “A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada” (PIRES, 1998). No Brasil, os precursores da enfermagem foram religiosos que se dedicavam ao trabalho nas Santas Casas, enfermarias dos jesuítas e outras ordens religiosas. Em 1890, surge, no país, a primeira escola de formação de enfermeiros e enfermeiras, Escola Alfredo Pinto, organizada e controlada por médicos. Somente em 1923, com a criação da Escola Ana Neri, a enfermagem passa a ser uma profissão independente (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

À sua principal característica, a teoria do trabalho social, atribui-se a origem dos agentes da enfermagem e as várias modalidades de trabalho auxiliar. Então, subdividiu-se o cuidado em direto e indireto, tornando-o fragmentado. Dessa forma, o pessoal auxiliar (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem) fica responsável pela maioria das atividades de assistência – cuidado direto. Ao enfermeiro são conferidas as atividades de ensino, supervisão e administração – cuidado indireto (LIMA, 1998; MELO, 1986; SILVA, 1997).

Segundo Felli e Peduzzi (2005), a enfermagem é entendida como prática social, articulada a outras práticas, e é efetivada, na sociedade, por meio do trabalho. O trabalho integra o setor da prestação de serviços à saúde, é coletivo e é consumido no ato de sua produção (MERHY, 1997). Porém, percebem-se traços da constituição histórica da enfermagem caracterizando o processo de trabalho do enfermeiro. De acordo com Hausmann e Peduzzi (2009), a enfermagem era responsável por assegurar o bom funcionamento da instituição hospitalar e da ordem médica e, também, por prestar cuidados contínuos aos pacientes 24 horas por dia, o que conferia à profissão uma prática assistencial e de coordenação da assistência. Hoje, o trabalho do enfermeiro possui uma dupla dimensão, o cuidado/

assistência e a gerência/supervisão, podendo ser incluída até uma terceira dimensão, o ensinar/ educar, dimensões essas que se complementam. Seu trabalho se caracteriza também pela sua abrangência, podendo atingir a área da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (FELLI; PEDUZZI, 2005; MISHIMA *et al.*, 1997; PEDUZZI, 2000). Contudo, um conjunto de estudos recentes confirma a predominância, por sua vez histórica, de atividades gerenciais (FERRAZ, 2000; GUSTAVO; LIMA, 2003; LIMA; ALMEIDA, 1999; PEDUZZI; ANSELMINI, 2002;; ROSSI; SILVA, 2005).

No entanto, o profissional da enfermagem sofre algumas outras influências no seu processo de trabalho, além daquelas citadas por Hausmann e Peduzzi (2009). O fato do trabalho do enfermeiro ter sido inicialmente construído em um ambiente onde o poder médico era superior ao de qualquer outra profissão pode ter influenciado no processo de construção da autonomia daquele profissional. O trabalho do enfermeiro talvez tenha sido construído com as mínimas possibilidades de governar a si próprio, de reger suas próprias leis. O profissional autônomo precisa ter liberdade de pensamento, agir de acordo com os seus próprios conhecimentos, sem interferência de forças internas ou externas (FORTES, 1998). Porém, de acordo com Gomes e Oliveira (2005a, 2005b), a autonomia do enfermeiro existe, mas está sendo construída processualmente.

O processo de trabalho em saúde, segundo a concepção de Mendes-Gonçalves (1994), considera objeto de trabalho como um recorte da realidade com finalidades específicas que variam de acordo com o olhar. São considerados instrumentos de trabalho em enfermagem e em saúde tanto os aparatos materiais, quanto os intelectuais. Podemos, então, entender o processo de trabalho como o modo de organização dos serviços para atender as necessidades de saúde dos usuários, ou ainda como a configuração e o reconhecimento de novas necessidades (LIMA; ALMEIDA, 1999; MENDES-GONÇALVES, 1992). Essa relação entre o processo de trabalho e necessidades implica em circularidade entre o modo de organização e distribuição e o consumo de serviços. Assim, pode-se pensar que o modo como as ESF se organizam e distribuem as atividades relativas às Ações Programáticas de Saúde influenciam o consumo desses serviços pelos usuários.

No contexto atual, no Programa Saúde da Família, um dos elementos de destaque são as sugestivas mudanças na organização do trabalho trazidas por essa

estratégia. A estratégia propõe o rompimento do modelo tradicional de assistência que, ainda hoje, mais de dez anos após a criação do programa, não pôde ser alcançado completamente. Segundo Pires (1998), vários fatores explicam porque o modelo assistencial médico-centrado se mantém. Dentre os fatores, a autora aponta a história da organização das profissões em saúde, já citada anteriormente. A profissão de enfermeiro, com a expansão do PSF, atua na linha de frente das UBS, em nível gerencial ou assistencial. Por outro lado, percebe-se uma correlação de forças pouco favorável às práticas diferenciadas que o profissional pode desenvolver devido a fatores ligados à historicidade da profissão. No entanto, o impacto da reorganização das UBS, onde o PSF foi implantado, é possivelmente maior para os profissionais não médicos que participam da assistência, como é o caso do enfermeiro.

A Equipe multiprofissional é aqui entendida como aquela em que são evidenciadas relações recíprocas e interações entre agentes de diferentes áreas profissionais, mediadas pela comunicação, objetivando a articulação das ações e a cooperação. Tal equipe passa a ser o foco principal de prestador de assistência de qualidade para o usuário do serviço. Segundo Peduzzi (2002), mesmo havendo a manutenção de relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, atualmente encontramos situações de flexibilidade da divisão de trabalho e de autonomia técnica com interdependência. Essa nova conformação de trabalho tende a reduzir as linhas divisórias entre as profissões (PIRES, 1989). No caso específico do enfermeiro, ele deverá utilizar todo o seu arsenal de tecnologias, incluindo o saber, para a realização de suas atividades. Esse profissional deverá manter as portas abertas para a população, garantindo-lhe seu direito de escuta no atendimento da demanda espontânea, além de realizar consultas de enfermagem, visitas domiciliares, compor grupos operativos e outras atividades que são orientadas pelos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. De acordo com os objetivos da estratégia, o enfermeiro, realizando suas atividades dessa maneira e considerando também a legislação que regulamenta sua profissão, deverá ter maior autonomia na função que exerce. No entanto, o papel do enfermeiro no programa é muito amplo, abrindo um leque de possibilidades para organizar seu trabalho de diversas maneiras, podendo, assim, atender a questões de um novo modelo

proposto, bem como a diretrizes propostas pela estratégia em questão: Saúde da Família.

A base da construção da autonomia do enfermeiro está justamente na maneira através da qual ele se comporta frente ao seu objeto de trabalho e seus instrumentos, fazendo, a partir disso, uma prática social reconhecida pela comunidade, capaz de proporcionar um aumento da procura pelos serviços do enfermeiro.

Dentro das ações programáticas, o enfermeiro tem uma contribuição singular

[...] pela sua compreensão do ser humano além dos aspectos biológicos, pelo seu entendimento da influência dos fatores sociais e ambientais na determinação da saúde e da doença, pela sua capacidade de prática amalgamadora, coordenando e gerenciando o processo de trabalho da equipe de saúde dentro da unidade, por seu comportamento generoso com a clientela, demonstrando preocupação com o acesso da mesma aos serviços de saúde e pela disponibilidade de uma relação didático-pedagógica-dialogal com a comunidade, pode se constituir em elemento fundamental à uma prática multiprofissional transdisciplinar, no contexto das ações da programação em saúde (GOMES; OLIVEIRA, 2005b, p. 396).

O profissional de enfermagem deve, para tanto, utilizar-se desse dispositivo de organização tecnológica do trabalho como auxílio na busca de enfrentamento de dificuldades e limites da sua prática na Atenção Básica e no PSF.

3 METODOLOGIA

Apresenta-se a seguir o percurso realizado para alcançar os objetivos, propostos pelo estudo, relacionados ao processo de trabalho do enfermeiro no Programa Saúde da Família. Considera-se que a metodologia é o caminho e o instrumental que será utilizado para abordar a realidade, incluindo as concepções teóricas, o conjunto de técnicas e o “potencial criativo” de quem pesquisa (MINAYO, 1999). No caso específico da pesquisa social, a fundamentação teórico-metodológica precisa ser consistente e levar em consideração uma realidade que envolve diferentes áreas de conhecimento, que traz consigo questões históricas e que envolve contradições e conflitos em seu caminho (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A pesquisa realizada caracteriza-se como um estudo avaliativo, descritivo e exploratório. A escolha do referencial teórico metodológico se deu devido às características do objeto de estudo da investigação. O processo de trabalho do enfermeiro é um fenômeno social que tem, como aspectos intrínsecos, conflitos e dicotomias entre a prática e a teoria, entre o fazer e o saber.

Seu caráter exploratório e descritivo contribuiu para desenvolver e esclarecer a problemática envolvida, proporcionar uma visão geral e uma aproximação ao objeto de pesquisa, além de subsidiar etapas posteriores da investigação. Também favoreceu para descrever as características do fenômeno estudado e aproximá-lo da realidade estudada (GIL, 1995).

A avaliação em saúde foi escolhida pela sua importância na medida em que pode indicar contribuições na qualidade do cuidado prestado; acrescentar novas informações a um conjunto de conhecimentos já existentes, com o objetivo de contribuir para a melhoria do sistema e, por fim, aumentar ou melhorar sua efetividade, ou seja, capacidade de produzir efeito desejado quando em uso rotineiro. Além dos fatores citados e da necessidade de avaliar a eficácia, eficiência e efetividade dos serviços de saúde, outros fatores também contribuíram para a ampliação da avaliação na saúde, tais como: a incorporação permanente de novas tecnologias, a complexidade das organizações dos serviços de saúde e a crescente necessidade de informação sobre a organização e o funcionamento do setor (CÉSAR; TANAKA, 1996; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Avaliar é um processo de “julgar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo”, realizado de maneira sistemática (MINAYO *et al.*, 2005, p.23). Quando se trata de avaliar serviços ou programas, o conceito é um pouco mais restrito, pois devemos considerar o objeto inserido no campo das modalidades de intervenção social. O conceito então passa a ser definido como “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável” (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 23).

A abordagem utilizada foi a “avaliação por triangulação de métodos”, que retoma os três pilares da avaliação tradicional – estrutura, processo e resultados - e os integra aos princípios básicos da sociologia compreensiva, que diz respeito à compreensão das relações envolvidas na implementação das ações (SHUTZ *apud* MINAYO *et al.*, 2005; MINAYO *et al.*, 2005). Essa abordagem

[...] se fundamenta também na teorização do contexto e do conteúdo do programa a ser avaliado e usa os instrumentos operacionais para analisar a produtividade, os efeitos e o rendimento da intervenção. Mas acrescenta, aos outros elementos, a observação e a análise da dinâmica visível e subjacente dos atores sociais envolvidos no processo e suas representações, tanto em relação à ação sob julgamento, como no interior do próprio processo de avaliação[...] (MINAYO *et al.*, 2005, p. 28).

Propôs-se uma abordagem emergente para a avaliação. O eixo escolhido foi o normativo, por se entender que o uso de normas e critérios estabelecidos por órgãos oficiais sejam, neste momento, suficientes para serem comparados ao que está sendo realizado pelos enfermeiros nas UBS do município de Belo Horizonte e, a partir daí, avaliar o trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Deu-se enfoque no componente ‘processo’ da tríade proposta por Donabedian (1980), segundo o referencial teórico proposto por Contandriopoulos *et al.* (1997, p.36), que objetiva

[...] saber em que medida os serviços são empregados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela implementação com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p.36).

Ênfase foi dada à análise da utilização, oferta e organização das consultas de enfermagem desenvolvidas em relação ao cuidado prestado pelo profissional ao usuário nas ações programáticas de saúde abordadas. A opção por trabalhar com a avaliação do processo decorre, principalmente, da possibilidade mais concreta que se visualiza na análise da adequação do processo de realização das atividades de acordo com um padrão de assistência pré-definido (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

No âmbito do objeto de estudo, propõe-se uma compreensão e avaliação de um elemento do processo de trabalho do enfermeiro, tendo este como parte integrante do processo de trabalho em saúde (MINAYO, 1999; TRIVIÑOS, 1987). Avançando ainda mais nessa perspectiva, procurou-se entender o trabalho do enfermeiro como uma ação social e política que está em constante transformação em decorrência das influências que sofre no seu cotidiano de prática. Para tanto, é preciso visualizá-lo como algo único dentro do serviço de saúde, bem como algo completamente dependente de todas as outras ações do serviço, que, interligadas, serão capazes de provocar mudanças no modo de produção das instituições.

Adotou-se esse caminho devido às características que o objeto de estudo possui, tendo em vista sua postura de fenômeno social (FLICK, 2004; MINAYO, 1994). O processo de trabalho em saúde é um fenômeno que tem seres humanos como agentes, estabelecendo um espaço profundo de relações e um universo de significados, motivos, crenças, valores, aspirações e atitudes, que poderão evidenciar aspectos específicos, diferenciados e dinâmicos, se utilizarmos uma metodologia que valoriza a interdependência da subjetividade e da objetividade e a relação do campo de estudo com o investigador, permitindo criar um processo de dissolução de dicotomias.

3.1 Delineamento do estudo

O desenho da investigação é composto por duas etapas complementares que se articulam para produzir informações capazes de responder a pergunta investigativa/avaliativa (FIG. 1). Quadros de referencial metodológico foram

utilizados para cada uma das etapas, que serão apresentadas a seguir e serão detalhadas no item 4.2.

3.1.1 ETAPA 1 – Modelo lógico para análise das ações programáticas

Esta etapa compreendeu a construção de dois modelos lógicos para cada ação programática abordada. Como fonte de dados, utilizou-se documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que continham informações sobre o processo de trabalho do enfermeiro nos programas analisados. A análise documental foi utilizada como técnica complementar para aproximação do assunto abordado no estudo e foi definida, por Godoy (1995), como a análise de diversos materiais buscando-se interpretações novas e complementares. Esse tipo de análise compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos (MOREIRA, 2005). Os resultados desta etapa subsidiaram a discussão do processo de trabalho dos enfermeiros no que se refere à realização de consultas nas ações programáticas de saúde.

3.1.2 ETAPA 2 – Utilização, oferta e organização da consulta de enfermagem nas ações programáticas

Na segunda etapa, analisou-se a utilização, a oferta e a organização da consulta de enfermagem nas ações programáticas. A fonte de informações, na análise da utilização, foi o banco de dados do *survey* realizado pela pesquisa “Avaliação da Atenção Básica de Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços” (PIRES; GOTTEMS, 2009), com 682 usuários de 10 UBS de BH sobre o problema de saúde no momento da entrevista, o motivo da procura pelo serviço e os procedimentos realizados durante o atendimento. O banco de dados foi reorganizado pela pesquisadora a fim de atender aos objetivos aqui propostos.

Os dados sobre a oferta das consultas de enfermagem nos programas de saúde foram também secundários, originados pelo Sistema de Informação em Saúde do município de BH. Dados sobre a produção dos enfermeiros foram analisados comparativamente com os parâmetros oficiais pré-estabelecidos pela Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) do Ministério da Saúde (MS).

Para a análise da organização do trabalho do enfermeiro nas UBS, utilizou-se, como fonte de dados, os depoimentos dos quatro grupos focais presentes na pesquisa “Avaliação da Atenção Básica de Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços” (PIRES; GOTTEMS, 2009), com 30 profissionais de saúde, entre médicos generalistas e enfermeiros, de 10 UBS sobre o processo de trabalho no PFS. Os depoimentos foram analisados à luz da análise temática de conteúdo e orientados a partir do seguinte questionamento: como os enfermeiros das UBS do município de Belo Horizonte têm realizado as ações programáticas no processo de trabalho da equipe de saúde da família.

Finalmente, os produtos da primeira e segunda etapa foram triangulados, o que permitiu mensurar o trabalho do enfermeiro no que se refere à realização de consulta de enfermagem nas ações programáticas. A FIG. 1 sintetiza o desenho da pesquisa.

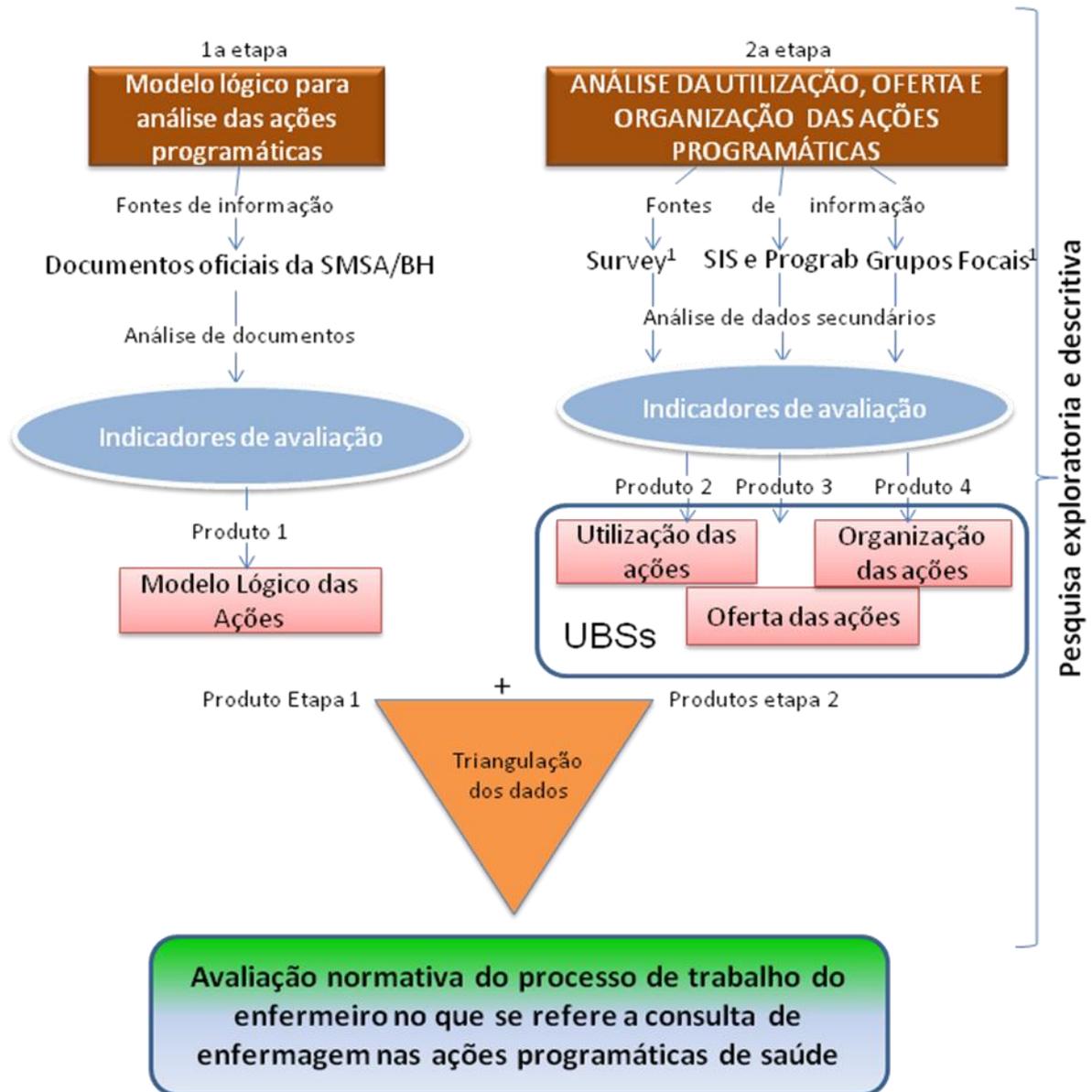


FIGURA 1 – Referencial metodológico utilizado para avaliar o trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte

Fonte: Elaboração própria, 2010.

¹ Dados secundários originados do banco de dados da pesquisa “Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços” (PIRES; GOTTEMS, 2009).

3.2 Detalhamento do estudo

3.2.1 Cenário do estudo

O cenário da pesquisa foram as dez Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte que foram sorteadas para participar da pesquisa “Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”, por meio de um cálculo amostral (PIRES; GOTTEMS, 2009). O município, cidade capital, localizada na região central do Estado Minas Gerais, conta com uma população estimada, de acordo com o IBGE (2007), de 2.412.937 habitantes. O Programa Saúde da Família, em BH, conta hoje com 544 equipes de saúde da família, distribuídas nas 147 Unidades Básicas de Saúde, alocadas entre os nove distritos sanitários do município. A estratégia tem uma cobertura de mais de 70% da população residente (BELO HORIZONTE, 2010).

3.2.2 Fonte e análise dos dados

3.2.2.1 ETAPA 1 – Modelo lógico para análise das ações programáticas

Como fonte de dados, utilizou-se documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) que continham aspectos relacionados ao estabelecimento de rotinas e orientações na organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família.

A busca foi realizada no site da SMSA-BH, no período de fevereiro a abril de 2010, na seção de publicações, link protocolos e/ou biblioteca. Considerou-se a principal ação programática das quatro clínicas básicas, tomando como referência um estudo avaliativo realizado a nível nacional (BRASIL, 2004): clínica médica – acompanhamento da hipertensão, pediatria – acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento da criança, ginecologia – prevenção do câncer do colo do útero e obstetrícia – assistência ao pré-natal. As palavras-chaves utilizadas para a busca foram: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, crescimento e desenvolvimento infantil, pré-natal, câncer do colo do útero, hipertensão. Para alguns descritores, encontrou-se mais de uma publicação. No entanto, foi selecionada aquela que melhor atendesse aos seguintes critérios: ser direcionada para a atenção básica de saúde e possuir, de forma clara, as atribuições para cada profissional da Equipe de Saúde da Família.

A análise dos documentos selecionados foi realizada a partir de categorias e indicadores do referencial metodológico proposto pelo estudo (QUADRO 1). Procurou-se entender o contexto geral dos programas de saúde e identificar as ações do enfermeiro nos programas de saúde analisados, tais como consultas, prescrições e exames, de acordo com aquilo que é preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Para fim desta análise, o conceito de protocolo foi entendido como

[...] as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK *et al.*, 2009; p. 31).

Os protocolos clínicos devem ser entendidos como aqueles que apresentam formas ‘do que fazer e como fazer’, e os de organização dos serviços, formas ‘do que fazer e de quem fazer’ (WERNECK *et al.*, 2009).

Como produto desta etapa, construiu-se dois modelos lógicos para cada ação programática de saúde analisada. Entende-se por modelo lógico um esquema dos componentes e pressupostos do programa que permite a definição daquilo que será medido a partir do auxílio na definição de indicadores (MEDINA *et al.*, 2005). Ele nos mostra como o programa deve funcionar para que sejam alcançados os objetivos do mesmo. Devem ser identificados, nesse modelo, os passos necessários para que o programa alcance o desfecho esperado, de forma esquemática. Assim, o modelo serviu de auxílio na visualização do papel do profissional enfermeiro nos programas de saúde e na interpretação dos resultados achados pela avaliação.

O primeiro modelo lógico construído considerou o papel do enfermeiro no programa como um todo. O segundo, apenas as ações do enfermeiro possíveis de serem avaliadas/ medidas por esta pesquisa.

QUADRO 1 – Dimensão, categorias, indicadores e fonte de dados utilizados na construção do modelo lógico dos programas de saúde

DIMENSÃO	CATEGORIAS	INDICADORES	FONTE DE DADOS
Atenção à saúde nas ações programáticas	Contexto geral dos programas de saúde analisados no estudo	- Objetivos do programa; - Resultados esperados a curto e médio prazo;	Protocolos assistenciais, clínicos ou de organização dos serviços da SMSA/BH.
	Ações do enfermeiro nos programas de saúde analisados no estudo	- Tipo de ação (educativa, clínica ou de planejamento/ organização); - Descrição das atribuições do enfermeiro;	

Fonte: elaboração própria, 2010.

3.2.2.2 ETAPA 2 – Utilização, oferta e organização da consulta de enfermagem nas ações programáticas

a. Utilização

Pretendeu-se analisar a utilização das ações programáticas de saúde nas Unidades Básicas de Belo Horizonte pelos usuários. Os dados utilizados foram de origem secundária e a fonte foi o banco de dados da pesquisa “Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços” – etapa *survey* (PIRES; GOTEMS, 2009), em que, por meio de um instrumento estruturado, interrogou-se 674 usuários acerca da utilização e acesso aos serviços de atenção básica do município.

No QUADRO 2 estão descritas as variáveis extraídas e utilizadas no estudo.

QUADRO 2 – Variáveis utilizadas no estudo e seus itens relacionados do banco de dados

VARIÁVEL	ITENS RELACIONADOS DO QUESTIONÁRIO
Problema de saúde referido pelo usuário	<p>Relato dos usuários como problema de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afecções agudas leves (gripes, amigdalites, dermatites, bronquites leves, tosse, febre, conjuntivites, dor lombar, vômito, diarreia, dor de estômago, dor no corpo, dor de dente, distúrbio nutricional, DST); • afecções agudas de moderadas a graves (crise asmática, pico hipertensivo, cardiopatias, infecção urinária, cólica renal, sintomatologia do infarto, abscesso dentário, DPOC, tumor/câncer); • controle de agravos (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, doença de chagas, prevenção de câncer); • ações programáticas (vacinação, pré-natal, puericultura, ação educativa, outras); • retorno (cirurgia, parto, retorno a consultas de rotina ou controle); • acidente (fraturas, ingestão de corpo estranho, etc.); • lesão (picada de inseto, cortes na pele, entorse, luxações, etc.); • gravidez de alto risco; • outros.
Tipo de atendimento realizado	<ul style="list-style-type: none"> • consultas médicas (generalista, PSF, clínico, pediatra, ginecologista); • consultas e procedimentos odontológicos; • consultas de enfermagem; • procedimentos de enfermagem (nível médio); • acolhimento/ classificação de risco; • grupo/ atividades educativas; • outros (práticas complementares, ações executadas por outros profissionais de nível superior, procedimentos médicos em pele e mucosa, outros atendimentos).
Situações em que procura o Centro de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • solicitar encaminhamento para outro serviço e/ou especialidade; • vacinação; • realizar acompanhamento de hipertensão e diabetes; • realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; • realizar acompanhamento pré-natal; • realizar exame preventivo do câncer do colo do útero;

	<ul style="list-style-type: none"> • pegar medicação prescrita; • tratamento odontológico; • para fazer consultas médicas e exames; • para participar de atividades educativas ou reuniões; • para participar de reuniões do conselho de saúde local.
Informações socioeconômicas	<ul style="list-style-type: none"> • sexo (masculino, feminino); • faixa etária (11 a 20 anos, 21 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos, 61 a 70 anos e acima de 71 anos); • escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, até ensino superior); • ocupação (empregado, subempregado, sem renda, inativo); • renda familiar bruta (até R\$415,00, de R\$415,00 a R\$1245,00, de R\$1246,00 a R\$2075,00, acima de 2076,00, sem rendimentos, não declarada); • local onde mora (BH, fora de BH); • local onde trabalha (BH, fora de BH, não se aplica); • se possui plano de saúde (sim - toda a família, sim - alguns membros, não).

Fonte: elaboração própria, 2010.

Posteriormente, o mesmo banco de dados foi reformulado. A variável 'problema de saúde referido pelo usuário' foi agrupada de maneira a caracterizar três distintos problemas de saúde que levaram o usuário a procurar os serviços (QUADRO 3).

QUADRO 3 – Agrupamentos da variável 'problema de saúde referido pelo usuário', os itens considerados e número de usuários entrevistados por grupo

GRUPO DE PROBLEMA DE SAÚDE REFERIDO	ITENS CONSIDERADOS	Nº DE USUÁRIOS
Problemas de afecções agudas	<ul style="list-style-type: none"> • afecções agudas leves (gripes, amigdalites, dermatites, bronquites leves, tosse, febre, conjuntivites, dor lombar, vômito, diarreia, dor de estômago, dor no corpo, dor de dente, distúrbio nutricional, DST); • afecções agudas de moderadas a graves (crise asmática, pico hipertensivo, cardiopatias, infecção urinária, cólica renal, sintomatologia do infarto, abscesso dentário, DPOC, tumor/câncer). 	255 usuários
Problemas de ação programada	<ul style="list-style-type: none"> • controle de agravos (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, doença de chagas, prevenção de câncer); 	185 usuários.

	<ul style="list-style-type: none"> ações programáticas (vacinação, pré-natal, puericultura, ação educativa, outras). 	
Problemas de retorno	<ul style="list-style-type: none"> retorno (cirurgia, parto, retorno a consultas de rotina ou controle). 	234 usuários.
Outros problemas	<ul style="list-style-type: none"> acidente (fraturas, ingestão de corpo estranho, etc); lesão (picada de inseto, cortes na pele, entorse, luxações, etc); gravidez de alto risco; outros. 	8 usuários.

Fonte: elaboração própria, 2010.

Para processamento dos dados, utilizou-se o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 15.0. Identificaram-se erros de digitação, análise de dados omissos e identificação e tratamento de *outliers*. Realizou-se análise descritiva dos dados por UBS, apresentando a distribuição das freqüências absolutas e relativas das variáveis analisadas no estudo. Essa distribuição foi analisada considerando essas variáveis em duas categorias de análise - perfil do usuário e utilização das ações programáticas, e seus respectivos indicadores de avaliação (QUADRO 4).

Em um segundo momento, fez-se um cruzamento de dados, utilizando-se a variável dependente, com o filtro, já mencionado, dos três diferentes tipos de motivos de problemas de saúde e a variável independente 'tipo de atendimento realizado'. Buscou-se testar a hipótese de que a consulta de enfermagem é mais utilizada pelo usuário que busca o serviço por um problema de saúde de ação programada, ao usuário que busca por problemas de saúde de afecções agudas. Teve-se, como propósito, nesse momento, verificar se há diferença na utilização da consulta de enfermagem nas distintas demandas.

QUADRO 4 – Dimensão, categorias, indicadores e fonte de dados utilizados na análise da utilização de consultas de enfermagem nas ações programáticas das UBS investigadas

DIMENSÃO	CATEGORIAS	INDICADORES	FONTE DE DADOS
Atenção à saúde nas ações programáticas	- Perfil do usuário que utiliza os serviços de AB;	- Perfil socioeconômico dos usuários: sexo, idade, renda familiar, escolaridade, situação empregatícia, local de residência, local de trabalho, se possui plano de saúde;	- Banco de dados da etapa <i>survey</i> da pesquisa “Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços” (PIRES, GOTEMS, 2009)
	- Utilização da consulta de enfermagem e das ações programáticas	- Caracterização do problema de saúde declarado pelo usuário; - Descrição do tipo de atendimento utilizado pelo usuário; - Descrição do tipo de atendimento utilizado pelo usuário para o agrupamento de “problemas de ação programada”; - Descrição dos motivos de procura pela UBS, pelo usuário.	- Banco de dados da etapa <i>survey</i> da pesquisa “Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços” (PIRES, GOTEMS, 2009)

Fonte: Elaboração própria, 2011.

b. Oferta

Os dados secundários utilizados na análise da oferta da consulta de enfermagem nas ações programáticas tiveram como fonte o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informação de Registro de Atendimento Individual – FENIX. No SIAB, foram coletados os dados do cadastro populacional da área de abrangência das UBS investigadas, por faixa etária, em outubro de 2009. No FENIX, foram colhidos os dados de produção, ou seja, o consolidado de todos os

atendimentos e procedimentos realizados na rede de atenção básica de BH, por profissional de saúde, no período de setembro de 2008 a agosto de 2009. Esse período foi escolhido por coincidir com o período da coleta dos dados da investigação “Avaliação da Atenção Básica de Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”, que também serviu de fonte de dados para o presente estudo.

Foram escolhidos alguns atendimentos específicos correspondentes às quatro clínicas básicas da AB:

- Pediatria: consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de 1 ano;
- Obstetrícia: consulta de assistência pré-natal;
- Ginecologia: consulta para coleta de exame preventivo do câncer do colo de útero;
- Clínica médica: consulta ao hipertenso.

Para manejo dos dados secundários, utilizou-se o programa Excel, versão 2007, e a estatística descritiva simples. Fez-se o cálculo de consultas anuais em número absoluto e/ou percentuais para os indicadores analisados. Os dados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas, na seção 5 do estudo.

Os indicadores utilizados para analisar a oferta tiveram, como objetivo, confrontar as atividades que foram realizadas pelo enfermeiro das unidades básicas de saúde com aquelas atividades previstas para esse profissional. Os indicadores se encontram no quadro de referencial metodológico construído (QUADRO 5).

O banco de dados foi preparado de maneira a responder aos indicadores construídos no Quadro 5. Os dados de produção foram utilizados para cálculo de todos os indicadores. No entanto, os dados de cadastro populacional foram utilizados somente na construção da demanda prevista para cada UBS, com o auxílio do software do PROGRAB.

Os cálculos e as fontes de informações utilizadas são descritos no QUADRO 6.

QUADRO 5 – Dimensão, categorias, indicadores e fonte de dados utilizados na análise da oferta de consultas de enfermagem nas ações programáticas das UBS investigadas

DIMENSÃO	CATEGORIAS	INDICADORES	FONTE DE DADOS
Atenção à saúde nas ações programáticas	Processo de trabalho realizado pelo enfermeiro nas UBS/BH e previsto pelas diretrizes da SMSA-BH e pelo PROGRAB	<ul style="list-style-type: none"> - População cadastrada pelas ESF das UBS; - Número de consultas de enfermagem por habitantes/ano da UBS; - Comparação do total de consultas de enfermagem ao total de consultas da equipe saúde da família e da equipe de apoio, em relação ao recomendado pelas diretrizes do SMSA-BH; - Comparação do total de consultas de enfermagem em ações programáticas ao total de consultas de enfermagem em afecções agudas e outras demandas, em relação ao recomendado pelas diretrizes da SMSA-BH; - Comparação do total de consultas de enfermagem em ações programáticas ao total de consultas em ações programáticas da UBS, em relação ao recomendado pelas diretrizes da SMSA-BH; - Comparação do total de consultas de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em crianças menores de 1 ano ao total de consultas nessa ação programática da UBS, em relação ao recomendado pela SMSA-BH; - Comparação do total de consultas de enfermagem na assistência de pré-natal ao total de consultas nessa ação programática da UBS, em relação ao recomendado pela SMSA-BH; - Comparação do total de consultas de enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero ao total de consultas nessa ação programática da UBS, em relação ao recomendado pela SMSA-BH; - Comparação do total de consultas de enfermagem no acompanhamento do hipertenso ao total de consultas nessa ação programática da UBS, em relação ao recomendado pela SMSA-BH; - Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas de enfermagem previstas para as ESF da UBS, de acordo com os parâmetros da PROGRAB; - Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas previstas para as ESF da UBS, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de 1 ano, de acordo com os parâmetros da PROGRAB; - Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas previstas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Fenix/ GEEPI/SMSA-BH, Nov./2009; - Sistema de Informação da Atenção Básica; - Protocolos de atenção à saúde da criança, da mulher e do adulto, da SMSA-BH; - Programação de Gestão por Resultados da Atenção Básica – (BRASIL, 2006).

		<p>para as ESF da UBS, na assistência de pré-natal, de acordo com os parâmetros da PROGRAB;</p> <ul style="list-style-type: none">- Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas previstas para as ESF da UBS, na prevenção do câncer do colo do útero, de acordo com os parâmetros da PROGRAB;- Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas previstas para as ESF da UBS, no acompanhamento do hipertenso, de acordo com os parâmetros da PROGRAB;	
--	--	---	--

Fonte: Elaboração própria, 2011.

QUADRO 6 – Procedimentos operacionais e fontes utilizadas no cálculo dos indicadores de avaliação da oferta de consultas de enfermagem nas ações programáticas das UBS investigadas

Indicadores de Avaliação	Conceitos utilizados	Procedimentos operacionais e fontes de informação	Parâmetros oficiais
População cadastrada pelas ESF das UBS;	- Cadastro populacional das Equipes de Saúde da Família.	- Identificação do número total de usuários cadastrados nas ESF da área de abrangência da UBS. Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	- Cada ESF deve oferecer serviços a uma população de 2500 a 4000 pessoas (BRASIL, 2006).
Número de consultas de enfermagem por habitantes/ano da UBS;	- Cobertura populacional de consultas de enfermagem por habitante/ ano.	- Identificou-se o número total de consultas de enfermagem anuais da UBS, dividindo-o, depois, pela população total cadastrada. Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	- 0,5 a 1 ação executada por enfermeiro por habitante ao ano (BRASIL, 2006).
Comparação do total de consultas de enfermagem ao total de consultas da equipe saúde da família e da equipe de apoio, em relação ao recomendado pelas diretrizes do SMSA-BH	- Consultas realizadas pelo enfermeiro; pelo médico generalista, pediatra, ginecologista e clínico geral.	- Percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro, pelo médico generalista, pediatra, ginecologista e clínico geral, no período de um ano (set/08 a ago/09). Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	- As equipes de apoio oferecem <u>retaguarda</u> para as ações da ESF (BELO HORIZONTE, 2008a).
Comparação do total de consultas de enfermagem em ações programáticas ao total de consultas de enfermagem em afecções agudas e outras demandas, em relação ao recomendado pelas diretrizes da SMSA-BH	- Consultas realizadas pelo enfermeiro em ações programáticas, em afecções agudas e em outras demandas.	- Classificação das consultas do período de set/08 a ago/09, de acordo com o motivo da mesma em: consulta em ações programáticas, em demanda espontânea ou em outras demandas. Percentual de consultas de enfermagem realizadas em cada uma dessas classificações, considerando o número total de consultas de enfermagem como base (100%). Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	- A SMSA-BH recomenda que os profissionais da ESF destinem 25% das atividades para o atendimento de agudos e que o restante seja dedicado às demais ações (BELO HORIZONTE, 2008a).
Comparação do total de consultas de enfermagem em ações programáticas ao total de consultas em ações programáticas da UBS, em relação ao recomendado pelas	- Consultas realizadas em ação programática pelo enfermeiro e pela UBS.	- Total de consultas da UBS classificadas como consulta em ações programáticas, no período de set/08 a ago/09. Desse total, calculou-se o percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro. Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	As equipes de apoio oferecem <u>retaguarda</u> para as ações da ESF, inclusive na realização das ações programáticas (BELO HORIZONTE,

diretrizes da SMSA-BH			2008a).
Comparação do total de consultas de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em crianças menores de 1 ano, ao total de consultas nessa ação programática da UBS, em relação ao recomendado pela SMSA-BH	- Consultas realizadas no acompanhamento do CD da criança menor de 1 ano pelo enfermeiro, pelo generalista e pelo pediatra.	- Total de consultas da UBS pelo motivo de puericultura, na faixa etária menor de 1 ano, no período de set/08 a ago/09. Desse total, calculou-se o percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro, pelo generalista e pelo pediatra. Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	Acompanhamento do CD da criança: 7 consultas no Primeiro ano de vida da criança. 4 com o enfermeiro, 1 com o generalista e 2 com o pediatra (BELO HORIZONTE, 2004).
Comparação do total de consultas de enfermagem na assistência de pré-natal, ao total de consultas nessa ação programática da UBS, em relação ao recomendado pela SMSA-BH;	- Consultas realizadas de pré-natal pelo enfermeiro, pelo generalista e pelo ginecologista.	Total de consultas da UBS pelo motivo de pré-natal: primeira consulta e pré-natal: subsequente, no período de set/08 a ago/09. Desse total, calculou-se o percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro, pelo generalista e pelo ginecologista. Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	Assistência pré-natal: mínimo de 6 consultas, sendo 50% com o enfermeiro e 50% com o generalista; para as gestantes de risco habitual, 85%. (BELO HORIZONTE, 2008b).
Comparação do total de consultas de enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero, ao total de consultas nessa ação programática da UBS, em relação ao recomendado pela SMSA-BH;	- Consultas realizadas de prevenção do câncer do colo do útero pelo enfermeiro, pelo generalista e pelo ginecologista.	Total de consultas da UBS pelo motivo de coleta de material citopatológico, no período de set/08 a ago/09. Desse total, calculou-se o percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro, pelo generalista e pelo ginecologista. Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	Prevenção do câncer do colo do útero: o enfermeiro deve realizar o exame em metade da população coberta e o médico da ESF na outra metade (BELO HORIZONTE, 2008c).
Comparação do total de consultas de enfermagem no acompanhamento do hipertenso, ao total de consultas nessa ação programática da UBS, em relação ao recomendado pela SMSA-BH;	- Consultas realizadas de acompanhamento do hipertenso pelo enfermeiro, pelo generalista e pelo clínico geral.	Total de consultas da UBS pelo motivo de hipertensão: leve, moderada ou grave, no período de set/08 a ago/09. Desse total, calculou-se o percentual de consultas realizadas pelo enfermeiro, pelo generalista e pelo clínico geral. Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009.	O hipertenso deve realizar 6 consultas ao ano, sendo 4 realizadas pelo enfermeiro e 2 pelo médico da ESF (BELO HORIZONTE, 2009).
Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas de enfermagem previstas para as ESF da UBS, de acordo com o PROGRAB;	- Consultas realizadas e previstas para o enfermeiro;	Número de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF, no período de set/08 a ago/09; Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009; Fonte: SIAB.	

<p>Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas de enfermagem previstas para as ESF da UBS, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de 1 ano, de acordo com os parâmetros da PROGRAB;</p>	<p>- Consultas realizadas e previstas para o enfermeiro no acompanhamento do CD de crianças menores de 1 ano.</p>	<p>Número de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF pelo motivo de puericultura, em menores de 1 ano, no período de set/08 a ago/09; Fonte: Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009; Número de RN < 1 ano. Calcula-se 8% desse montante, multiplica-se por 6. Depois, calcula-se 92% do mesmo montante, multiplica-se por 4. Soma-se os dois valores. Fonte: SIAB e PROGRAB.</p>	<p>- 8% dos RN são de risco, e devem ser realizadas 6 consultas de enfermagem no primeiro ano de vida; - 92% dos RN não são de risco e devem ser realizadas 4 consultas de enfermagem no primeiro ano de vida (BRASIL, 2006).</p>
<p>Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas de enfermagem previstas para as ESF da UBS, na assistência de pré-natal, de acordo com os parâmetros da PROGRAB;</p>	<p>- Consultas realizadas e previstas para o enfermeiro na assistência ao pré-natal.</p>	<p>Número de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF pelo motivo de pré-natal, no período de set/08 a ago/09; Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009; Calcula-se 2% da população total para prever a população de gestantes. Depois, 85% da população de gestante para prever as gestantes de baixo risco. Desse montante, multiplica-se por 3. Fonte: SIAB e PROGRAB.</p>	<p>- A previsão de gestante em uma área é de 2% da população total. Destas, 85% são de risco habitual. Elas devem realizar, no mínimo, 3 consultas com o enfermeiro e 3 consultas com o generalista (BRASIL, 2006).</p>
<p>Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas de enfermagem previstas para as ESF da UBS, na prevenção do câncer do colo do útero, de acordo com os parâmetros da PROGRAB;</p>	<p>- Consultas realizadas e previstas para o enfermeiro na coleta do exame preventivo do câncer do colo de útero.</p>	<p>Número de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF pelo motivo de coleta de exame citopatológico, no período de set/08 a ago/09; Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009; Calcula-se o total de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. Desse montante, calcula-se 80% e divide-se pela metade. Fonte: SIAB e PROGRAB.</p>	<p>80% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos devem ser cobertas pelo PSF. O enfermeiro deve realizar a coleta do material citopatológico em 40% (BRASIL, 2006).</p>
<p>Comparação do total de consultas de enfermagem produzidas ao total de consultas de enfermagem previstas para as ESF da UBS, no acompanhamento do hipertenso, de acordo com os parâmetros da PROGRAB;</p>	<p>- Consultas realizadas e previstas para o enfermeiro no acompanhamento do hipertenso.</p>	<p>Número de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF pelo motivo de hipertensão, no período de set/08 a ago/09; Sistema de Informação Fênix/GEEPI/SMSA-BH, nov. 2009; Calcula-se 7,7% da população acima de 30 anos. Desse montante, calcula-se 80% e o valor obtido é multiplicado se por 4. Fonte: SIAB e PROGRAB.</p>	<p>A prevalência de HAS é de 7,7% da população da área de abrangência. Desses, 80% são acompanhados nas UBS. O enfermeiro deve realizar 4 consultas anuais (BRASIL, 2006).</p>

Fonte: elaboração própria, 2010

c. Organização

Os dados utilizados nesse momento foram originados do banco de dados da pesquisa “Avaliação da Atenção Básica de Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”- etapa grupo focal (GF) (PIRES; GOTTENS, 2009).

Os depoimentos foram analisados a partir da proposta de análise de conteúdo delineada por Bardin (2008, p. 42), que a definiu como

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens (BARDIN, 2008, p. 42).

Buscou-se responder a questão ‘como os enfermeiros organizam o seu trabalho para atender as normas e diretrizes relacionadas à realização da consulta de enfermagem nas ações programáticas em saúde?’. Optou-se por esse método, já que ele pode fornecer descrições objetivas presentes na fala dos sujeitos participantes.

Primeiramente, os dados foram organizados durante a fase de pré-análise. Realizou-se a leitura “flutuante”, que consiste “em estabelecer contatos com os documentos a serem analisados e conhecer os textos e as mensagens neles contidas” (FRANCO, 2008). Por sua vez, escolheu-se os documentos que fizeram parte da análise. Todos os depoimentos foram considerados, tanto dos profissionais enfermeiros, quanto dos médicos generalistas, por existirem trechos que se referem ao trabalho do enfermeiro em ambos. Ao final foram considerados 30 participantes, distribuídos em quatro grupos focais realizados mediante a utilização de técnicas e situações semelhantes, respeitando a regra da homogeneidade, importante para obter resultados globais e para comparar resultados individuais (BARDIN, 2008).

A formulação da hipótese a ser verificada a partir dos procedimentos da análise também fez parte da pré-análise e foi construída levando-se em conta os resultados encontrados até esse momento do estudo, bem como todas as leituras realizadas sobre o assunto. Então, a hipótese foi a seguinte: será verdade que os enfermeiros não têm organizado seu trabalho nas ações programáticas, por meio da

consulta de enfermagem, conforme previsto nas normas e diretrizes pré-estabelecidas pela SMSA-BH?

Depois de já ter claro o objetivo da análise, a questão a ser esclarecida e a hipótese a ser testada, foram definidas as unidades de análise, ou seja, os principais temas, foram definidas as categorias. Essa é uma das etapas mais difíceis, exigentes e cruciais da análise de conteúdo. As categorias foram criadas a *posteriori* na medida em que permitem uma maior abertura na análise das falas. Elas foram criadas a partir de idas e vindas ao material de análise e categorizadas por aproximação à medida em que surgiam nas respostas. Por último, elas foram interpretadas.

3.3 Triangulação de métodos, técnicas e dados

Ao término de cada uma das etapas da pesquisa, procedeu-se à complementaridade das informações e dos métodos utilizados. Assim, o resultado sobre a utilização das ações programáticas e da consulta de enfermagem nas entrevistas com os usuários instigou a curiosidade sobre que tipo de atividade está sendo produzida efetivamente pelo enfermeiro e se essas atividades estão em conformação com o previsto pelas normatizações estabelecidas pelo município ou pela união. A maneira por meio do qual esse trabalho é organizado também pode ser verificada e avaliada a fonte dos dados encontrados na análise documental realizada na primeira etapa do estudo. Dessa forma, oportunizou-se um maior aprofundamento e uma avaliação, por meio de normas oficiais, do que está sendo produzido e utilizado pelo enfermeiro e de que maneira está sendo organizado seu trabalho. Sempre confrontando a teoria e a prática deste trabalho, ou seja, o que está previsto e o que está sendo realizado por esses profissionais.

Com o fechamento e a síntese dos resultados, realizou-se a análise comparativa e complementar da utilização informada pelo usuário, dos procedimentos ofertados e da forma de organização do trabalho do enfermeiro. Deu-se o fechamento dessas discussões, lembrando que elas jamais serão finitas.

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa segue as diretrizes contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi preservada a garantia do anonimato e sigilo da origem das informações. Os dados secundários utilizados nesta pesquisa foram advindos dos resultados de uma investigação-mãe, intitulada “Avaliação da Atenção Básica de Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”, na qual os sujeitos foram informados da forma de divulgação e utilização dos seus resultados, com a garantia de jamais serem citados nomes ou qualquer outra forma de identificação. Na de origem dos dados elaborou-se um documento em duas vias, denominado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, com informações pertinentes à pesquisa, assinado pelos entrevistados e pesquisadores. A pesquisa de origem foi aprovada pelos Comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer n° ETIC 053/06, e Secretaria Municipal de Belo Horizonte, protocolo 19/2009.

O presente estudo foi aprovado, em protocolo próprio, pelos Comitês de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, parecer 0042.0.410.000-10A (ANEXO A) e da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer n° ETIC 0042.0.410.000-10 (ANEXO B).

4 *RESULTADOS*

4.1 **O papel do enfermeiro nas Ações Programáticas de Saúde**

4.1.1 Contexto Geral dos Programas de Saúde Analisados

Analisou-se quatro protocolos assistenciais utilizados nos serviços de Atenção Básica do Município de Belo Horizonte. Na área programática “Saúde da Mulher”, analisou-se os protocolos de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero, Pré-natal e Puerpério. Em “Saúde do Adulto”, foi analisado o protocolo de Hipertensão Arterial/ Risco Cardiovascular. Por fim, na área programática “Saúde da Criança”, o protocolo foi de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança (BELO HORIZONTE, 2004, 2008b, 2008c, 2009).

Todos os protocolos analisados foram publicados e construídos pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em especial pela Secretaria de Saúde da cidade em questão. Três dos quatro protocolos analisados tiveram uma publicação recente, entre dezembro de 2008 e maio de 2009. Porém, o protocolo de atenção à saúde da criança foi publicado no ano de 2004, há mais de seis anos.

Em todos os protocolos analisados no presente estudo, foram encontradas diretrizes coerentes com aquelas do modelo de atenção proposto pelo SUS: integralidade, universalidade, equidade, participação popular, resolutividade, descentralização e regionalização. Alguns protocolos alcançam diretrizes que apresentam avanços quando comparados às propostas, tais como: intersetorialidade, responsabilização e trabalho em equipe.

4.1.2 As Ações do Enfermeiro nos Programas de Saúde Analisados

Realizando a análise, verificou-se que o enfermeiro possui atribuições nas ações programáticas ligadas as suas várias vertentes profissionais: assistência, coordenação e ensino. Para facilitar o entendimento das atribuições do enfermeiro nos programas de saúde, elas foram distribuídas primeiramente quanto ao tipo de ação, quais sejam: ações educativas, ações clínicas e ações de planejamento e organização.

Em todos os protocolos analisados, encontraram-se os três tipos de ações para o enfermeiro. Porém, a distribuição de atribuições entre elas variou de acordo com o protocolo. As ações educativas tiveram mais expressividade no acompanhamento do CD da criança, com 27,2% do total de atribuições do enfermeiro no protocolo. No protocolo de assistência pré-natal verificou-se um percentual de 12%, no acompanhamento do HAS também de 12% e na prevenção do CA do colo de útero de 11%. As atribuições clínicas e de planejamento e organização ficaram com percentuais mais altos de 36,4% e 36,4% no acompanhamento do CD infantil, 52% e 36% na assistência pré-natal, 40% e 48% no acompanhamento da HAS e 44,5% e 44,5% na prevenção do CA do colo do útero, respectivamente. Do total de atribuições, o enfermeiro possui um número menor de ações educativas (n=11 – 14%), seguidas das ações de planejamento e organização (n=33 – 41,7%) e por último, as ações clínicas (n=35, 44,3%). Observou-se que o percentual de atribuições clínicas nos programas se aproxima do número de atribuições obtido no grupo das ações de planejamento e organização.

As ações educativas se distribuíram de uma maneira semelhante entre os diferentes programas, mas em número reduzido quando são comparados às demais ações. Ressalta-se no que diz respeito às ações educativas que todos os programas são direcionados ao desenvolvimento e execução de atividades educativas. Na assistência ao pré-natal, acrescentou-se a utilização de grupos operativos, bem como visitas à maternidade de referência. Já no programa de controle de hipertensão arterial, houve a adição de incentivo de criação de grupos de ajuda mútua. As orientações também foram incluídas no grupo de ação educativa e

apareceram nos programas de acompanhamento de CD da criança e no controle da hipertensão arterial.

As ações clínicas foi o grupo que apresentou maior variedade de atribuições para o enfermeiro nos programas de saúde. Entre as principais atribuições, está a realização da consulta de enfermagem, em alguns programas, com caracterização específica desse atendimento. A prescrição de medicamentos foi citada em dois programas: assistência ao pré-natal e acompanhamento do CD da criança. Porém, no programa de controle da hipertensão/risco cardiovascular, citou-se a manutenção da prescrição médica por, no máximo, 24 horas. A solicitação de exames complementares foi mencionada nos programas de assistência pré-natal e de prevenção e controle do câncer do colo de útero (citologia oncótica).

As atribuições de planejamento e organização também representam um número expressivo de atribuições do enfermeiro. As atividades comuns a todos os programas envolvem a supervisão e o treinamento da equipe de enfermagem. Em três programas, controle da HAS, acompanhamento do CD infantil e assistência pré-natal, aparecem o registro das ações de enfermagem como atividades comuns. Em outros três, controle da HAS, assistência pré-natal e prevenção e controle do câncer do colo do útero, ficou evidente a importância dada ao planejamento e avaliação das ações de assistência de enfermagem.

Nota-se que o enfermeiro, com suas devidas atribuições, estão inseridos nos programas de saúde. Para uma melhor visualização do seu papel construiu-se para cada um dos programas uma modelo lógico geral (APÊNCICE A, B, C, D), a partir das normas encontradas nos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A partir do modelo lógico geral, construiu-se um segundo modelo lógico para cada ação programática, também a partir das informações presentes nos protocolos analisados. Neste segundo modelo lógico, foram abordadas somente aquelas atividades que têm a possibilidade de serem executadas durante a consulta de enfermagem e, dessa maneira, poderão ser avaliadas no estudo na etapa posterior. O modelo lógico para as atividades que serão aqui avaliadas podem ser visualizadas no QUADRO 7.

QUADRO 7 – Modelo lógico da consulta de enfermagem nas ações programáticas nas UBS do município de Belo Horizonte – Dez/10

INTERVENÇÃO: a consulta de enfermagem no acompanhamento da hipertensão arterial nas UBS do município de Belo Horizonte

OBJETIVO: avaliar o trabalho do enfermeiro nas UBS no que se refere à consulta de enfermagem nas ações programáticas desenvolvidas

Componentes	Atividades do enfermeiro	Produtos
Ações educativas da consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver atividades educativas voltadas aos usuários e seus familiares; - Estimular que os usuários se organizem em grupos de ajuda mútua; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de atividades educativas individuais; - Criação de grupos de ajuda mútua entre os pacientes;
Ações clínicas da consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar consulta de enfermagem no domicílio, quando necessário; - Realizar consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e encaminhamentos, de acordo com as disposições legais da profissão; - Manter a prescrição médica dos indivíduos com diabetes e/ou HAS sem apresentação de queixas ou alterações, na ausência do médico e mediante a apresentação da receita, por no máximo 24 horas (Resolução do COFEN nº 281/2003); - Ser coerente com os princípios do SUS e do PSF: co-responsabilização e estabelecimento de vínculo, integralidade e humanização no cuidado; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de consulta de enfermagem; - Realização de visitas domiciliares; - Coerência com os princípios citados;
Ações de planejamento e organização da consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Ser coerente com os princípios do SUS e do PSF: trabalho em equipe, intersetorialidade, territorialização; - Alimentar e utilizar as informações disponíveis: SIS, prontuários, etc; - Fazer a busca ativa dos faltosos às consultas e atividades programadas, bem como de todas as pessoas com HAS da área de abrangência e rastrear aquelas com fatores de risco; 	<ul style="list-style-type: none"> - Coerência com os princípios citados; - Planejamento e organização das atividades com o auxílio das informações disponíveis; - Realização de busca ativa;

INTERVENÇÃO: a consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nas UBS do município de Belo Horizonte

OBJETIVO: avaliar o trabalho do enfermeiro nas UBS no que se refere à consulta de enfermagem nas ações programáticas desenvolvidas

Componentes	Atividades	Produtos
Ações educativas da consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Promover atividades educativas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de atividades educativas;
Ações clínicas da consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermagem e prescrição de medicamentos básicos, estabelecidos pelas normas da SMSA/BH, e 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da consulta de enfermagem;

	previstos na lei de exercício profissional; - Promover visitas domiciliares às crianças de risco, quando necessário;	- Realização de visitas domiciliares, quando necessário;
Ações de planejamento e organização da consulta	- Trabalho em equipe; - Registrar a ação no formulário de produção.	- Trabalhar em equipe; - Fazer o registro das atividades nos instrumentos adequados;

INTERVENÇÃO: a consulta de enfermagem na prevenção e controle do câncer do colo de útero nas UBS do município de Belo Horizonte;

OBJETIVO: avaliar o trabalho do enfermeiro nas UBS no que se refere à consulta de enfermagem nas ações programáticas desenvolvidas;

Componentes	Atividades	Produtos
Ações educativas da consulta	- Desenvolver atividades educativas individuais;	- Realização de atividades educativas;
Ações clínicas da consulta	- Realizar exame especular, coleta de material para exame citopatológico do colo uterino e teste de Schiller; - Encaminhar para avaliação médica as mulheres com alterações identificadas ao exame especular, resultado da citologia positiva e Schiller positivo; - Realizar visita domiciliar quando necessário. - Ser coerente com os princípios do SUS e do PSF: estabelecimento de vínculo, humanização, integralidade e resolutividade;	- Realização da consulta de enfermagem e exame especular; - Realização de visitas domiciliares, quando necessário;
Ações de planejamento e organização da consulta	- Supervisionar a realização de busca ativa das mulheres que não estejam realizando seus exames preventivos de rotina e das mulheres com exames alterados ou patologias do colo uterino; - Planejar e programar as ações de controle do câncer do colo do útero, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade; - Trabalhar em equipe;	- Realização de busca ativa das mulheres; - Trabalho em equipe; - Atividades programadas respeitando o princípio da equidade;

INTERVENÇÃO: a consulta de enfermagem na assistência pré-natal nas UBS do município de Belo Horizonte

OBJETIVO: avaliar o trabalho do enfermeiro nas UBS no que se refere à consulta de enfermagem nas ações programáticas desenvolvidas

Componentes	Atividades	Produtos
Ações educativas da consulta	- Executar atividades educativas;	- Realização de atividades educativas;
Ações clínicas da consulta	- Realizar consultas de pré-natal às gestantes de baixo risco, de maneira intercalada; prescrever o cuidado de enfermagem e medicações; solicitar exames complementares (laboratoriais e US);	- Realização da consulta de enfermagem a gestantes de baixo risco; - Realização de visitas

	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas domiciliares; - Realizar avaliação do 5º. dia a puérpera e ao recém-nascido; 	<ul style="list-style-type: none"> domiciliares, quando necessário; - Realização de avaliação do 5º dia;
Ações de planejamento e organização da consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a captação precoce da gestante, cadastro e agendamento imediato da primeira consulta; - Monitorar pacientes faltosas á consulta de pré-natal ou de puerpério para posterior busca; - Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição; 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer captação e busca ativa de gestantes; - Fazer o registro das atividades nos instrumentos adequados;

Fatores influenciadores de todos os modelos lógicos: disponibilidade do profissional na unidade, interesse do usuário na atividade, necessidades da população-alvo, planejamento e programação da equipe para realização da atividade.

Fonte: elaboração própria, 2011.

4.2 O trabalho do enfermeiro nas ações programáticas

4.2.1 Utilização da consulta de enfermagem e ações programáticas

O quantitativo de entrevistados que participaram da pesquisa foi de 674 usuários que se distribuíram proporcionalmente entre as unidades de saúde participantes. As UBS tiveram uma média de 9% do total de entrevistados, cada uma. Com exceção de duas unidades, UBS 1 e 6, que tiveram um percentual em torno dos 13% cada uma.

O perfil dos usuários nas diferentes unidades não se difere muito, nos levando a fazer uma descrição geral do perfil das pessoas que utilizam os centros de saúde do município de Belo Horizonte. Destaca-se que, em 73% dos questionários, o respondente foi o próprio usuário e, em 26,6% o acompanhante.

Quanto ao gênero, em torno de 75% dos entrevistados pertencem ao sexo feminino. Quanto à faixa etária, observa-se uma concentração de 21 a 50 anos de idade, representando um percentual arredondado de 60% em todas as UBS. Os

idosos, acima de 60 anos, representam de 10 a 15 %, aproximadamente, dos usuários que utilizam esses serviços. A UBS 9 se caracterizou de maneira singular, pois a população de 21 a 50 anos se restringiu a 40% e a de idosos alcançaram 30%.

Houve um predomínio da renda familiar de até 1245,00 reais (menos que três salários mínimos), representando um percentual médio entre as UBS de 71%. Novamente, apenas a UBS 9 apresentou resultados diferentes, de 50% nessa mesma faixa de renda familiar e de quase 20% na faixa de renda familiar acima de 2076,00 reais (cinco salários mínimos). Quanto à escolaridade, o padrão prevaleceu o mesmo entre as UBS: a maioria dos informantes não completou o ensino fundamental. Em seguida, apareceram daqueles que concluíram o ensino médio. A proporção de pessoas que tem o ensino superior foi mínima, salvo na UBS 9, em que o percentual foi de 7%.

A empregabilidade dos respondentes não variou. Em todas as unidades, houve preponderância de pessoas empregadas ou subempregadas, representando em torno de 40 a 50% da amostra. Apenas na UBS 4, esse percentual subiu para mais de 65%. A UBS 9 se destacou pelo percentual de inativos (30%). Da parcela de usuários que trabalham, praticamente todos o fazem em BH. Outro dado relevante é que a maioria quase absoluta reside no município. Em todas as unidades, mais de 65% dos entrevistados não possuem plano de saúde.

Para uma melhor compreensão e visualização dos resultados apresentados, os mesmos foram compilados na TAB. 1.

TABELA 1 – Perfil dos usuários de acordo com as informações socioeconômicas declaradas, por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008

VARIÁ- VEIS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS 7	UBS 8	UBS 9	UBS 10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
SEXO										
Feminino	74,7	78,3	84,1	77,8	73,3	69,2	73,4	80,6	80,3	71,4
Masculino	25,3	21,7	15,9	22,2	26,7	30,8	26,6	19,4	19,7	28,6
IDADE										
11 a 20	11,5	08,3	7,9	14,3	10,0	08,8	06,3	09,7	13,1	17,5
21 a 30	32,2	25,0	34,9	33,3	26,6	24,2	26,6	17,7	11,5	25,3
31 a 40	18,4	26,7	15,9	13,3	33,3	19,8	25,0	19,4	09,8	15,9
41 a 50	13,8	18,3	09,5	20,6	13,4	18,7	14,1	24,1	19,7	15,9
51 a 60	08,0	11,7	20,6	07,9	10,0	14,3	17,1	12,9	16,4	14,3
61 a 70	11,5	05,0	07,9	04,8	03,4	14,3	09,4	08,1	18,0	07,9
+ de 71	04,6	05,0	03,2	06,3	03,4	-	01,5	08,1	11,5	03,2
RENDA FAMILIA										
Até 1 SM*	20,7	13,3	17,5	19,0	15,0	09,9	14,1	21,0	11,5	22,2
+1 a 3 SM*	48,3	63,3	54,0	68,3	56,7	57,1	57,8	56,5	39,3	47,6
+3 a 5 SM*	12,6	18,3	19,0	06,3	11,7	11,0	15,6	16,0	24,6	14,3
+5 SM*	05,7	03,3	04,8	03,2	08,3	09,9	-	-	18,0	03,3
S/ renda	01,2	-	01,6	-	-	12,1	03,1	-	-	06,3
Não declarada	11,5	01,8	03,2	03,2	08,3	-	09,4	06,5	06,6	06,3
ESCOLARIDADE										
S/ escolaridade	10,3	05,0	06,3	07,9	01,7	03,3	07,8	04,8	08,2	04,8
Fund. Incomp.	46,0	38,3	36,5	44,4	36,7	28,6	35,9	43,5	42,6	52,4
Fund.I Comp.	06,9	11,7	09,5	14,3	08,3	15,4	17,2	17,7	08,2	14,3
Médio Incomp.	08,0	05,0	11,1	11,1	18,3	17,6	04,7	08,2	09,8	07,8
Médio Comp.	27,6	28,3	33,3	20,6	31,7	29,7	32,8	25,8	24,6	15,9
Superior	01,2	11,7	03,2	01,6	03,3	05,5	01,6	-	06,6	04,8
EMPREGO										
Empregado	24,2	23,3	28,6	52,4	28,3	26,3	20,3	33,9	26,2	31,7
Subempregado	14,9	21,7	20,6	14,3	11,7	11,7	21,9	09,6	16,4	19,0
Sem renda	40,2	41,7	38,1	20,6	41,7	37,4	34,4	33,9	27,9	35,0
Inativo	20,7	13,3	12,7	12,7	18,3	17,6	23,4	22,6	29,5	14,3
RESIDE										
BH	98,9	100	100	100	100	100	100	100	98,4	100
Fora de BH	01,1	-	-	-	-	-	-	-	01,6	-
TRABALHA										
BH	32,2	41,7	39,7	63,5	40,0	45,1	34,4	35,5	37,7	44,4
Fora de BH	06,9	03,3	03,2	01,6	01,7	-	03,1	04,8	-	01,6
Não aplica	60,9	55,0	57,1	34,9	58,3	54,9	62,5	59,7	62,3	54,0
PLANO DE SAÚDE										

Sim, todos	05,7	01,7	01,6	01,6	03,3	05,5	07,8	01,6	08,2	03,2
Sim, alguns	28,7	25,0	22,2	22,2	26,7	29,7	25,0	21,0	26,2	20,6
Não	65,6	73,3	76,2	76,2	70,0	64,8	67,2	77,4	65,6	76,2
Total	100									

Fonte: Banco de dados do *survey* da pesquisa Av.AB/BH, 2008.

Nota: * SM = salário mínimo. O salário mínimo vigente no período de coleta era de quatrocentos e quinze reais (R\$ 415,00).

Os resultados mostraram uma hegemonia de três do total de problemas de saúde referidos pelos entrevistados no momento da coleta de dados. Em todas as unidades de saúde, os três problemas mais citados concentraram-se em consultas de retorno, afecções leves ou ações programáticas/controle de agravos. As ações programáticas/controle de agravos aparecem em primeiro lugar somente em dois serviços (UBS 1 e 5). Afecções agudas leves e retorno ficam empatados, mantendo-se, no primeiro lugar, em quatro UBS, cada um dos problemas. As UBS 2, 4, 6, e 7 tiveram afecções leves como principal problema de saúde declarado. As UBS 3, 8, 9 e 10 tiveram, como principal problema de saúde citado, o retorno. Na UBS 6, apesar de ações programáticas/controle de agravos ocuparem o segundo lugar entre os três problemas citados, há um percentual de mais de trinta por cento para o problema de saúde citado. As unidades que tiveram um menor percentual de utilização por problemas relacionados a ações programáticas/controle de agravos foram as UBS 3 e 9 (TAB. 2).

TABELA 2 – Distribuição do problema de saúde declarado pelo usuário, por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008

PROBLEMAS DE SAÚDE	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS 7	UBS 8	UBS 9	UBS 10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Retorno	26,4	26,7	58,7	25,4	35,0	20,8	32,8	37,1	55,7	38,1
Afecções leves*	31,2	38,3	22,2	36,5	26,7	34,1	37,5	30,6	18,0	25,4
Ações programáticas/Controle de agravos**	39,1	26,7	17,5	25,4	36,7	30,8	23,4	24,2	19,8	25,4
Afecções moderadas a graves***	01,1	01,6	01,6	09,5	01,7	06,6	04,7	01,7	03,3	07,9
Acidente/ Lesão/ Gravidez alto risco	01,1	06,7	-	03,2	-	02,2	01,6	03,2	01,6	03,2
Outros	01,1	-	-	-	-	05,5	-	03,2	01,6	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Banco de dados do *survey* da pesquisa Av.AB/BH, 2008.

Nota: *Gripes, amigdalites, dermatite, bronquites leves, tosse, febre, conjutivite, dor lombar, vômito, diarréia, dor de estômago, dor no corpo, dor de dente;
 ** Tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, doença de chagas, prevenção de câncer, hipertensão, vacinação, pré-natal, puericultura, ação educativa, outros.
 *** Crises asmáticas, pico hipertensivo, cardiopatias, infecção urinária, cólica renal, sintomatologia de infarto, abscesso dentário, DPOC, tumor/câncer.

Quando o tipo de atendimento utilizado pelo usuário pode-se perceber que, em todas as unidades, a consulta médica foi o mais utilizado. Esse procedimento manteve-se com um percentual de mais de 43% em todas as UBSs. As unidades 3, 4 e 7 ficaram com os mais elevados percentuais de utilização da consulta médica e as unidades 2, 6 e 8, com os menores. Os procedimentos de enfermagem de nível médio foram, na maior parte deles, em oito centros de saúde, o segundo tipo de atendimento mais utilizado. As consultas de enfermagem apareceram em um patamar muito baixo. Em duas unidades, elas não chegaram a ser utilizadas (UBS 5 e 9) e, em cinco delas, não ultrapassou o percentil quatro (UBS 1,3,4,7 e 10). Apenas nas UBS 2, 6 e 8 foi atingido um percentual um pouco mais perceptível, porém ainda muito incipiente, de 11,1%, 6,8% e 7,4%, respectivamente (TAB. 3).

As unidades que apresentaram os maiores percentuais de utilização de consulta de enfermagem foram exatamente as mesmas unidades que apresentaram os menores percentuais de utilização da consulta médica, ou seja, UBS 2, 6 e 8.

TABELA 3 – Distribuição do tipo de atendimento utilizado pelo usuário, por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008

TIPO ATENDIMENTO	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS 7	UBS 8	UBS 9	UBS 10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Consulta médica	47,0	44,4	59,2	58,2	48,7	45,8	61,0	43,2	50,0	52,5
Acolhimento	12,0	19,7	9,9	19,0	20,5	19,5	16,9	22,2	09,7	22,5
Procedimentos de Enfermagem	33,0	24,7	21,1	17,7	21,8	24,6	16,9	24,7	27,8	15,0
Consultas de Enfermagem	04,0	11,1	03,7	03,8		06,8	01,3	07,4		02,5
Consulta/procedimentos Odontológicos	03,0	-	06,3	01,3	03,8	-	03,9	02,5	11,1	06,3
Outros	01,0	-	-	-	05,1	03,4	-	-	01,4	06,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Banco de dados do survey da pesquisa Av.AB/BH, 2008.

No momento em que se analisou o tipo de atendimento utilizado, apenas na parcela que respondeu como problema de saúde 'ações programáticas/ controle de agravos' pode-se perceber que algumas unidades, já identificadas com os percentuais mais altos de utilização de consulta de enfermagem, não mantiveram os índices. O que pode ser visualizado na TAB. 4 é que a UBS 8 não realizou nenhuma consulta de enfermagem àqueles usuários com problemas de 'ações programáticas/ controle de agravos'. A UBS 2 mantém-se como o percentual mais alto (11,1%). As UBS 3 e 6 aparecem com percentuais importantes de 8,3 e 9,7, respectivamente. Com índices nulos por não realizarem nenhuma consulta de enfermagem aos usuários que declararam, como motivo de procura, ações programáticas/ controle de agravos, encontram-se as UBS 5, 7, 8 e 9. Algumas delas, como a UBS 5 e 9 já haviam sido identificadas anteriormente sem nenhuma utilização da consulta de enfermagem.

TABELA 4 – Distribuição do tipo de atendimento utilizado pelos usuários que declararam como problema de saúde 'ações programáticas/ controle de agravos', por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008

TIPO ATENDIMEN TO	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS 7	UBS 8	UBS 9	UBS 10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Consulta médica	26,5	38,9	16,7	35,3	33,3	16,1	18,8	40,0	36,4	47,2
Acolhimento	-	05,6	08,3	-	08,3	03,2	06,2	-	-	05,8
Procedimentos Enfermagem	67,6	44,4	66,7	47,1	54,2	64,5	75,0	60,0	63,6	41,2
Consultas de Enfermagem	05,9	11,1	08,3	05,9	■	09,7	■	■	■	05,8
Consulta/ procedimentos Odontológicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros	-	-	-	11,7	04,2	06,5	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Banco de dados do survey da pesquisa Av.AB/BH, 2008.

As situações ou atendimentos mais respondidos pelo usuário como motivo de procura dos centros de saúde de Belo Horizonte foram, em todas as unidades analisadas, consultas médicas e exames. Em segundo lugar, oscilaram as situações de vacinação, busca de medicação prescrita e ações programáticas, também em todas as unidades. As outras situações ou atendimentos foram pouco

mencionados pelos entrevistados (TAB. 5). Os percentuais de ações programáticas/controle de agravos, como problema de saúde declarado no momento da entrevista, foram maiores em praticamente todas as unidades quando comparados aos percentuais de ações programáticas como motivo de procura pelo serviço; exceto na UBS 3 em que o percentual aumenta de 17,5% para 22,8%.

Na TAB. 5, podemos perceber que os usuários das UBS 1, 2, 3 e 8 informaram que procuram mais os centros de saúde para participar de atividades como realização de preventivo do Câncer do Colo do Útero, acompanhamento de hipertensão e diabetes, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, atividades educativas e acompanhamento pré-natal. As unidades 5 e 10 tiveram o menor percentual de usuários que procuram o CS nessas situações de busca por ações programáticas.

TABELA 5 – Distribuição das situações de procura declaradas pelo usuário, por UBS investigada - Belo Horizonte, 2008

SITUAÇÕES DE PROCURA	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS 7	UBS 8	UBS 9	UBS 10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Consultas e exames de rotina	26,9	25,0	26,3	28,2	27,5	26,6	29,9	28,7	22,3	29,2
Ações Programáticas	25,8	23,1	22,8	20,3	14,8	18,0	19,1	23,8	19,2	14,5
Pegar medicação prescrita	21,2	23,0	20,2	23,2	20,1	23,2	23,6	22,6	21,2	23,1
Vacinação	20,8	20,6	20,6	17,9	24,3	20,4	19,7	15,5	19,7	22,6
Solicitar encaminhamento	02,9	07,3	07,0	04,4	07,4	08,6	03,8	07,2	05,1	03,0
Tratamento odontológico	02,0	0,50	03,1	05,8	05,8	01,7	03,8	02,2	07,1	07,0
Conselho Local de Saúde	0,40	0,50	-	0,50	-	0,4	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Banco de dados do *survey* da pesquisa Av.AB/BH, 2008.

Verifica-se que, das unidades que possuem uma maior procura por atividades de ações programáticas e controle de agravos, UBS 1, 2, 3 e 8, apenas as unidades 2 e 8 apresentaram bons índices de utilização da consulta do enfermeiro. As UBS 5 e 10, com os mais baixos percentuais de demanda por ações programáticas/controle de agravos, reproduzem seus baixos números quando se

analisa a oferta através das atividades utilizadas. A UBS 10 apresenta uma percentil equivalente a 2,5 e a UBS 5 não apresenta utilização da consulta do enfermeiro.

4.2.2 Oferta da consulta de enfermagem e ações programáticas

Os principais achados dessa etapa referem-se à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de consultas de enfermagem nas ações programáticas destinadas à atenção à saúde da população da área de abrangência das UBS, relacionando-se, então, com a oferta desses serviços e com o comparativo entre o que é produzido e o que é previsto para o trabalho do enfermeiro. Os resultados expressam o número de consultas de enfermagem realizadas, principalmente nos programas de saúde analisados das quatro clínicas básicas – clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia - bem como a comparação desses dados ao montante de consultas produzido pelas equipes de saúde da família e de apoio e também ao número de consultas de enfermagem programadas de acordo com os parâmetros da PROGRAB (BRASIL, 2006).

A população total cadastrada em cada serviço foi variada. A média foi de 11250 pessoas cadastradas por unidade, com o desvio-padrão de 3648 e a mediana de 11015. Considerando que o município conta hoje com 544 ESF distribuídas em 147 centros de saúde (BELO HORIZONTE, 2010), tem-se uma média de, aproximadamente, quatro equipes para cada centro de saúde. Então, a média de população cadastrada para cada equipe de saúde é de, aproximadamente, 3000 pessoas, de acordo com o cadastro populacional que deve ser atualizado mensalmente pelas equipes. Essa média está dentro do recomendado pelo MS, de acordo com a portaria 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

O parâmetro assistencial de cobertura ambulatorial do Ministério da Saúde para atividades relacionadas às consultas médicas na AB é de 2 a 3 por habitante/ano; para atividades relacionadas aos atendimentos de outros profissionais de nível superior, incluindo o enfermeiro, é de 0,5 a 1 por habitante/ano (BRASIL, 2001). Considerando o limite mínimo recomendado das coberturas, verifica-se que o número de consultas de enfermagem deve ficar próximo de 25% do

número de consultas médicas na atenção básica. Ou seja, a relação, a partir da cobertura, para esses atendimentos deve ser de 1 consulta de enfermagem para cada 4 consultas médicas realizadas.

Nos resultados, verificou-se que o número de consultas de enfermagem foi menor que o número de consultas médicas em todas as UBS. A consulta de enfermagem correspondeu a um percentual variado, de 7,6% a 40,9%, entre o total de consultas realizadas pelas ESF. Apresentou uma média de 21,6%, mediana de 19,9% e desvio-padrão de 11,4%. No entanto, constatou-se que, nas UBS 2, 3, 8 e 9, a diferença entre o percentual das consultas ficou acima do mínimo estimado e, nas UBS 1, 4, 5, 6, 7 e 10, ficou abaixo. É preciso ressaltar que esse comparativo não leva em consideração a cobertura e que somente a considera para calcular a proporcionalidade de consultas entre os profissionais de nível superior da equipe. Não houve uma coerência entre o número de habitantes cadastrados no PSF, por UBS, e o total de consultas realizadas, nem pela ESF nem pelo enfermeiro (GRAF. 1).

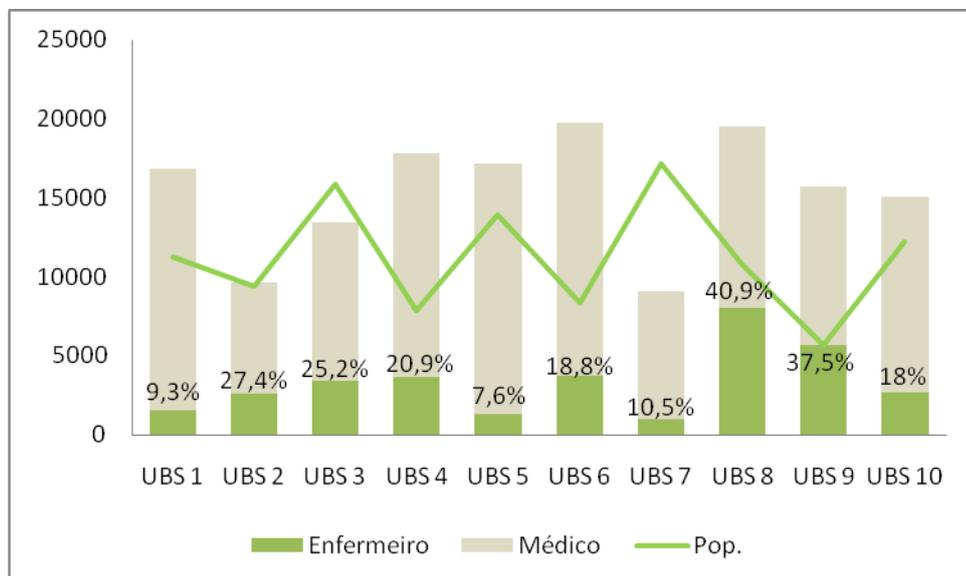


GRÁFICO 1 – População cadastrada no PSF e percentual de consultas de enfermagem em relação ao total de consultas da ESF, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH.

Nota: Pop.: população cadastrada da área de abrangência da UBS.

Conforme citado, a cobertura estimada para atendimentos de outros profissionais de nível superior é de 0,5 a 1,0 por habitante/ano (BRASIL, 2001). A cobertura de consulta de enfermagem por habitante/ano variou entre 0,14 e 0,99. As unidades 8 e 9 tiveram as melhores coberturas, ficando com 0,74 e 0,99, respectivamente. As menores foram de 0,06, 0,09 e 0,14, das UBS 7, 5 e 1, respectivamente. Porém, percebeu-se que as cinco UBS que apresentaram o menor número de usuários ocasionalmente tiveram as maiores coberturas de consulta de enfermagem. Conseqüentemente, as outras cinco unidades, com uma população de abrangência maior, ficaram com as piores coberturas. Isso nos faz entender que o número excessivo de cadastros das UBS possa ser um dificultador do trabalho do enfermeiro nas UBS, interferindo negativamente no modo de organizar a produção dos serviços (TAB. 6).

TABELA 6 – Cobertura* de consultas do enfermeiro, do médico generalista e da ESF, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

PROFISSIONAL DE SAÚDE	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS7	UBS 8	UBS 9	UBS 10
	Hab./ano	Hab./ano	Hab./ano	Hab./ano	Hab./ano	Hab./ano	Hab./ano	Hab./ano	Hab./ano	Hab./ano
Enfermeiro	0,14	0,28	0,21	0,47	0,09	0,45	0,06	0,74	0,99	0,22
Med Generalista	1,36	0,74	0,63	1,80	1,14	1,93	0,47	1,07	1,77	1,01
ESF	1,50	1,02	0,84	2,25	1,23	2,37	0,53	1,81	2,65	1,23

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH

Nota: *Cobertura: é um parâmetro destinado a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população. Ela foi calculada da seguinte maneira: número de consultas dividido pela população cadastrada da área de abrangência.

As recomendações da secretaria municipal de saúde são que os atendimentos devem ser distribuídos de maneira que concentrem 25% das atividades para a demanda espontânea e 75% para a demanda programada (BELO HORIZONTE, 2008). Do total de consultas de enfermagem realizadas em cada unidade, analisou-se a sua distribuição de acordo com o motivo de consulta. Percebeu-se que houve uma distribuição desigual entre os agrupamentos: 'ações programáticas', 'afecções agudas' e 'outras demandas'. Nas UBS 1, 7 e 10, o percentual de consultas em ações programáticas ficou no primeiro lugar no *ranking*, correspondendo a um percentual de 68, 63 e 43, respectivamente, do total de

consultas de enfermagem realizadas pelas equipes de SF. Em algumas unidades, a consulta de enfermagem em ações programáticas foi pouco produzida, ocupando, do total das CE, apenas 14% na UBS 9, 15% na UBS 8, 16% na UBS 6 e 20% na UBS 2. Nos outros serviços, as consultas de enfermagem ocuparam um percentual de 37% (UBS 3 e 5) e 28% (UBS 4). Percebeu-se que a realidade das USB está bem distante daquilo que é recomendado (TAB. 7).

TABELA 7 – Percentual de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF, distribuídas de acordo com os agrupamentos* por motivo de atendimento, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Motivo do Atendimento	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS7	UBS 8	UBS 9	UBS10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ações programáticas**	67	20	37	28	37	16	63	15	15	43
Afecções agudas***	7	40	18	32	45	32	6	43	27	25
Outras demandas****	26	40	45	40	18	52	31	42	58	32
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH

Nota: *Os agrupamentos foram formados segundo o motivo de atendimento registrado pelo profissional no sistema de informação;

**Ações programáticas: motivos de atendimento - motivos de atendimento: puericultura, tuberculose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, DST, puerpério, pré-natal, coleta de exame citopatológico e planejamento familiar;

***Afecções agudas: motivos de atendimento – doença respiratória, diarreia aguda, parasitose intestinal, infecção do trato urinário, doença de pele e anexos, doença do aparelho geniturinário, doença do aparelho gastrointestinal, doença inflamatória da vagina/ colo, distúrbio da mama, doença reumática, neoplasia;

****Outras demandas: outros, idoso independente, semi-dependente e dependente, negligencia/ maus tratos/ violência, vulvopatía reumática, climatério, portador de deficiência física, alcoolismo, epilepsia, convalescência de AVC, convalescência de infarto.

No motivo de consulta por ações programáticas, a participação do enfermeiro no total de consultas realizadas pela UBS, incluindo a ESF e a equipe de apoio, foi em média de 13,27% entre os centros de saúde do estudo, com um desvio-padrão de 2,97% e uma mediana de 12,35% . Com essa pequena variação na participação do enfermeiro, pode-se pensar que o seu trabalho segue uma linearidade – porém, baixa - quando analisado em ações programáticas.(GRAF. 2). Ao contrário, quando analisado na ótica do total de consultas de enfermagem na UBS, demonstrou uma irregularidade muito grande (desvio-padrão de 11,4%).

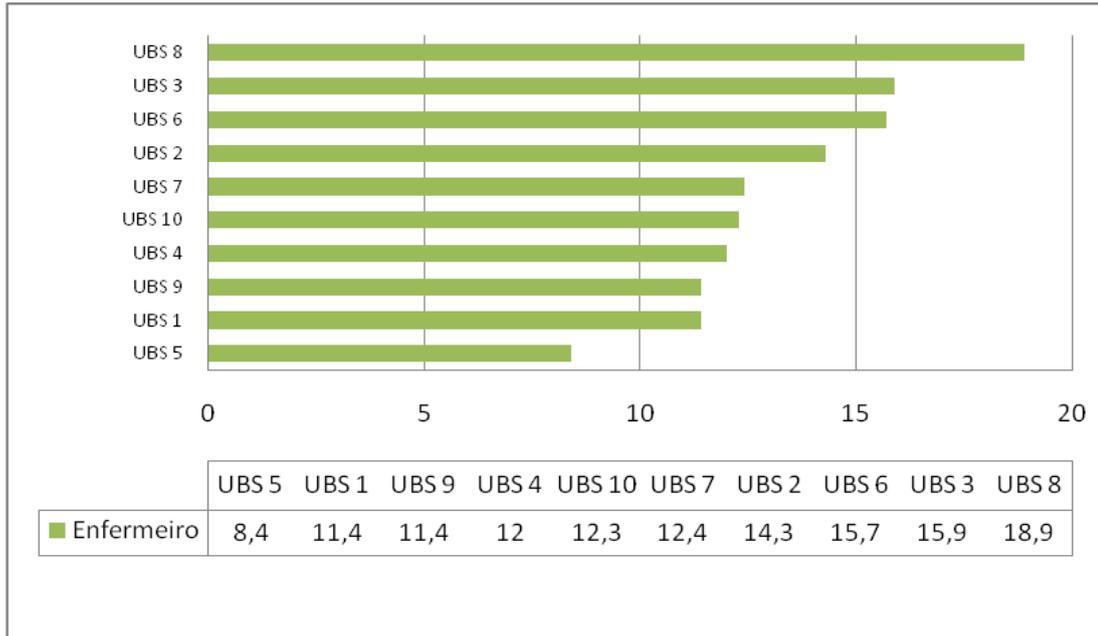


GRÁFICO 2 – Distribuição percentual de consultas de enfermagem realizadas pelas ESF em relação ao total de consultas da ESF, em ações programáticas, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH

A criança menor de um ano deve passar por, no mínimo, sete (100%) consultas de acompanhamento do CD, sendo, desse total, quatro (57%) com o enfermeiro, duas (29%) com o médico pediatra e uma (14%) com o médico generalista (Belo Horizonte, 2004). Na consulta de acompanhamento do CD em crianças menores de um ano, o enfermeiro participou das ações em todas as unidades básicas, contribuindo com um percentual mínimo de 9% (UBS 5) e um percentual máximo de 47,8% (UBS 3). Em uma visão geral, percebeu-se que houve uma supremacia da consulta do pediatra, que compõe a equipe de apoio. Entretanto, a UBS 3 foi a única em que a consulta de enfermagem nesse programa, de acompanhamento de CD, atingiu um valor mais elevado do que a consulta pediátrica. Já dentro da equipe de saúde da família, o enfermeiro contribuiu com grande parte das consultas realizadas às crianças no programa de puericultura. Somente nas UBS 5 e 9, esse resultado não foi alcançado. Porém, vale ressaltar que, em todas as unidades, o enfermeiro participou de menos de 50% das consultas e, na maior parte das UBS analisadas, a ESF também contribuiu com menos de 50% do total de consultas em acompanhamento do CD da criança (TAB. 8).

TABELA 8 – Percentuais de consultas de enfermagem, do médico generalista e do médico pediatra realizadas no acompanhamento do CD da criança menor de um ano, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Profissional	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS7	UBS 8	UBS 9	UBS10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Enfermeiro	26	28,6	47,8	39,1	9	31,8	11,9	33,7	13	20,3
Generalista	24,9	14,6	10,2	12,9	40,7	18,8	3,4	22	21,4	6,1
Pediatra	49	56,8	42	48	50,3	49,4	84,7	44,3	65,6	73,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH.

Nota: Parâmetro de avaliação – 57% para o enfermeiro, 14% para o generalista e 29% para o pediatra (BELO HORIZONTE, 2004).

No programa de assistência ao pré-natal, a SMSA/PBH espera que, do total de gestantes da área de abrangência, 85% delas sejam acompanhadas pela ESF por se tratar de pré-natal de baixo risco. Destas, metade, 42,5%, deveriam ser consultadas pelo enfermeiro e a outra metade, pelo generalista. Os 15% restantes devem ser encaminhados para o ginecologista da equipe de apoio ou para a referência de pré-natal de alto risco (BELO HORIZONTE, 2008b). Nos resultados, constatou-se que o enfermeiro realiza consultas em todas as unidades com uma variação entre 12 e 45% do total de consultas realizadas nos centros de saúde. Dessa vez, houve uma menor participação da equipe de apoio em alguns serviços, como se constatou nas UBS 1, 3, 9 e 10. Entretanto, em nove das dez UBS analisadas, a consulta de enfermagem ficou aquém da consulta do outro profissional de nível superior da equipe. Em cinco centros de saúde, o enfermeiro teve uma participação incipiente no total de consultas de pré-natal realizadas: UBS 5 (16,5%), UBS 6 (16,6%), UBS 7 (20,8%), UBS 8 (14,4%) e UBS 9 (12%). Em três unidades, a consulta de enfermagem teve um percentual moderado de 35% (UBS 1), 27,8% (UBS 2) e 35,4% (UBS 3). Somente em uma UBS, o percentual foi o esperado, 45% (UBS 10). Apesar de ter somente a consulta de enfermagem realizada pela ESF, a UBS 4 também apresentou um percentual baixo (14,6%) (TAB. 9).

TABELA 9 – Percentuais de consultas de enfermagem, do médico generalista e do médico ginecologista realizadas na assistência ao pré-natal, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Profissional	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS7	UBS 8	UBS 9	UBS10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Enfermeiro	35	27,8	35,4	14,6	16,1	16,6	20,8	14,4	12	45
Generalista	44,5	16,5	45,9	0,4	26,2	36,6	31	29,9	52,8	22
Ginecologista	20,5	55,7	18,7	85	57,6	50,3	48,2	55,7	35,3	33
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH.

Nota: Parâmetro de avaliação – 42,5% para o enfermeiro, 42,5% para o generalista, 15% para o ginecologista (BELO HORIZONTE, 2008b).

A coleta de material cérvico-uterino deve ser realizada pela ESF, dividindo-se a demanda entre o profissional enfermeiro (50%) e o médico generalista (50%). Os casos com alteração podem ser encaminhados ao ginecologista de apoio (BELO HORIZONTE, 2008c). Três unidades se destacaram na realização de consulta de enfermagem no programa de prevenção do câncer do colo de útero com os percentuais de 37,7% (UBS 2), 56,9% (UBS 7) e 39,7% (UBS 10), porém, como pode-se perceber, somente uma teve a participação do enfermeiro próxima do recomendado pela SMSA/BH, a UBS 7. As UBS 1, 4, 5 e 6 tiveram baixa participação de consultas de enfermagem nessa ação programática, o equivalente a 6,1%, 1,1%, 7,8% e 12,6%, respectivamente. As unidades 3, 9 e, principalmente, a 8 conseguiram manter uma maior uniformidade na distribuição das consultas entre os três profissionais de saúde abordados. Porém, foi nesse programa, de coleta de material cérvico-uterino, em que se constatou a maior participação da equipe de apoio, em média 65%, e a menor participação do enfermeiro, com uma média de 22% (TAB. 10).

TABELA 10 – Percentuais de consultas de enfermagem, do médico generalista e do médico ginecologista realizadas na prevenção do câncer do colo do útero, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Profissional	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS7	UBS 8	UBS 9	UBS10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Enfermeiro	6,1	37,7	17,6	1,1	7,8	12,6	56,9	23,6	20	39,7
Generalista	1	10,3	35,1	0	0	0	0,2	38,5	30,3	2,6
Ginecologista	85,3	52	47,3	98,9	92,2	87,4	42,9	37,9	49,7	57,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH.

Nota: Parâmetro de avaliação – 50% para o enfermeiro e 50% para o generalista (BELO HORIZONTE, 2008c).

Segundo a SMSA/BH, o hipertenso de baixo risco deve ser consultado, no período de um ano, no mínimo uma vez pelo enfermeiro (50%) e uma vez pelo médico generalista (50%) (Belo Horizonte, 2009). Os resultados evidenciaram que o hipertenso é acompanhado majoritariamente pela ESF, mas com mínima participação do enfermeiro por meio da consulta individual. O enfermeiro teve pouca participação no programa de saúde de acompanhamento do hipertenso. Os percentuais máximos de consulta de enfermagem atingidos foram de 15,4% (UBS 9) e 14,4% (UBS 8). No restante das unidades, a CE contribuiu com menos de 10% no total de consultas a esse grupo populacional. Entretanto, no acompanhamento do hipertenso, houve a maior participação da ESF de todas as ações programáticas analisadas e, conseqüentemente, uma menor participação da equipe de apoio (TAB. 11).

TABELA 11– Percentuais de consultas de enfermagem, do médico generalista e do clínico geral realizadas no acompanhamento do hipertenso, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Profissional	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
	UBS 1	UBS2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS7	UBS 8	UBS 9	UBS10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Enfermeiro	0,8	2,3	2,8	8,6	6,8	3,8	1,4	14,4	15,4	2,1
Generalista	75,6	96,3	97,2	66,3	74,8	94	88,1	80,1	59,7	61
Clínico Geral	23,7	1,5	0	25	18,4	2,2	10,5	5,6	24,9	36,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH.

Nota: Parâmetros de avaliação – 50% para o enfermeiro e 50% para o generalista (BELO HORIZONTE, 2009).

O GRAF. 3 demonstra a situação real e a programada, referente à consulta de enfermagem nas UBS do município de Belo Horizonte. Percebe-se que, na maioria das unidades analisadas, o comparativo das consultas efetivamente realizadas com aquelas programadas de acordo com a população local gera um saldo negativo, ou seja, de *déficit* no quantitativo final desse procedimento. A média de consultas de enfermagem que deveriam ser produzidas no período de um ano é de 10440 consultas. A média das consultas efetivamente produzidas ficou em 3359, um saldo negativo de aproximadamente 68%.

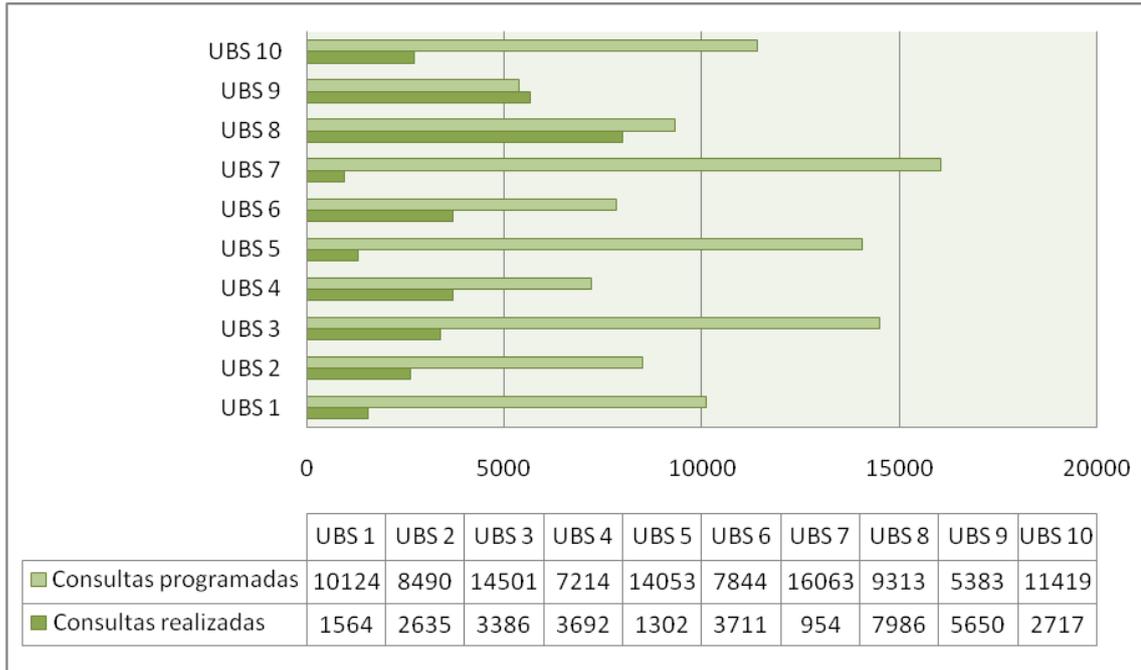


GRÁFICO 3 – Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH e software do PROGRAB.

Os resultados do comparativo entre as consultas realizadas e previstas por área programática estão apresentados no GRAF. 4 para o acompanhamento do CD da criança; no GRAF. 5, para assistência pré-natal; no GRAF. 6, para a prevenção do câncer do colo de útero e, por último, no GRAF. 7, para o acompanhamento do hipertenso.

A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança foi a única ação programática em que o enfermeiro realizou mais procedimentos do que aqueles previstos pelo MS. As UBS 3, 4 e 6 ultrapassaram o previsto em torno de 20%. As UBS 1, 8 e 10 realizaram um número muito acima do programado de acordo com a demanda local. Essas unidades chegaram a realizar quatro vezes mais o número de consultas previstas. Já as UBS 2, 5 e 7, ficaram aquém do que foi programado (GRAF. 4).

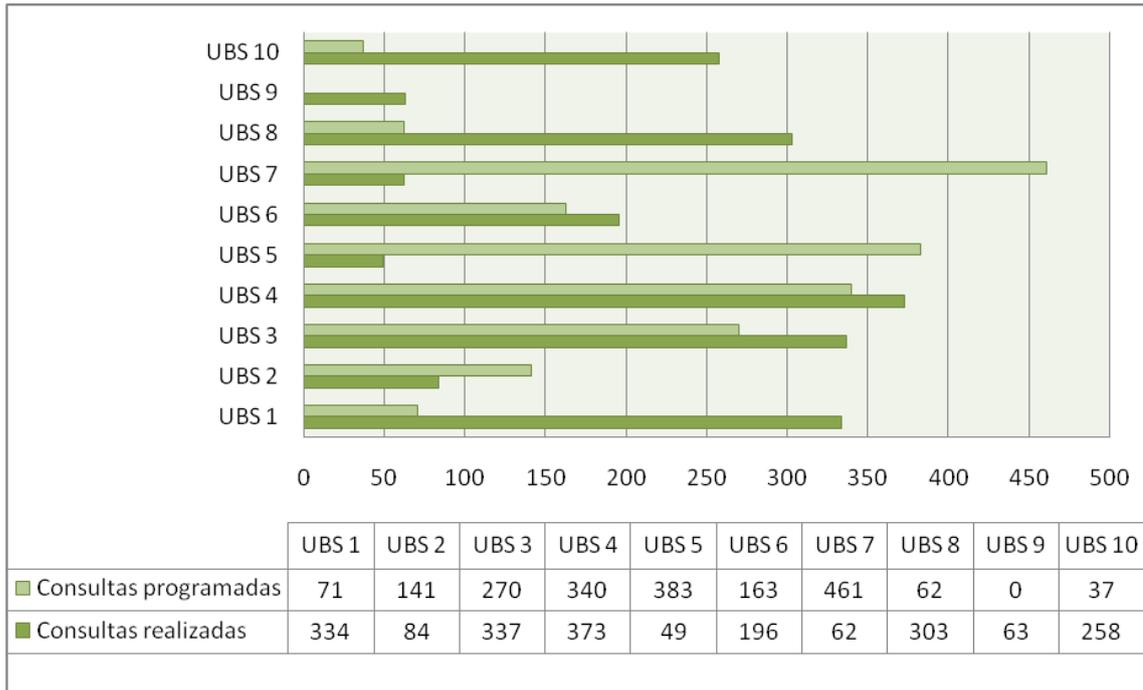


GRÁFICO 4 – Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas no acompanhamento do CD da criança menor de 1 ano, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH e software do PROGRAB.

Na assistência pré-natal não houve nenhuma UBS que realizou consulta de enfermagem além do previsto pelo PROGRAB. As unidades 1 e 10 foram as que mais se aproximaram da programação, realizando, em média, 85% dessa estimativa. Todas os outros centros de saúde permaneceram bem distantes dos números de consulta de enfermagem previstos para as gestantes da área de abrangência (GRAF. 5).

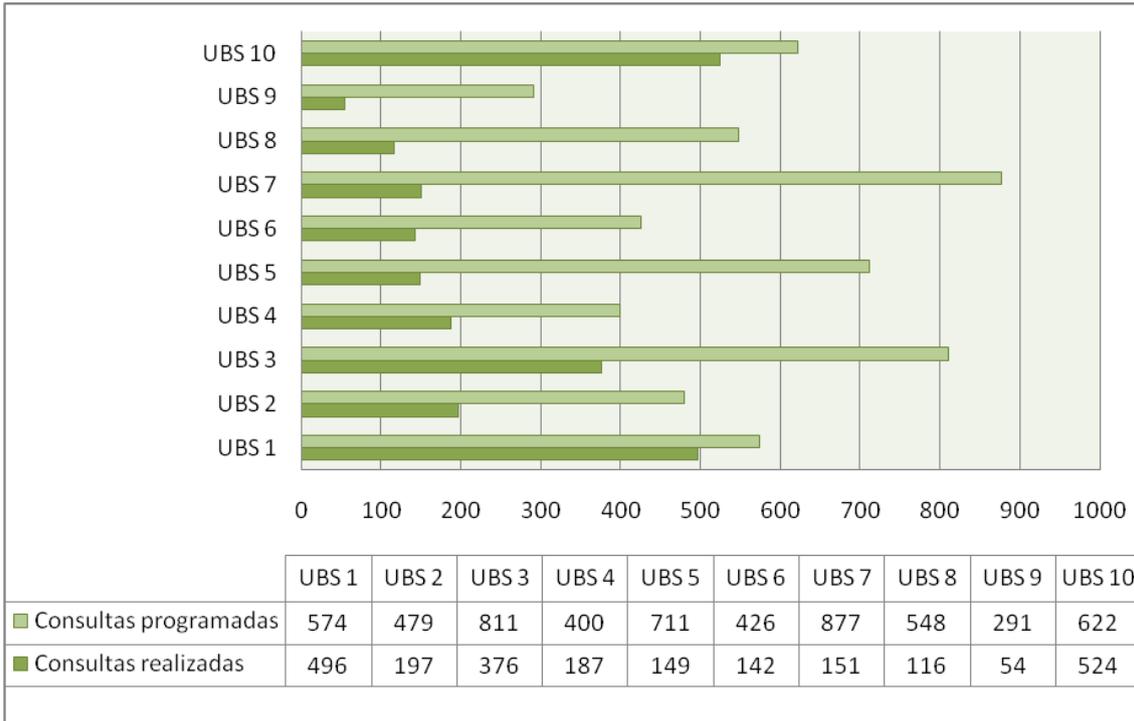


GRÁFICO 5 – Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas na assistência pré-natal, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH e software do PROGRAB.

As consultas de enfermagem realizadas no programa de prevenção do câncer de colo do útero ficaram, em todas as UBS, muito aquém do número de consultas previstas para essa ação programática. O número de consultas efetivamente produzidas, no período de um ano, pelas UBS fica próximo do que é previsto mensalmente para esses serviços, considerando a programação de acordo com a população local (GRAF. 6).

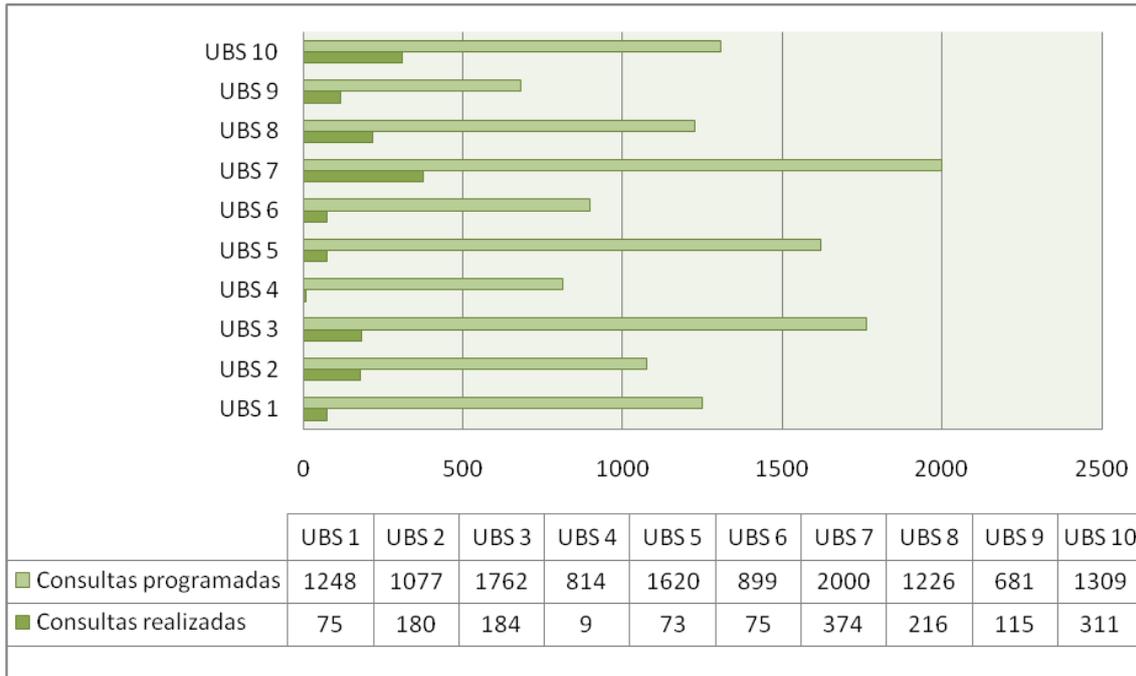


GRÁFICO 6 – Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas na prevenção do câncer do colo do útero, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH e software do PROGRAB.

O programa de acompanhamento do hipertenso, na área programática da saúde do adulto, foi aquele em que houve o menor número de consultas realizadas em relação ao previsto em seis das dez UBS analisadas. Entretanto, a UBS 9 se destacou, atingindo 58,2% do previsto nesse programa (GRAF. 7).

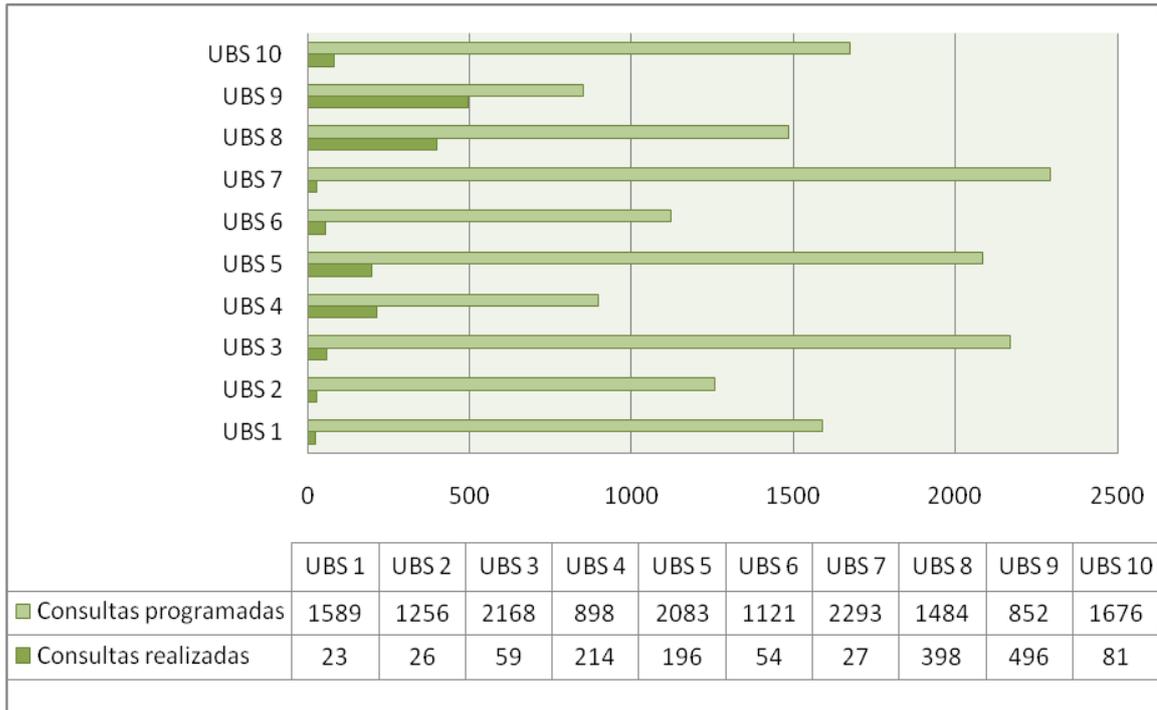


Gráfico 7 – Comparativo entre o total de consultas de enfermagem realizadas e programadas no acompanhamento do hipertenso, por UBS investigada - Belo Horizonte, Set/08 a Ago/09

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH e software do PROGRAB.

4.2.3 Organização da consulta de enfermagem e ações programáticas

Procura-se responder objetivamente às questões sobre a organização do trabalho do enfermeiro nas ações programáticas. As categorias que se apresentam foram extraídas dos depoimentos analisados:

1. *Convivência entre dois modelos assistenciais*: em muitas falas percebeu-se que a baixa utilização do serviço de AB por motivos de ações programáticas é justificada pela presença de modelos assistenciais divergentes, organizadores da prática em saúde. Houve a afirmação de que há uma supremacia do modelo médico-hegemônico, que leva o usuário a buscar por consultas médicas, em situações de doença e sofrimento, necessitando de intervenções imediatas. A dificuldade de incorporação de um novo modelo foi citada, porém sempre direcionando-se aos usuários. Em poucos momentos, os profissionais assumiram

uma resistência interna própria e dos serviços em mudar a lógica de organização dos mesmos. A busca incessante do usuário por medicamentos e exames de alta complexidade é entendida pelos profissionais como uma dificuldade de mudança no modo de orientação das práticas de saúde.

“[...] a pouca utilização de ações programáticas é a convivência de dois modelos ainda” (UBS 1, Transformador).

“Elas querem remédio para solucionar os problemas” (UBS 2, Esperança).

2. *Barreiras de acesso aos serviços*: a maior parte dos participantes negou que os serviços tenham alguma forma de barreira de acesso aos usuários que utilizam o serviço. Alguns, poucos, assumiram que apesar dos avanços alcançados pelo PSF o serviço continua com entraves na chamada “porta aberta” do SUS por meio da atenção básica. Porém as barreiras podem ser facilmente encontradas no decorrer do GF. Em algumas unidades de saúde verificou-se que a facilidade de agendamento de consultas para as ações programáticas tornou-se uma justificativa para a falta dos usuários. Eles chegam a considerar a existência de uma barreira de acesso como um facilitador na ‘adesão’ do usuário às atividades. Temos como exemplo a criação dos grupos de hipertensos e diabéticos com receitas vinculadas, também citados. Se o paciente faltar ao grupo, ficará sem a medicação e não conseguirá a mesma gratuitamente na farmácia do CS. Isso infere que o profissional pode estar mais preocupado em ter uma população que adere às atividades pela sua dificuldade de conquista do que pela sua qualidade de assistência. Outros indicativos de barreiras de acesso foram identificados como o horário restrito de acolhimento, demora para marcação de consultas especializadas, a priorização de atendimentos a partir da visão exclusivamente do profissional, sem levar em conta a necessidade do usuário

“(...) mas quando você abre as portas às pessoas não aparecem.” (Isabel, UBS1).

3. *A grande demanda de agudos*: pôde ser identificado em várias falas, que o serviço se organiza primordialmente para o atendimento a demanda espontânea por meio da consulta médica. Os profissionais se justificam dizendo que a demanda por esse tipo de atendimento é muito grande, permanece durante todo o

dia e põe em risco a realização outras atividade, de importância semelhante, como as ações programáticas, visitas domiciliares, capacitações, reuniões de equipe, planejamento das ações e avaliação do trabalho realizado. Segundo alguns profissionais, essa excessiva demanda gera uma sobrecarga de trabalho.

“Então, quando a gente fala que a demanda espontânea engole o PSF, engole.” (Maura, UBS 5).

4. *Os limites da profissão:* várias vezes citados nas falas dos participantes, os limites dos profissionais foram utilizados mais uma vez como justificativa da não organização do trabalho nas ações programáticas. O enfermeiro nesse momento aparece com destaque especial, se posicionando sempre em situação de defesa. Escondendo-se por detrás de legislações e normatizações, ele se justifica embasado nas restrições dos protocolos do município. Percebeu-se que o trabalho em equipe, mais uma vez se distancia da prática, pois cada profissional possui suas atribuições específicas, seus limites, mas em nenhum momento percebe-se a integração entre os profissionais para realização de atividades complementares e articuladas em prol ao cuidado com o usuários de forma integral.

“Eu acho que nós temos um limite” (UBS 1, Amigo).

5. *Estrutura física inadequada:* A oferta das ações programáticas pode está prejudicada por problemas estruturais das unidades de saúde, como falta de consultórios, número reduzido de equipes de saúde da família e equipes incompletas.

“Em alguns lugares, a área física também atrapalha, e muito!” (Maura, UBS 5).

6. *A forma de organização das ações programáticas:* Quando procurou-se entender como se dá a organização do trabalho do enfermeiro dentro das equipes de saúde da família verificou-se que os profissionais não conseguem perceber o seu verdadeiro papel dentro da estratégia, alguns chegaram a firmar que o trabalho do enfermeiro pode está prejudicado devido ao princípio básico da atenção básica: ser a porta de entrada do usuário no SUS, ao qual ele deveria ter uma facilidade de acesso.

“Eu não faço PSF. Pra mim é isso. Na minha unidade não existe PSF.” (Luz, UBS 4).

Para a mesma área de atenção a saúde, o trabalho do enfermeiro nas ações programáticas é realizado de maneira variada entre as unidades e entre equipes de uma mesma unidade, fato constatado por trechos das falas dos entrevistados, apresentadas a seguir. Os profissionais se referem aos protocolos como a base para a organização do atendimento, mas a interpretação nem sempre é a mesma.

“(...) o PSF lá não faz nada de consulta ginecológica, a gente também não faz preventivo e nem pré-natal. Nenhum dos três, senão não dá tempo.” (Luz, UBS 4).

“No CS... a gente faz o grupo de hipertenso, diabético, desnutrido, fazemos visitas domiciliares, as consultas de puericultura, ginecologia.” (Trabalhador, UBS 4).

A grande participação da equipe de apoio – médicos pediatras, ginecologistas e clínicos gerais, no atendimento da demanda por ações programáticas encontra-se entrelaçada ao número de atendimentos realizados pela equipe de SF considerando o número de usuários da área de abrangência. Os entrevistados deixam a entender que a partir do momento que há uma excessiva demanda por atendimentos imediatos ou agudos, os programas são transferidos para a responsabilidade dos médicos de apoio.

“(...) acontece que aquela demanda ocorre e você tem que atender. Então ela começa a ir para o apoio. Logo, o ginecologista que não era para fazer, começa a atender pré-natal(...). O pediatra que não era pra fazer as puericulturas (...), começa a fazer (...).” (Transformador, UBS1).

No atendimento de pré-natal percebeu-se algumas formas de organização do trabalho do enfermeiro bem distintas:

- Consultas alternadas entre o enfermeiro e o médico da equipe, somente;

“No pré-natal eu atendo a primeira e a segunda consulta, a terceira é com o médico e depois nós intercalamos” (Amigo, UBS1);

- O enfermeiro que não realiza consultas de pré-natal. As mesmas são realizadas pelos médicos generalistas ou ginecologistas, alternadas ou não;

“Não ocorre pré-natal alternado, o enfermeiro não faz (...).”

- Consultas alternadas entre o enfermeiro, o generalista e o ginecologistas;

“A nossa é a seguinte, a gente intercala a consulta, eu sou enfermeira, a primeira é minha, a outra do clínico e a outra do ginecologista, os três.” (União, UBS 8)

- Ou o enfermeiro realiza apenas a primeira consulta.

No atendimento da criança para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, encontramos menos variedades:

- O enfermeiro realiza a consulta intercalada com o médico generalista e o pediatra;

“(...) e a puericultura de acordo com a agenda da criança. (...) sendo o primeiro risco – pediatra, segundo risco – enfermeiro.” (Lino, UBS 2).

- O enfermeiro realiza a consulta intercalada apenas com o médico generalista;

“A puericultura, que antes eu fazia sozinho, a enfermeira vem entrando também.” (Carro, UBS 5)

- O enfermeiro realiza a consulta intercalada apenas com o médico pediatra;

“A agendo do pediatra é muito mais acessível que a minha e intercala o pediatra e a enfermeira” (Paulete, UBS 10)

- O enfermeiro não realiza consulta de puericultura, apenas o grupo;

“(...) ela [enfermeira] não fazia a puericultura, só fazia o grupo de desnutrido pra entregar leite.” (Transformador, UBS 1)

Quanto ao atendimento do hipertenso, a situação encontra-se ainda mais distante. Os atendimentos ainda são muito voltados para os grupos, somente. E, na maioria das vezes grupos operativos sem propósitos reais de educação em saúde.

- Tem consulta de enfermagem alternada com a consulta médica;

“De hipertensos?(...) Alternam, ou é comigo, ou é com a médica, mas depende do caso do hipertenso (...).” (Sol, UBS 9)

- Não tem consulta de enfermagem, o enfermeiro realiza apenas grupo;

“Hipertensão, nós fazemos um grupo toda semana e avaliamos os pacientes do grupo. Não fazemos consulta médica e nem de enfermagem.” (Amigo, UBS 1).

Nesse programa, apesar de ser realizado apenas o grupo operativo em várias equipes, percebeu-se que não há uma facilidade de organização dos mesmos, nem tampouco uma aderência da população alvo.

No exame preventivo do câncer do colo do útero observamos que as equipes se organizam de acordo com critérios internos estabelecidos pelas próprias equipes.

- O enfermeiro realiza a coleta de exame preventivo do câncer do colo do útero, somente;

“No preventivo, falta sistematicamente material para a coleta(...). Então, tem sido feito pelo enfermeiro” (Paulete, UBS 10)

- O enfermeiro realiza a coleta de exame preventivo do câncer do colo do útero de maneira intercalada com o generalista;

“Tem dois tipos de atendimento de preventivo (...). sem queixa é com o enfermeiro, somente, e eles aderem. E o preventivo com queixa com o médico e o enfermeiro (...).” (Estrela, UBS 8)

- O enfermeiro, praticamente não realiza a coleta de exame preventivo do câncer do colo do útero;

“O preventivo, eu[enfermeiro], o médico e o ginecologista colhemos. Mas eu e o médico temos o problema de sermos homem, então há pouca demanda, é um ou dois por mês. (...).” (Amigo, UBS 1).

Pode-se perceber pelas falas dos profissionais, que não há nenhum tipo de planejamento ou programação das atividades realizadas a fim de se adequarem as reais necessidades da população da área de abrangência. Entretanto conseguiu-se perceber que alguns profissionais de saúde entendam a importância desses instrumentos, mesmo que ainda não os utilizem.

5 *DISCUSSÃO*

Os protocolos de atenção à saúde do município de Belo Horizonte são instrumentos próprios, atuais e de fácil acesso, tanto aos profissionais quanto a comunidade em geral. Pode-se perceber que aqueles construídos mais recentes conseguiram incorporar no seu esboço uma abordagem mais ampla, complementando os assuntos de organização dos serviços a assuntos clínicos, tornando os instrumentos mais dinâmicos e abrangentes. O que possivelmente facilita o alcance de um dos objetivos de elaboração de instrumentos de trabalho: facilitar e tornar mais eficiente o processo de trabalho do enfermeiro (ATAKA; OLIVEIRA, 2007).

Em um estudo realizado no município de São Paulo, com enfermeiros de PSF, evidenciou que grande parte dos enfermeiros entrevistados utiliza os protocolos rotineiramente (ATAKA; OLIVEIRA, 2007). O que reforça a necessidade desses instrumentos serem constantemente atualizados e reformulados a fim de que possa ser seguramente apropriados pela classe profissional. Nesse mesmo estudo, verificou-se que os protocolos são mais utilizados durante as consultas de enfermagem. Nos analisados no presente estudo, percebeu-se que a maior parte das atribuições estavam atreladas ao caráter clínico do atendimento do enfermeiro, ou então, a maneira de organização e planejamento desses atendimentos, que são na maioria das vezes concretizados por meio da consulta de enfermagem.

Observou-se que nenhum dos instrumentos analisados apresenta soluções de atendimento para todas as patologias ou queixas possíveis do usuário, o que também foi encontrado no estudo de Ataka e Oliveira (2007). A tomada de decisão do enfermeiro em relação à conduta que será estabelecida para o cuidado com o usuário deverá levar em consideração as orientações do protocolo, bem como o julgamento subjetivo do enfermeiro, considerando seus próprios saberes e experiências (ATAKA; OLIVEIRA, 2007). A instrumentalização por meio do protocolo deve ser algo a servir para orientar a prática e não para defini-la rigidamente (WERNECK *et al.*, 2009). Pois sabe-se que nenhum protocolo conseguirá abordar todas as variedades encontradas durante o trabalho em saúde. E ainda que, a liberdade de posicionamento do enfermeiro frente ao seu objeto de intervenção, contribuirá com o fortalecimento da profissão como prática social.

Verificou-se que o enfermeiro possui atividades educativas, clínicas e/ou de planejamento e organização, na maioria das vezes coerentes com as diretrizes propostas pelo SUS, pela AB e pelo PSF, porém que trazem uma sensação de incompletude. Essa mesma necessidade de complementar as ações do enfermeiro foi observada em um estudo realizado em outro município, em que os enfermeiros relataram que suas ações precisavam ser complementadas por consultas médicas (ATAKA; OLIVEIRA, 2007). Isso nos infere duas contrariedades. Pode ser pela complementaridade das ações de diversos profissionais da ESF, coerentes com o trabalho de equipe multiprofissional proposto pela estratégia saúde da família. Ou, pode nos dizer a cerca de limitações nas atribuições do enfermeiro reforçando a manutenção de uma hierarquização vertical do saber, com predomínio das corporações médicas. Conformando um trabalho em equipe com ações justapostas ao invés de ações articuladas que colaborem com uma equipe integrada com interação dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Nos instrumentos analisados praticamente não foram encontradas citações sobre a prescrição detalhada de medicamentos, e sobre a solicitação de exames também ficou muito restrita, com exceção do protocolo de assistência pré-natal e puerpério. Os enfermeiros de PSF afirmam ter dúvidas com relação à medicação a ser prescrita e aos exames a ser solicitados (ATAKA; OLIVEIRA, 2007). Pode haver um desconhecimento na lei do exercício profissional do enfermeiro, regulamentada pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), mas também pode ser fruto de uma descrição muito inicial e resumida a cerca dessas regulamentações pelos municípios, fato evidenciado nos protocolos analisado pelo estudo.

Os protocolos de atenção à saúde representam um avanço para o enfermeiro na medida em que descrevem as atribuições específicas deste profissional no PSF, podendo ser entendido como um reconhecimento das políticas públicas da importância deste profissional na estratégia e na composição da equipe básica de saúde da família, aspecto importante na construção da sua autonomia. Pois a ausência de um papel específico gera limitações no exercício de uma prática autônoma (GOMES; OLIVEIRA, 2005b). Porém, as limitações encontradas nas atribuições do enfermeiro podem ser mais um impasse na conquista de uma maior autonomia profissional. Já que a identificação das relações estabelecidas nos

processos de trabalho é crucial na produção de conhecimentos e tecnologias em enfermagem, transformadoras da sua prática social.

A fragilidade do trabalho do enfermeiro é evidenciada na teoria, quando analisados os protocolos nas ações programáticas, visto que essas ações já deveriam estar bem estabelecidas, mesmo que apenas nos instrumentos orientadores. Os programas de saúde são atividades já desenvolvidas nas unidades de saúde, mesmo no período que antecede a reforma sanitária. Ela foi aprimorada para se enquadrar nos propósitos do SUS e no novo conceito de saúde a partir de então trabalhado. Porém, a sua essência veio do “sanitarismo campanhista”, ganhando atributos da epidemiologia e da vigilância à saúde (NEMES, 1993, 2000). No entanto, apesar de já ser uma prática esperadamente consolidada pelos serviços, percebeu-se que as atribuições do enfermeiro ainda são descritas de forma muito superficial.

Na prática dos serviços de saúde, confirmaram-se também algumas lacunas no trabalho do enfermeiro quando analisado pelas dimensões da utilização, oferta e organização da consulta de enfermagem nas ações programáticas.

De uma maneira geral, os resultados da pesquisa mostraram que a utilização das unidades básicas de saúde de Belo Horizonte possui usuários com perfil semelhante ao encontrado em outras localidades. A maior parte é mulher, possui baixa escolaridade, não chega a ter o ensino fundamental completo, baixa renda, menos de três salários mínimos, e não possui plano de saúde corroborando com os estudos de Fernandes *et al.* (2009), Bousquat *et al.* (2008) e Ribeiro *et al.* (2006). Esses usuários possuem uma maior vulnerabilidade ao adoecimento devido às condições sociais expostas, com maior necessidade de cuidados em saúde (FERNANDES *et al.*, 2009).

A utilização das UBS foi caracterizada pelo resultado da interação daquele que procura pela assistência e do profissional que proporcionará o cuidado (O'DONELL, 2007). Porém, alguns fatores são capazes de determinar o uso desses serviços de saúde, fatores individuais predisponentes e fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado. A necessidade de saúde também é um fator capaz de determinar a utilização dos serviços de saúde, que sofrerá variação em decorrência do tipo do serviço e da proposta assistencial (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Entretanto, considerou-se que nem sempre o problema de saúde de quem

utiliza o serviço condiz com suas reais necessidades, seja pelo desconhecimento daquilo de que precisa, pela desinformação, pela indisponibilidade econômica de acesso ou pela ausência de oferta daquilo que é desejado (ARRUDA, 1998).

Os problemas de saúde que levaram o usuário a utilizar as UBS de Belo Horizonte se concentraram em três grupos, que são afecções agudas leves, consultas de retorno e ações programáticas/ controle de agravos. No entanto, é preciso fazer a ressalva de que o grupo de ações programáticas e controle de agravos continha ações de enfermagem de nível médio, tal como a imunização, ação que é usualmente procurada nos serviços de saúde. Isso nos infere que, assim como no estudo de Riberio *et al.* (2006), a doença tende a continuar sendo o principal motivo de utilização dos serviços de saúde e a presença de sintomas continua sendo um fator influenciador da utilização das UBS (DUTRA, 2009; SILVA; FILHO, 2000; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007)

Esses usuários foram atendidos de acordo com o seu problema de saúde e consumiram os atendimentos que os profissionais acharam condizentes com a situação. O atendimento do enfermeiro, caracterizado na pesquisa como a consulta de enfermagem, foi um dos atendimentos menos utilizados, como pode ser visto nos resultados. Percebeu-se que em algumas unidades sequer foi utilizada. A consulta de enfermagem para aqueles que procuraram o serviço com problemas de ações programáticas/ controle de agravos foi ainda menor. Isso implica na descaracterização do trabalho do enfermeiro no PSF, ancorado no respaldo legal conferido à consulta de enfermagem como atividade privativa, conforme a lei do exercício profissional de número 7498, de 1986 (COREN). E no respaldo institucional explicitados na pactuação de metas do município para cobertura de grupos prioritários (saúde da mulher, da criança, do adulto, entre outros) com a consulta de enfermagem, verificados nos protocolos municipais analisados (SILVA *et al.*, 2010).

Verificou-se em outro momento que os motivos que levam os usuários a procurar a UBS é primeiramente a busca por atividades voltadas para a consulta médica tradicional e exames de rotina. Duas atividades de enfermagem de nível médio também aparecem em destaque: pegar medicação prescrita e vacinação. A procura de ações programáticas aparece de maneira discreta na maior parte das unidades, em proporções inversas ao recomendado pela SMSA/PBH, que orienta

uma conservação de 75% da atividade para a demanda programada e 25% para a demanda espontânea (BELO HORIZONTE, 2008a). Isso confirma a persistência do atendimento centrado no médico e na demanda espontânea (RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004).

Os serviços de atenção básica trazem no discurso uma proposta de novo modelo assistencial pautado em um conceito amplo de saúde, em ações de vigilância à saúde, com aspectos mais promocionais e preventivos (PAIM, 2003). Porém, quando se verifica a utilização das UBS analisada por meio do problema de saúde que levou o usuário a utilizar o serviço, o tipo de atendimento utilizado e o motivo que leva esse usuário a procurar pelo serviço pressupõe-se que as UBS estejam trabalhando em uma dinâmica distante da construção de uma nova prática. Usuários e profissionais caminham para o mesmo lado, fortalecendo um modelo assistencial médico-centrado, com predomínio de ações curativas, fragmentadas e individuais. A visão medicocêntrica presente no contexto histórico e social, marcado pela supremacia desse modelo hegemônico, influencia a utilização das UBS tanto pelo lado do usuário, levando-o a perceber como necessidades de saúde a presença de doenças. Quanto do profissional, responsável pela definição do que será consumido pelo usuário, de acordo com Travassos e Martins (2004), entendendo como suficiente para sanar suas necessidades, os atendimentos curativos.

Segundo os estudos de Fernandes *et al.* (2009) e Ribeiro *et al.* (2006) a utilização dos serviços é influenciada pela oferta e vice-versa. Logo, no presente estudo percebeu-se que talvez a reduzida demanda por atividades de ação programática/ controle de agravos e a pouca utilização da consulta de enfermagem estejam relacionadas a oferta destas atividades de maneira incoerente com a realidade local, como já visualizado nos resultados. Na medida em que o usuário toma a atitude de procurar o serviço de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, para que este processo se complete, mesmo que momentaneamente, a oferta precisa ser compatível com aquilo que o usuário necessita.

Segundo Travassos *et al.* (2000) oferta está relacionada à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde. A oferta de serviços na UBS é de responsabilidade do profissional, mas influenciada pela demanda – a utilização. E a demanda é o desejo do usuário, que é influenciado

pelo que está disponível no serviço – a oferta. Nas UBS analisadas percebeu-se que a oferta de consultas de enfermagem está muito aquém do que é preconizado por documentos e parâmetros oficiais. E esse dado se distancia ainda mais do ideal, quando analisados separadamente entre os programas de saúde nas quatro clínicas básicas.

Verificou-se que além da consulta de enfermagem ser pouco produzida nas UBS, mantendo um baixo percentual no total de consultas da unidade e tampouco da equipe, ela possui uma baixa cobertura. E ainda, constatou-se que a parcela das consultas de enfermagem que correspondem ao atendimento das ações programáticas é pequeno. Entretanto o número de ações programáticas realizadas na unidade é grande, porém, o que ficou claro é que o enfermeiro tem contribuído minimamente com as consultas de enfermagem nos programas de saúde. Esses resultados corroboram com BRASIL (2004) que mostrou que em apenas 57,1% das equipes de saúde da família em território nacional os enfermeiros atendiam nas quatro clínicas básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Foi observado percentual ainda menor no estado de Minas Gerais (40,7%) (BRASIL, 2004).

Constatou-se que, em média, as UBS contam com uma participação homogenia dos enfermeiros por meio da consulta individual nos programas de acompanhamento do CD (26,1%), assistência pré-natal (23,1%) e controle do Ca do colo do útero (22,3%), uma média de 22% entre as três ações programáticas. No acompanhamento do hipertenso a participação do enfermeiro foi muito pequena, uma média de 6%. Portanto, percebeu-se que a participação do enfermeiro é bastante irregular, entre as UBS investigadas, quando analisadas as consultas de enfermagem total. E mostra-se com caráter de regularidade, entre as UBS investigadas, quando analisadas nas distintas ações programáticas, entretanto mantendo baixos percentuais de participação.

Em um balanço do comparativo daquilo que foi previsto e efetivamente realizado pelo enfermeiro viu-se que as ações programáticas de prevenção do câncer do colo de útero e acompanhamento do hipertenso encontram-se mais distantes do programado. A ação de saúde da criança foi a que ficou mais próxima e a assistência pré-natal manteve índices razoáveis, salvo as exceções.

Constatou-se que aquelas unidades em que os enfermeiros contribuíram de maneira expressiva, próximo ao recomendado pela SMSA/PBH, no montante de consultas da unidade, seja total, seja por ação programática, mantiveram-se com bons resultados no comparativo das consultas realizadas e programadas. Isso nos faz pensar que quando o enfermeiro assume a responsabilidade de realização das consultas de enfermagem preconizadas e integra o processo de trabalho em saúde, as metas propostas pelo MS tornam-se mais próximas e palpáveis. Sendo possível talvez influenciar positivamente o impacto do PSF na saúde das pessoas, tornar o cuidado mais qualificado e aproximar o profissional enfermeiro de uma prática planejada e programada a partir das necessidades dos usuários, buscando a integralidade na assistência prestada.

As atividades voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, de todas as ações programáticas, foi a que apresentou a melhor oferta de consultas de enfermagem entre as UBS. Aquelas voltadas para a assistência pré-natal permaneceram medianas. E as referente à prevenção do câncer do colo do útero e acompanhamento do hipertenso praticamente, não são realizadas na maior parte das unidades analisadas.

Estudo de análise da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica realizado em uma região do Brasil mostra que o conjunto dessas áreas no conglomerado das ESF está 'parcialmente implantado' e que os indicadores de saúde analisados demonstra uma melhoria na situação de saúde da população (CAVALCANTE *et al.*, 2006). Diante disso, pensa-se que as consultas de enfermagem, que compõem essas mesmas áreas programáticas, que estão deixando de ser realizadas pelos enfermeiros, podem está sendo realizadas por outros profissionais de nível superior. Pois o impacto na saúde dos usuários está ocorrendo. Isso nos leva a refletir a possibilidade de perda de um espaço, já conquistado a muitos anos, de participação efetiva e autônoma no cuidado ao usuário do PSF.

Essa fragilidade na oferta de consultas do enfermeiro foi claramente evidenciada nos discurso dos profissionais de saúde analisados no estudo. Eles apontam uma organização das atividades da UBS de maneira incoerente com o recomendado pela SMSA-BH e com os princípios do SUS e do PSF. Em uma mesma unidade verifica-se formas de trabalho distintos, às vezes excluindo o

enfermeiro de determinada ação e o incluindo em outras. Percebeu-se que o enfermeiro organiza o seu trabalho a partir da organização do trabalho médico, seja da equipe de saúde da família ou da equipe de apoio como uma forma de aliviar a agenda médica (ERMEL; FRACOLLI, 2006). O enfermeiro não incorpora a consulta como atividade inerte em seu trabalho, deixando-a a disposição para ser realizada por outros profissionais da equipe. Os argumentos também confirmam os achados de oferta, a incoerência com a realidade local da UBS. Não há um planejamento ou programação dessas atividades. Os enfermeiros não utilizam as informações do SIAB, ou a utilizam muito restritamente no processo de planejamento das ações, resultados já evidenciados nos estudos de Freitas e Pinto (2005), Silva e Laprega (2005) e Sousa (2008). A falta de formulários não justifica essa ocorrência (BRASIL, 2004), nem tampouco a falta de confiabilidade dos dados. Mas pode se justificar pelos baixos percentuais de profissionais capacitados para utilizar o sistema (BRASIL, 2004).

A consulta de enfermagem, como foi visto, é uma atividade minimamente utilizada pelos usuários na Atenção Básica, a sua oferta é extensamente reduzida e a sua organização não considera o mínimo recomendado por documentos oficiais. Porém, é uma atividade privativa do enfermeiro, que lhe permite identificar as necessidades do usuário, usar o raciocínio clínico no gerenciamento do cuidado, aumentando a sua cientificidade que confere credibilidade perante a equipe e o usuário (SILVA *et al.*, 2010). Algumas dificuldades citadas nos resultados do estudo, no que diz respeito a realização da consulta de enfermagem, corrobora com Cubas *et al.* (2006): a inadequação da estrutura física, tendo que compartilhar consultórios com os outros profissionais da equipe e até da unidade e a pressão da demanda por consulta médica. Foi encontrada aqui também a dificuldade devido a extensa demanda espontânea que chega diariamente nas UBS que segundo Alves (2004), Costa e Facchini (1997), Dutra (2009), e Travassos *et al.* (2000) está associada positivamente à presença de problemas relacionados à própria saúde do usuário, como as morbidades auto-referidas. Ressalta-se, por conseguinte, que possivelmente haveria uma redução da demanda por serviços de saúde quando a atenção for voltada aos cuidados preventivos e de promoção da saúde (COSTA; FACCHINI, 1997; KASSOUF, 2005). A falta de tempo para planejar, programar e realizar as consultas também foi citada como dificultador.

Os resultados encontrados no estudo suscitam uma reflexão relativa à vulnerabilidade do enfermeiro para o desenvolvimento de uma atividade privativa, o que pode refletir, em parte, sua invisibilidade perante a sociedade (SILVA *et al.*, 2010). O que reforça a importância de se ampliar o espaço de trabalho do enfermeiro, que é pouco identificado pela equipe e pelos usuários (MARQUES *et al.*, s/d). Algumas ações programáticas, como o acompanhamento do CD da criança e a assistência pré-natal, puderam ser verificadas com altos percentuais de realização de consulta de enfermagem na região nordeste do Brasil (BRASIL, 2004). Região que, segundo Facchini *et al.* (2006) as ESF dispõem de um menor percentual de médicos integrando a equipe. O que nos leva a pensar que o trabalho do enfermeiro se esconde por detrás do trabalho médico, que o enfermeiro só se revela como dominador do seu próprio objeto de trabalho quando o médico recusa essas atribuições. Fato, que pode ser claramente evidenciado quando analisamos a organização do trabalho do enfermeiro. Percebeu-se que o enfermeiro, na maior parte das vezes organiza a sua agenda a partir das ações de saúde que o profissional médico assume.

O enfermeiro precisa se responsabilizar, adotando um efetivo posicionamento perante a sociedade e outros profissionais de saúde (KEMMER; SILVA, 2007), se instrumentalizar e reordenar a sua prática para ações que configurem presença constante e significativa no cuidado à saúde (SILVA *et al.*, 2010). Sabe-se que o seu trabalho é constituído por um conjunto de atividades de retaguarda, não visualizadas pelo usuário, que criam um obstáculo na aproximação do profissional e o cliente. Entretanto, ele conta com uma tecnologia leve-dura, que contradiz o modelo biomédico, com uma organização voltada ao cuidado, priorizando ações de prevenção de doenças e promoção de agravos (SILVA *et al.*, 2010), que servirá de auxílio nas mudanças que precisam ser efetivadas na sua prática. Mudanças estas que sofrerão com a resistência tanto do próprio profissional enfermeiro, para assumir a responsabilidade de uma consulta, quanto do usuário, acostumado a encontrar a oferta de consultas médicas, majoritariamente (SILVA *et al.*, 2010).

A consulta de enfermagem realizada prioritariamente para a demanda espontânea tende a prejudicar a qualidade da assistência, colocando em jogo a integralidade no atendimento (PAIM, 2003). Já a consulta de enfermagem no

atendimento das ações programáticas, quando organizada de maneira a facilitar o acesso, com o agendamento prévio da consulta, possibilita uma assistência humanizada, acessível e que prioriza casos de risco e grupos específicos atendidos pelos programas. Propicia uma formação de vínculo e responsabilização com as necessidades de saúde dos usuários (FORTES; SPINETTI, 2004; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA; 2004; PAIM, 2003; RAMOS; LIMA, 2003).

6 *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

Este estudo permitiu avaliar o processo de trabalho do enfermeiro nas equipes de saúde da família no que se refere à consulta de enfermagem nas ações programáticas, em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte. A partir da comparação do trabalho do enfermeiro na AB às normas e critérios oficiais pré-estabelecidas, concluiu-se que, apesar do Programa Saúde da Família está amplamente implantado no município, não se observa dentro das equipes de saúde da família um trabalho expressivo do enfermeiro na medida em que evidenciou-se um recuo em uma das principais atividades dos programas de saúde – a consulta de enfermagem.

Por meio da análise dos protocolos de atenção à saúde do município de Belo Horizonte, foi possível elaborar os modelos lógicos das ações programáticas e entender o contexto geral dos programas de saúde, bem como identificar as ações do enfermeiro nos mesmos. Percebeu-se que apesar do enfermeiro ser um profissional importante na realização das ações programáticas, o seu papel nos programas ainda é limitado e pouco descrito, principalmente quanto às prescrições de medicamentos e solicitação de exames.

A utilização da consulta de enfermagem e das ações programáticas foi analisada e evidenciou-se que os usuários buscam menos os serviços por ações programáticas a afecções agudas. E que as consultas de enfermagem são pouco utilizadas, mesmo para aqueles usuários que procuram o serviço por ação programática.

Na análise da oferta da consulta de enfermagem nas ações programáticas, os resultados mostraram uma proporção inadequada entre o que é oferecido e o que é previsto para os usuários, de acordo com a programação local. Evidenciando que o número de consultas realizadas pelos enfermeiros está abaixo do mínimo esperado.

E por último, analisou-se a organização do trabalho do enfermeiro evidenciando-se que esse profissional não organiza o seu trabalho a partir da demanda dos usuários, nem tampouco a partir das normas e critérios da SMSA/PBH ou do MS.

Os pressupostos iniciais foram confirmados. A existência de um limite no oferecimento das consultas de enfermagem nas ações programáticas, capaz inclusive, de prejudicar a utilização dos serviços, foi percebida. E também confirmou-se o distanciamento entre a produção dessa tecnologia de trabalho e as necessidades dos usuários, de acordo com a programação local das atividades.

Os resultados inferem que os aspectos capazes de influenciar a realização de consultas nas ações programáticas pelo enfermeiro da ESF são a caracterização da profissão como prática social, sua historicidade e inserção no campo do conhecimento científico, e a existência ainda de um modelo hegemônico centrado em atividades médicas e de pronto-atendimento, visualizado tanto por parte dos usuários, como dos profissionais de saúde. A maneira de construção das políticas de AB em Belo Horizonte, não foi visualizada na pesquisa como influenciador do trabalho nas UBS.

Contudo, para que o papel do enfermeiro consiga influenciar positivamente a qualidade da assistência prestada e o modo de operar os serviços de saúde, além da definição de papéis de maneira clara e objetiva, se faz necessário que as suas atribuições sejam concisas, coerentes e de qualidade. Entendemos que houve um avanço, principalmente quando contrasta-se com outros espaços de trabalho em que o enfermeiro não tem papéis bem definidos, onde há um maior desprestígio social e a autonomia profissional não é visualizada.

Deve-se considerar no estudo suas limitações presentes, principalmente na metodologia utilizada. A primeira decorre da construção dos modelos lógicos, que não apresenta uma técnica de consenso na literatura. Embora a construção tenha sido respaldada pela literatura existente no qual forma utilizados documentos municipais oficiais no que se refere as ações programáticas abordadas. A segunda limitação se faz presente no banco de dados da pesquisa utilizado no presente estudo. Os dados precisaram ser reestruturados na medida em que foram coletados para outros objetivos. E por último, a subjetividade decorrente dos agrupamentos e remodelamento dos dados secundários provenientes do SIS de Belo Horizonte. Considerando esses limites do estudo aqui apresentados, acredita-se que o seu produto seja capaz de provocar discussões a cerca do trabalho da enfermagem e contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem na Atenção Básica.

7 *RECOMENDAÇÕES*

Ao final, ressalta-se a importância dos trabalhos avaliativos nos serviços de saúde, na medida em que contribuem para a melhoria do cuidado prestado à população. Deixam-se aqui algumas recomendações que poderão contribuir com o avanço do processo de trabalho do enfermeiro nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte.

Aos enfermeiros dos serviços:

- Adequar o seu trabalho às diretrizes e recomendações dos protocolos de atenção à saúde do município de Belo Horizonte;
- Realizar reuniões de equipe para definição dos papéis, de acordo com as determinações municipais;
- Posicionar-se como integrante do plano terapêutico do usuário e realizar suas atribuições de forma autônoma. Porém, ele deve agir maneira integrativa com os outros profissionais da equipe;
- Realizar levantamento epidemiológico na área coberta pela UBS para a produção de informações que subsidiem os processos de planejamento e programação das atividades;
- Preencher corretamente os sistemas de informação a fim de gerar dados próximos da realidade de cada equipe;
- Fortalecer as ações de prevenção na prática do enfermeiro;
- Facilitar o acesso dos usuários às consultas em ações programáticas, reduzindo as barreiras de acesso;
- Buscar por atualizações extra-serviços.

Aos gerentes e gestores da atenção básica:

- Incentivar que o enfermeiro assuma com maior propriedade suas atribuições dentro do PSF;
- Capacitar os enfermeiros para a realização de consultas de enfermagem nas quatro áreas básicas da AB;
- Melhorar a descrição das atribuições dos profissionais, principalmente do enfermeiro, nos instrumentos orientadores da prática nos serviços de saúde;
- Incorporar práticas de monitoramento e avaliação no cotidiano dos serviços de saúde;
- Instigar o uso da informação por parte do enfermeiro e da equipe de saúde da família no planejamento e programação das suas atividades;
- Incentivar a utilização de instrumentos e tecnologias como subsídio na prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família;
- Estimular a realização da consulta de enfermagem, principalmente nas ações programáticas, como forma de organização da demanda;
- Disseminar os resultados dessa avaliação com os gestores, gerentes e profissionais diretamente envolvidos na atenção à saúde em Unidades Básicas.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALMEIDA, M. C. B.; MELLO, D. F.; NEVES, L. A. S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enferm.**, v 44, n 2/3, p. 64-75, 1991.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128 p.

ALVES, L. A. A. R. Perfil gerencial do enfermeiro para atuar na atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Monole, 2007. Cap. 5, p. 111-122.

ALVES, L. C. **Determinantes da auto-percepção de saúde dos idosos do município de São Paulo**. 2004. 89 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

ARRUDA, D. **Sistemas de Informações e Alocação de Recursos**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

ATAKA, T., OLIVEIRA, L. S. Utilização dos protocolos de enfermagem no programa de saúde da família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Coletiva**, São Paulo, bimestral, v. 3, n. 13, p. 19-24, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. **Saúde em debate**, Londrina, n.42, p. 48-54, 1994.

BARBOSA, M. A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 9-15, 2004. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008. 281 p. Título original: L'analyse de contenu.

BELO HORIZONTE. Assessoria de comunicação social. **Prestação de contas: informativo da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**. Belo Horizonte. Dez., 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de hipertensão arterial/ risco cardiovascular**. Belo Horizonte, 2009. 76 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Pré-natal e puerpério**. Belo Horizonte, 2008b. 38 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Prevenção e controle do câncer de colo de útero**. Belo Horizonte, 2008c. 18 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Básica à Saúde: recomendações para a organização local**. Belo Horizonte, 2006.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **BH Viva Criança: compromisso com a assistência integral à saúde da criança e do adolescente**. Belo Horizonte, 2004. 166 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal**. Belo Horizonte, 2003.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **BHVIDA: Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2001.

BOUSQUAT, A., ALVES, M. C. G. P., ELIAS, P. E. Utilização do Programa de Saúde da Família em regiões em regiões metropolitanas: abordagem metodológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 903-6, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: DF, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **PROGRAB: Programação para gestão por resultados na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/prograb/manual_usuario_prograb.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2010.

BRASIL. **Portaria nº 648 de 28 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 140 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para a programação das ações básicas de saúde**. Brasília, 2001. 37 p.

CAMPOS, C. R., MALTA, D. C., REIS, A. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. 387 p.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 301-306, mar./abr., 2007.

CANABRAVA, C. M. *et al.* Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não-hospitalares, que possuem serviços de atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.115-126, jan., 2007.

CAVALCANTE, M. G. S. *et al.* Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, out./dez., 2006.

CÉZAR, C. L. G., TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudeste de área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 559-570, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 360-369, Ago., 1997.

COSTA, M. B. S., LIMA, C. B., OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF) no estado da Paraíba. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. esp., p. 149-52, 2000.

CUBAS, M. R. *et al.* Avaliação da implantação do CIPESC em Curitiba. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 269-73, 2006.

CUNHA, I. C. K. O.; NETO, F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Rev. Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 3, p.479-82, jul./set., 2006.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. vol. 1, p. 77-125.

DUSSALT, G.; SOUZA, L. E. Gestão de recursos humanos em saúde. In: **Workshop: Mapeamento de projetos de pesquisa e intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional**. São Paulo: São Paulo, 2000, 43 p.

DUTRA, I. R. **Acesso e utilização aos serviços de atenção primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2009.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-9, 2006.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURGANT, P. *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1-13.

FERNANDES, L. C. L., BERTOLDI, A. D., BARROS, A. J. D. Utilização de serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.13, n. esp, p.91-7, 2000.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312 p.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set./out., 2004.

FRANCO, MLPB. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008, 80 p.

FRANCO, T., MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde on-line. Belo Horizonte/ Campinas, março, 1999. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>>. Acesso em 10 set. 2009.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-34.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da Equipe de Saúde da Família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica SIAB. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 547-54, jul./ago., 2005.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, v.21, p.177-227, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa – tipos fundamentais. São Paulo: Revista de Administração de Empresas, v. 35, p. 20-29, mai./jun.1995.

GOMES, A. M. T., OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 145-53, 2005a.

GOMES, A. M. T., OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 393-8, jul./ago., 2005b.

GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da inserção do político como o econômico. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p. 189-198, 2009.

GUSTAVO, A. S.; LIMA, M. A. D. S. Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. **Revista Bras. Enfermagem**, v. 56, n. 1, p.24-7, jan./fev., 2003.

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

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 29-44, Jan./Mar. 2005.

KEMMER, L. F., SILVA, M. J. P. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 191-98, 2007.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 340 p.

LEOPARDI, M. T. Necessidades de saúde e cidadania. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 1, n. 1, p.54-73, 1992.

LIMA, L. D. Concepções entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.511-522, 2007.

LIMA, M. A. D. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216 f. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 1998.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 20, n. especial, p.86-91, 1999.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 52, n. 1, p.54-66, 1999.

MARQUES, G. Q. *et al.* As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Braz. J. Nurs.** (Online), v. 6, n. 2, p. 1-5, 2007.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Ed. Cortez, 1986. 94 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Hucitec: São Paulo, 1994. 278 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Centro de formação dos trabalhadores em saúde da Secretaria Municipal de saúde. Cadernos CEFOR – Série Textos, São Paulo, 1992. 53 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R., MALTA, D. C., REIS, A. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** – reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Hucitec: São Paulo, 1997. p.71-112.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos** – abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.) *et al.* **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MISHIMA, S. M. *et al.* Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho da enfermagem**. Ed Cortez: São Paulo, 1997. p.251-96.

MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 48-65.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993. p.65-116.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 2820-2834, Dez., 2007.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Cap. 15, p. 547-573.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-71.

PAIM, J.S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 447p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. T. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, sup., p.1819-1829, 2007.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v.1, n.1, p.75-91, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: **Anais do 1º seminário O enfermeiro no PSF**. ABEn: São Paulo, 2000.

PEDUZZI, M.; ALSEMI, M. L. O processo de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 4, p. 392-8, 2002.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume editora, 1998, 253 p.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez editora, 1989, 156 p.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. **Relatório final de pesquisa: Avaliação da atenção básica em Belo Horizonte: organização, oferta e acessibilidade aos serviços**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, Jan./Fev., 2003.

RIBEIRO, E. M., PIRES, D., BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no PSF. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr., 2004.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-8, 2005.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec. 2. ed., 1993. p.117-137.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, Nov./Dez. 2004.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**, São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov./dez., 2005.

SILVA, E. M. **Supervisão do trabalho da enfermagem em saúde pública no nível local**. 1997. 306 f. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

SILVA, L. M. V.; FILHO, N. A. **Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde**: uma análise semântica. Salvador: 2000.

SILVA, S. H. *et al.*. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba- PR. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 68-75, 2010.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Rev. Bras. Enfermagem**, n. 53, p. 17-24, 2000.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, abr., 2008.

SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. esp., p. 25-30, 2000.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nó, criando laços. **Saúde em debate**: Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.257-77, set./dez., 2003.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, n.18(Supl.), p.153-162, 2002.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7. 1998.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, Out. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ed. Atlas S.A., 1987. 175 p.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84 p.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0042.0.410.000-10A

Pesquisadora responsável: Camila Mendes dos Passos

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 24 de novembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DE BELO HORIZONTE: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar. Funcionários - Belo Horizonte. 30.130-007 - MG.
ceep@pbh.gov.br TEL.: (31) 3277-5309 FAX: (31) 3277-7768

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0042.0.410.203-10

**Interessado(a): Profa. Maria Raquel Gomes Maia Pires
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de dezembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "**O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo lógico do controle da hipertensão arterial na atenção básica de Belo Horizonte

Intervençã	Insu	Comp	Atividades do enfermeiro	Produtos	Resultados (curto e médio prazo)	Resulta	Objetiv
ção	mos	onent				dos	o
		es				(longo	
						prazo	
O enfermeiro no controle da hipertensão arterial do município de Belo Horizonte	RH capacitado, espaço físico, materiais, equipamentos, outros	Ações educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, técnicas de auto-cuidado, entre outros; - Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, voltadas aos pacientes e seus familiares, abordando questões referentes à promoção da saúde, prevenção e tratamento do diabetes e da HAS na comunidade; - Orientar pacientes sobre auto-monitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina; 	No de paciente organizados em grupos; No de ações educativas realizadas; No orientações realizadas;	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer o correto diagnóstico dos pacientes que apresentam HAS elevada; - Classificar os pacientes com HAS, de acordo com o protocolo; - Avaliar o indivíduo em termos de seu risco cardiovascular global, possibilitando assim, planejar acompanhamento e alvos terapêuticos com melhor custo-efetividade; 	Promoção da saúde, prevenção de agravos a fim de reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs).	Reduzir a morbidade e a mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)
		Ações clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar cuidados de saúde no domicílio, quando necessário; - Encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do usuário no tratamento; criar oportunidades para que expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar seu papel central no próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou favorecer o mesmo; - Estabelecer um plano individualizado de cuidado, juntamente com a pessoa portadora do agravo; - Manter a coordenação do cuidado dos indivíduos, mesmo quando esses necessitam de atendimentos em outros níveis de atenção; - Realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, de acordo com as disposições legais da profissão, visando abordar os fatores de risco, estratificação do risco cardiovascular, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento, entre outros; - Enfatizar o exame criterioso dos pés e a realização dos devidos cuidados, prescrição de curativos e encaminhamentos, se necessário; - Realizar, durante a consulta de enfermagem, encaminhamentos de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pela SMSA e as disposições legais da profissão; - Manter a prescrição médica dos indivíduos com diabetes e/ou HAS sem apresentação de queixas ou alterações, na ausência do médico e mediante a apresentação da receita, por no máximo 24 horas (Resolução 	No de visitas domiciliares; No de pacientes encorajados em participar do tratamento; No de pacientes com plano de cuidados estabelecidos e mantidos; No de consultas de enfermagem realizadas; No de encaminhamentos realizados quando necessários; No de manutenções de prescrições médicas, quando necessários; No de assistência de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar avaliação clínico-laboratorial do hipertenso, por meio da anamnese, exame físico e exames complementares; - Avaliar lesões em órgão-alvo; - Diagnosticar doenças associadas; - Diagnosticar a causa da HAS, quando secundária; - Escolher a estratégia terapêutica do hipertenso de acordo com a estratificação de risco e a meta do nível pressórico arterial a ser alcançado; - No início do tratamento, acompanhar o hipertenso com intervalos entre as consultas de maneira variadas, de acordo com os níveis pressóricos do paciente; - Após atingido o alvo da PA ou 		

		<p>do COFEN nº 281/2003);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestar assistência de enfermagem nos casos de urgência e emergências referentes ao atendimento de indivíduos com diabetes e/ou HAS, encaminhando para a continuidade da assistência prestada; - Fazer encaminhamentos intra-unidade visando abordagem integral da saúde do paciente, assim como encaminhamentos extra-unidade previstos em protocolos da SMSA/BH; 	<p>prestada nos casos de urgência e emergência;</p>	<p>estabilizado o controle, agendar retornos de 3 a 6 meses para acompanhamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atingir as metas de cifras pressóricas desejadas para o paciente, de acordo com a sua categoria; - Aliar ao tratamento medicamentoso, o tratamento não-medicamentoso, como a adoção de hábitos de vida saudáveis (redução do peso corpora, dieta hipossódica, dieta rica em cálcio e potássio, atividade física e moderação do consumo de álcool); - Aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo; - Promoção da saúde e prevenção de agravos; 		
	<p>Ações de planejamento e organização</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar em equipe; - Identificar parceiros e recursos na comunidade visando potencializar as ações inter-setoriais; - Garantir a qualidade dos registros das atividades nos sistemas de informação; - Promover a educação profissional permanente sobre DCNTs para a equipe de saúde a fim de estimular os profissionais e qualificar o cuidado; - Agendar as revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos às consultas e atividades programadas; - Captar todas as pessoas com DCNTs da área de abrangência a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos; - Identificar os pacientes portadores de HAS e rastrear aqueles com fatores de risco em sua microárea, através do consolidado dos dados de cadastros realizados pelos ACS e pelos sistemas de informação disponíveis; - Elaborar análises dos dados disponíveis visando o planejamento e avaliação das ações da ESF e da UBS; - Realizar periodicamente reuniões de equipe para planejamento, avaliação e discussão das ações; - Utilizar as informações e dados disponíveis para avaliar a qualidade do cuidado - Planejar e coordenar as atividades desenvolvidas pela enfermagem e pelos ACS de sua equipe; - Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição; 	<p>Trabalho em equipe; No de parceiros e recursos identificados; Registro das atividades nos sistemas de informação; No de educações permanentes/ capacitações realizadas; No de buscas ativas realizadas; No de captações e identificações de novos paciente; No de reuniões de equipe; No de ações de enfermagem registradas no prontuário</p>			
<p>Fatores influenciadores: disponibilidade do profissional na unidade, interesse do usuário na atividade, necessidades da população-alvo, planejamento e programação da equipe para realização da atividade.</p>						

APÊNDICE B – Modelo lógico do acompanhamento do CD infantil na atenção básica de Belo Horizonte

Intervenção	Insumos	Componentes	Atividades	Produtos	Resultados (curto e médio prazo)	Resultados (longo prazo)	Objetivo
O enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança do município de Belo Horizonte	RH capacitado, espaço físico, materiais, equipamentos, outros	Ações educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Promover atividades educativas; - Promover orientação e acompanhamento sobre aleitamento materno; - Orientar a prescrição; 	No de atividades educativas promovidas; no de orientações e acompanhamento sobre o aleitamento materno; No de orientação sobre a prescrição.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a população infantil da área de abrangência da unidade de saúde /ESF para programar e avaliar as ações de saúde; - Disponibilizar as consultas do calendário de CD da SMSA, imunização, práticas educativas, medicamentos, agendamento para consulta especializada, transporte adequado em caso de necessidade (serviços de urgência e internação); 	Promoção à saúde e prevenção de agravos das crianças e adolescentes, identificando problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e situações de risco, buscando atuar de forma precoce nas intercorrências.	avaliação das condições de saúde das crianças e seu estado de desenvolvimento e crescimento
		Ações clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermagem; - Promover visitas domiciliares às crianças de risco, quando necessário; - Prescrição de medicamentos básicos, estabelecidos pelas Normas da SMSA/BH, e previsto na lei de exercício profissional da enfermagem (sulfato ferroso profilático, polivitamínicos, pasta d'água, nistatina) quando necessário, conforme rotina em anexo; - Marcar o peso no gráfico de crescimento ensinando as mães como interpretá-lo e informar sobre a importância do mesmo. 	No de consultas de enfermagem realizadas; No de visitas domiciliares promovidas, No de prescrições realizadas quando necessário; No de gráficos marcados e mães orientadas da forma de interpretação;	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a execução do calendário de acompanhamento do CD para toda criança da área de responsabilidade da unidade/ESF, com enfoque prioritário para a criança de risco; - Executar as ações de vigilância à saúde da criança; - Manter continuamente a prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, disponibilizando a resposta mais qualificada; - Avaliar sinais de risco/perigo em toda criança que chega na unidade/ no domicílio ou instituição de educação infantil; - Avaliar integralmente a criança; - Avaliar o Cartão da Criança em todas as oportunidades. Se o Cartão da Criança não está preenchido adequadamente, providenciá-lo. Se a criança não possui o cartão, providenciar a sua entrega e preenchimento. - Prevenção do desmame precoce; - Orientar a família para que ela, utilizando o cartão da criança, acompanhe o crescimento e desenvolvimento de suas crianças. 		
		Ações de planejamento e organização	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar, treinar e supervisionar as auxiliares de saúde; - Definir atribuições e delegar tarefas para a equipe de enfermagem; - Promover a integração de equipe no desenvolvimento do programa; - Registrar ação no formulário de produção. 	No de orientações, treinamentos e supervisões dos auxiliares de saúde; definições de atribuições e delegação de tarefas para a equipe de enfermagem; Promoção da integração da equipe; No de registro no formulário de produção.			
<p>Fatores influenciadores: disponibilidade do profissional na unidade, interesse do usuário na atividade, necessidades da população-alvo, planejamento e programação da equipe para realização da atividade.</p>							

APÊNDICE C – Modelo lógico da prevenção e controle do câncer do colo de útero na atenção básica de Belo Horizonte

Intervenção	Insu- mos	Compo- nentes	Atividades	Produtos	Resultados (curto e médio prazo)	Resulta- dos (longo prazo)	Objet- ivo
O enfermeiro na prevenção e controle do câncer do colo de útero do município de Belo Horizonte	RH capacitado, espaço físico, materiais, equipamentos, outros	Ações educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas. - Executar ações educativas relacionadas à prevenção primária e secundária do câncer de colo uterino, direcionada às mulheres, utilizando a modalidade de grupos operativos de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências. 	No de ações educativas realizadas durante a consulta;	<ul style="list-style-type: none"> - Redução das taxas de incidência do câncer invasor; - Identificação das mulheres com situação de risco e acompanhamento diferenciado; 	Menor incidência e mortalidade por câncer do colo de útero	Reduzir as taxas de incidência e mortalidade pelo câncer de colo de útero
		Ações clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar exame especular, coleta de material para exame citopatológico do colo uterino e teste de Schiller; - Encaminhar para avaliação médica, na sua unidade de saúde, as mulheres com alterações identificadas ao exame especular (lesões vulvares, lesões cervicais, pólipos, condilomas, grandes ectopias e outras), resultado da citologia positiva e Schiller positivo; - Realizar visita domiciliar quando necessário. - Conhecer as ações de controle do câncer do colo do útero; - Realizar ações de controle do câncer do colo do útero, de acordo com este Caderno: promoção, prevenção, rastreamento/deteção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; - Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade; - Acolher as usuárias de forma humanizada; - Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito; - Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo); 	No de exames especular realizados; No de encaminhamentos adequados realizados; No de visitas domiciliares realizadas; No de ações de controle do câncer do colo do útero realizadas; No de consultas realizadas considerando os princípios da integralidade, equidade, humanização, formação de vínculo e resolutividade.	<ul style="list-style-type: none"> - Detecção precoce do câncer do colo do útero ou de lesões precursoras; - Evitar o aparecimento da doença por meio da intervenção no ambiente e em seus fatores de risco; - Ter uma boa cobertura no rastreamento desse câncer (80%); - Realizar exame citopatológico prioritariamente em mulheres de 25 a 59 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos; - Realizar exame citopatológico em toda mulher que já teve atividade sexual até os 69 anos de idade; - Realizar rastreamento anual em mulheres que apresentam algum fator de risco; 		
		Ações de planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar a realização de busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando seus exames preventivos de rotina e das mulheres com exames alterados ou que tenham indicação para tratamento/seguimento de 	No de supervisões de realização de busca ativa; Quantidade de suprimentos de acordo	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de mulheres que na faixa etária de risco que nunca realizaram exame 		

		e organiz ação	<p>patologias do colo uterino;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste Protocolo; - Supervisionar e coordenar o trabalho da equipe de enfermagem e dos ACS nas ações; - Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe; - Planejar e programar as ações de controle do câncer do colo do útero, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade; - Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações; - Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle do câncer do colo do útero, DST, entre outras; - Planejar, coordenar e avaliar ações educativas relacionadas à prevenção primária e secundária do câncer de colo uterino, direcionada às mulheres, utilizando a modalidade de grupos operativos de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências. 	<p>com as ações propostas; No de supervisões da equipe; Planejamento e programação das ações; Trabalho em equipe; No de atividades de educação permanente realizadas; No de ações educativas planejadas, coordenadas e avaliadas.</p>	<p>na vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar a coleta do material para exame preventivo do câncer do colo de útero; - Seguir/acompanhar mulheres submetidas ao rastreamento para câncer do colo do útero; - Alimentação do sistema de informação do câncer do colo do útero – SISCOLO; - Realizar teste de Schiller; - Tratamento de leucorréias e vulvo-vaginites; - Tratamento químico de lesões condilomatosas (verruccosas). 		
--	--	----------------------	--	---	---	--	--

Fatores influenciadores: disponibilidade do profissional na unidade, interesse do usuário na atividade, necessidades da população-alvo, planejamento e programação da equipe para realização da atividade.

APÊNDICE D – Modelo lógico da assistência pré-natal na atenção básica de Belo Horizonte

Intervenção	Insumos	Componentes	Atividades	Produtos	Resultados (curto e médio prazo)	Resultados (longo prazo)	Objetivo
Consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal do município de Belo Horizonte	RH capacitado, espaço físico, materiais, equipamentos, outros	Ações educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Executar e participar de atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários durante a gravidez; - Utilizar a modalidade de grupos operativos com as gestantes; - Organizar e acompanhar a gestante em visita à maternidade de referência; 	No de orientações realizadas, No de visitas a maternidade de referência;	<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo seis consultas de pré-natal; - Realização de exames laboratoriais de rotina durante a gestação, inclusive colpocitologia oncótica e ultrassonografia obstétrica; 	Assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas, considerando o especial atenção à população de baixa renda exposta a situações de risco.	Prestar assistência de pré-natal qualificada e humanizada às gestantes
		Ações clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar primeira consulta de pré-natal; - Realizar segunda consulta para avaliação; - Realizar as consultas subseqüentes, de maneira intercalada; - Acompanhar gestantes que apresentem alterações em seu pré-natal, mas que não constituam critérios para o acompanhamento no alto risco; - Realizar visitas domiciliares; - Fazer aconselhamento referente à vacinação antitetânica; - Realizar consulta de enfermagem e prescrever o cuidado de enfermagem; - Solicitar exames complementares e prescrever medicamentos, após avaliação do estado de saúde do indivíduo; - Realizar consultas de pré-natal às gestantes de baixo risco; - Realizar avaliação do 5º. dia e consulta de enfermagem da puérpera; - Realizar consulta de enfermagem do recém-nascido; - Solicitar US obstétrica de rotina; - Solicitar e/ou encaminhar para avaliação médica gestantes, puérperas e recém-nascidos com evidências de alterações da normalidade; 	No de primeira e segunda consultas realizadas; No de consultas subseqüentes realizadas; No de gestantes que realizaram exames de rotina; No de gestantes encaminhadas, de acordo com a necessidade; No de visitas domiciliares;	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da imunização antitetânica, se necessário, a fim de reduzir a incidência de tétano neonatal; - Redução do risco de trabalho de parto prematuro, infecção puerperal precoce e sepsis neonatal por meio da prevenção de estreptococcia neonatal; - Identificação e avaliação dos riscos aos quais cada gestante está exposta; - Orientação da gestante a cerca de temas variados, como higiene, atividades físicas, nutrição, parto, aleitamento, cuidados com o RN, entre outros. - Identificação das intercorrências no pré-natal; - Adoção de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, baseadas no conhecimento da realidade local, planejamento, programação e acompanhamento das atividades propostas e implementadas; 		
		Ações de planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a captação precoce da gestante; - Se confirmado o diagnóstico, cadastro e agendamento imediato da primeira consulta; 	No de gestantes que iniciaram pré-natal precocemente; No de	<ul style="list-style-type: none"> - Informação de qualidade disponível, através de um correto 		

		organiza ção	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer encaminhamento responsável ao pré-natal de alto risco; - Monitorar pacientes faltosas á consulta de pré-natal ou de puerpério para posterior busca; - Planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral; - Supervisionar a assistência de enfermagem, merecendo destaque as atividades realizadas pelos auxiliares de enfermagem; - Planejar e coordenar a capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS; - Promover e coordenar reuniões periódicas da equipe de enfermagem; - Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição; 	gestantes encaminhadas ao PNR; No de supervisões das ações de enfermagem; No de busca ativa; No de reuniões periódicas da equipe; No de registros de enfermagem.	registro dos dados; - Processo contínuo de capacitação, com programação anual abordando a comunidade e o trabalhador em saúde;		
--	--	-----------------	--	--	---	--	--

Fatores influenciadores: disponibilidade do profissional na unidade, interesse do usuário na atividade, necessidades da população-alvo, planejamento e programação da equipe para realização da atividade.