



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Stella Godoy Silva e Lima

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO À PRÁTICA PROFISSIONAL.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem: mestrado acadêmico e doutorado.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Coorientadora: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo
Coorientadora: Profa. Dra. Lucía Silva

Botucatu

2021

Stella Godoy Silva e Lima

A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO À PRÁTICA
PROFISSIONAL

Tese apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título
de Doutora em Enfermagem:
mestrado acadêmico e doutorado

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Coorientadora: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo
Coorientadora: Profa. Dra. Lucía Silva

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 9/5651

Lima, Stella Godoy Silva e.

A consulta de enfermagem na atenção primária em saúde : da formação do enfermeiro à prática profissional / Stella Godoy Silva e Lima. - Botucatu, 2021

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Coorientador: Regina Stella Spagnuolo
Coorientador: Lucía Silva
Capes: 40406008

1. Enfermagem no consultório. 2. Processo de enfermagem.
3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção primária à saúde. 5. Teoria fundamentada. 6. Formação profissional. 7. Prática profissional.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Enfermagem no consultório; Estratégia Saúde da Família; Processo de enfermagem; Teoria fundamentada.

Stella Godoy Silva e Lima

**“A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO À PRÁTICA
PROFISSIONAL”**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus
de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Comissão examinadora:

Prof^a. Dr^a. Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Prof^a. Dr^a. Wilza Spiri

Prof^a. Dr^a. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Dr^a. Daniela Silva

Dr^o. Cesar Junior Aparecido de Carvalho

Dedicatória

Às enfermeiras desta pesquisa

*Compartilharam suas experiências, vivências, histórias, conquistas e dificuldades na
esperança de reconhecimento de sua categoria profissional, a qual demonstram
profissionalismo, carinho e respeito.
Obrigada por contribuírem com o meu aprendizado.*

À minha querida família

*Meu porto seguro, onde encontro os verdadeiros valores nos gestos mais verdadeiros
baseados na simplicidade do amor.*

Agradecimentos

A Deus pela oportunidade de continuar.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”(UNESP) pela oportunidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - (UNESP) pelo compartilhamento dos saberes.

À secretaria municipal de saúde de Botucatu e à OSS Pirangi por autorizarem e facilitarem a realização da pesquisa.

À querida professora Dra Regina Stella Spagnuolo pela preciosa e riquíssima orientação, compreensão, amizade e carinho.

À querida professora Dra Carmen Maria Casquel Monti Juliani por me guiar pacientemente durante meus passos, pela preciosa orientação e carinho.

À professora Dra Lucía Silva pelo acolhimento e orientações.

Ao César Eduardo Guimarães, pelo apoio e suporte durante todos esses anos de estudo.

À querida Clara Fumes do NEAD pela ajuda nos desenhos gráficos e por me ajudar no desenvolvimento da imagem do modelo teórico.

Aos meus colegas de Doutorado por compartilharem suas experiências e pela amizade.

Ao meu amado esposo Jeiel Souza e Lima pela compreensão, apoio, incentivo, companheirismo, amor e dedicação à nossa família.

À minha querida filhinha Sarah pela paciência, amor e carinho.

Aos demais familiares e amigos que não foram nominalmente citados, mas que sabem que fizeram parte desta conquista.

Epígrafe

“A Enfermagem é uma arte; para realiza-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do Espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer a mais bela das artes”

(Florence Nigthingale)

Lima, SGS. **A consulta de enfermagem na atenção primária em saúde: da formação do enfermeiro à prática profissional.** Tese. Botucatu: Faculdade de Medicina – UNESP; 2021.

Resumo

Introdução: A Consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, utilizada no planejamento do trabalho, também considerada como um instrumento essencial para direcionar a assistência de enfermagem ao usuário e decidir um plano de ação. No contexto de Atenção Primária à Saúde a consulta de enfermagem é disponibilizada para todos os grupos populacionais, como mulher, criança, adolescente, adulto, idoso, portadores de doenças crônicas, em visitas domiciliares e educação em saúde, abrangendo os cuidados com a comunidade. **Objetivos:** compreender a experiência da consulta de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde, com enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família e elaborar um modelo representativo dessa experiência. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa acerca da consulta de enfermagem, dada a carência de estudos acerca deste olhar em domínio nacional e internacional. Os participantes desta pesquisa compuseram um grupo amostral, formados por 14 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do interior paulista. A técnica de coleta de dados foi entrevista do tipo não diretiva, tendo como questão de partida: — Como os enfermeiros compreendem a consulta de enfermagem na Atenção Primária em Saúde? A análise dos dados foi realizada de acordo com a Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), tendo como orientação as estratégias básicas apresentadas por Strauss e Corbin para a formação de categorias. Esse método, com raízes interacionistas, consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. **Resultados:** da análise das experiências do grupo amostral, emergiu a categoria central: Da formação do enfermeiro à prática da Consulta de Enfermagem (CE) desvelando aprendizados, desafios e autonomia como componentes intervenientes. Foram identificados dois os fenômenos que representam a experiência do enfermeiro com a Consulta de enfermagem a saber: fenômeno 1: Do início da práxis do enfermeiro à plenitude da consulta de enfermagem e o fenômeno 2: a consulta de enfermagem na prática de Estratégia Saúde da Família. Os fenômenos apresentados desvelaram seus respectivos temas, categorias e subcategorias os quais induziram a emersão da categoria central e a construção do modelo teórico. **Conclusão:** a experiência do enfermeiro é positiva apesar de inúmeros desafios no cotidiano. Novos estudos agregarão compreensão que possibilitem ampliação das condições de trabalho, valorizando a consulta de enfermagem e o Enfermeiro.

Descritores: Processo de enfermagem; Estratégia saúde da família; Atenção primária à saúde; Enfermagem no Consultório; Pesquisa qualitativa; Teoria Fundamentada.

Lima, S. G. S. **Nursing consultation in primary health care: from nursing training to professional practice.** Thesis. Botucatu: School of Medicine – UNESP; 2021.

ABSTRACT

Introduction: the Nursing Consultation is a private activity of the nurse, used in the planning of the work, also considered as an essential instrument to direct the nursing assistance to the user and decide an action plan. In the context of Primary Health Care, the nursing consultation is available to all population groups, such as women's health, children, adolescents, adults, the elderly, people with chronic diseases, home visits and health education, which include care with the community. **Method:** it is a qualitative research about the nursing consultation, plus the lack of studies about this look in national and international domain. The participants of this research comprised a sample group, formed by 14 nurses from the Family Health Strategy of a city in the interior of São Paulo. The data collection technique was a non-directive interview, with the starting question: - How do nurses understand the nursing consultation in Primary Health Care? Data analysis was carried out according to Grounded Theory, with the basic strategies presented by Strauss and Corbin for the formation of categories. This method, with interactionist roots, consists in the discovery and development of a theory based on the information obtained and analyzed systematically and comparatively. **Results:** from the analysis of the experiences of the sample group, the central category emerged: From the training of nurses to the practice of Nursing Consultation (CE), unveiling learnings, challenges and autonomy as intervening components. Two phenomena were identified that represent the nurse's experience with the Nursing Consultation, namely: phenomenon 1: From the beginning of the nurse's praxis to the fullness of the nursing consultation and phenomenon 2: the nursing consultation in the practice of the Family Health Strategy. The phenomena presented revealed their respective themes, categories and subcategories in which they induced the emergence of the central category and the construction of the theoretical model. **Conclusion:** the nurse's experience is positive despite numerous daily challenges. New studies will add understanding that will enable the expansion of working conditions, valuing the nursing consultation and the Nurse.

Keywords: Nursing processes; Patterns of nursing practice; Primary health care.

Lista de Quadros

Quadro 1 – Características comuns e diferenciadoras da TFD	39
Quadro 2 - Unidades da Estratégia de Saúde da Família e Tipo de Gestão, 2018. ...	43
Quadro 3 - Caracterização dos participantes da pesquisa.....	44
Quadro 4 – Exemplo de codificação aberta	48
Quadro 5 – Exemplo de codificação axial	49
Quadro 6 – Exemplo de categoria e subcategoria	49
Quadro 7 – Paradigma de <i>Strauss e Corbin</i>	50
Quadro 8 - Fenômeno 1: Do início da práxis ao cotidiano da CE	112
Quadro 9 - Tema 1: A CE organizando o processo de trabalho do enfermeiro.	112
Quadro 10 - Categoria A.1 A CE e a formação do enfermeiro e subcategorias.	112
Quadro 11 - Categoria B.1 Aprendendo a realizar consulta de enfermagem.	114
Quadro 12 - Categoria B.2 Prezando a qualidade ao realizar a consulta de enfermagem.	115
Quadro 13 - Categoria C.1 Considerando as experiências diferentes da CE.	115
Quadro 14 - Categoria D.1 A agenda do enfermeiro e a CE.....	115
Quadro 15 - Tema 2 A apresentação da CE para o enfermeiro.....	116
Quadro 16 - Categoria E.1 A CE sendo reconhecida pelo enfermeiro, aceita pela equipe e comunidade.....	116
Quadro 17 - E.2 A CE fazendo parte do planejamento da unidade.	117
Quadro 18 - Categoria E.3 A CE conquistando visibilidade para o enfermeiro.....	117
Quadro 19 - Categoria E.4 O enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF.	118
Quadro 20 - Categoria E.5 Experienciando a CE na prática.....	118
Quadro 21 - E.6 Tendo dificuldade para a realização da CE.....	119
Quadro 22 - Fenômeno 2: A CE na prática de ESF.	120
Quadro 23 - Tema 1 Enfrentando sobrecargas no processo de trabalho com a CE.	120
Quadro 24 - Categoria A.1 Tendo problemas com a demanda espontânea.....	120
Quadro 25 - Categoria A.2 Não conseguindo programar a demanda espontânea. .	121
Quadro 26 - Categoria B.1 Interfaces entre assistência e gerência.....	121
Quadro 27 - Categoria B.2 Dando potência ao enfermeiro assistencial na CE.	122
Quadro 28 - Categoria C.1 Sobrecarga de trabalho do enfermeiro na ESF.	122
Quadro 29 - Categoria C.2 Considerando o tempo escasso para realizar as consultas de enfermagem na ESF.	123
Quadro 30 - Tema 2 Desafios da SAE.	123
Quadro 31 - Categoria D.1 Sistematizando a CE e subcategorias.	124
Quadro 32 - Categoria E.1 Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE.	126

Lista de Diagramas

Diagrama 1 - Fenômeno 1: Do início da práxis ao cotidiano da CE: temas.....	52
Diagrama 2 - Tema 1: A CE organizando o processo de trabalho do enfermeiro: categorias.....	54
Diagrama 3 - Categoria A.1. A CE e a formação do enfermeiro: subcategorias.....	55
Diagrama 4 - B.1 Categoria: Aprendendo a realizar consulta de enfermagem.....	58
Diagrama 5 - B.2 Categoria: Prezando a qualidade ao realizar a CE.	59
Diagrama 6 - C.1: Categoria: Considerando as experiências diferentes da CE.	60
Diagrama 7 - D.1 Categoria: A agenda do enfermeiro e a CE.....	61
Diagrama 8 - Tema 2: A apresentação da CE para o enfermeiro: categorias.	63
Diagrama 9 - E.1 A CE sendo reconhecida pelo enfermeiro e aceita pela equipe e comunidade.....	64
Diagrama 10 - E.2 Categoria: A CE fazendo parte do planejamento da unidade.....	65
Diagrama 11 - E.3 Categoria: A CE conquistando visibilidade para o enfermeiro.	66
Diagrama 12 - E.4 Categoria: O enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF.	67
Diagrama 13 - E.4 Categoria: O enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF.	68
Diagrama 14 - E.6 Categoria: Tendo dificuldade para a realização da CE.....	69
Diagrama 15 - Fenômeno 2: A CE na prática de ESF: temas.....	70
Diagrama 16 - Tema 1: Enfrentando sobrecargas no processo de trabalho com a CE: categorias.....	72
Diagrama 17 - A.1 Categoria: Tendo problemas com a demanda espontânea.	74
Diagrama 18 - A.2 Categoria: Não conseguindo programar a demanda espontânea.....	75
Diagrama 19 - B.1 Categoria: Interfaces entre assistência e gerência.	76
Diagrama 20 - B.2 Categoria: Dando potência ao enfermeiro assistencial na CE.....	77
Diagrama 21 - C.1 Categoria: Sobrecarga de trabalho do enfermeiro na ESF.....	78
Diagrama 22 - C.2 Categoria: Considerando o tempo escasso para realizar as consultas de enfermagem na ESF.	79
Diagrama 23 - Tema 2: Desafios da SAE: categorias.....	80
Diagrama 24 - D.1 Categoria: Sistematizando a consulta de enfermagem: subcategorias.....	81
Diagrama 25 - E.1 Categoria Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE.....	85

Lista de Figuras

Figura 1 - Fenômeno 1 com temas, categorias e subcategorias.	53
Figura 2 - Fenômeno 2 com temas, categorias e subcategorias.	71
Figura 3 - Modelo representativo da experiência do enfermeiro com a consulta de enfermagem na ESF.	87

Lista de Siglas

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AME	Ambulatório Médico Especializado
APS	Atenção Primária À Saúde
BVS	Biblioteca Virtual De Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integrada a Saúde Mental
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS I	Centro de Atenção Psicossociais
CAPS AD	Centro De Atenção Psicossociais Álcool e Drogas
CE	Consulta De Enfermagem
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE®	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem
CIPESC®	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CEP	Comitê de Ética Em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos De Saúde
COHAB	Conjunto Habitacional
DeCS	Descritores Em Saúde
DNC	Diretrizes Curriculares Nacionais
DRS VI	Departamento Regional de Saúde VI
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPA	Enfermagem Em Práticas Avançadas
ESF	Estratégia Saúde Da Família
FMB	Faculdade De Medicina De Botucatu
HIV	Vírus Da Imunodeficiência Humana
IBECS	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de La Salud
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística

LAPPIS	Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LILACS	Literatura Latinoamericana e do Caribe Em Ciências Da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnoses Association
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PBE	Práticas Baseadas em Evidencias
PE	Processo de Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde Da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único De Saúde
TDF	Teoria Fundamentada em Dados
UBS	Unidade Básica De Saúde
USF	Unidade Saúde Da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO INTEGRATIVA	20
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CORPUS DA ANÁLISE	21
3. OBJETIVOS	31
4. MÉTODO	32
4.1 TIPO DE PESQUISA	32
4.2. DESCREVENDO OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS	33
4.2.1 Integralidade do Cuidado em APS	34
4.2.2 A Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado.	37
4.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTA NOS DADOS (TFD) - <i>GROUNDENED THEORY</i>	38
4.4 DESENHO DA PESQUISA	40
4.4.1 Local do Estudo	40
4.4.2 Participantes da pesquisa	43
4.4.3 Coleta de dados	45
4.4.4 Análise dos dados	46
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	50
5. RESULTADOS	51
5.1. COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO	51
5.2 FENÔMENOS IDENTIFICADOS	51
5.3 DESCOBRINDO A CATEGORIA CENTRAL:	85
6. DISCUSSÃO	88
7. CONCLUSÃO	101
8. REFERENCIAS	102
APÊNDICE A	109
APÊNDICE B	110
APÊNDICE C	112
ANEXO I	127
ANEXO II	131
ANEXO III	132
ANEXO IV	133
ANEXO V	134

1. INTRODUÇÃO

A Consulta de Enfermagem (CE) é uma atividade privativa do enfermeiro, estabelecida pela Lei no 7.498/86, utilizada no planejamento do trabalho com intuito de fornecer ações de saúde por meio de orientações, instruções e ações com o propósito de decidir um plano de cuidado dentro do sistema de saúde, incluindo a assistência ao indivíduo, família e comunidade ⁽¹⁾.

Também é caracterizada como um instrumento eficiente e fundamental no trabalho do enfermeiro, se destaca como potente estratégia tecnológica de cuidado resolutive, oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, auxilia no planejamento, identifica os problemas de saúde, direciona o diagnóstico, as intervenções de enfermagem e o tratamento precoce, seja na promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do usuário ⁽²⁾.

Historicamente, conforme relatado pelos autores Maciel e Araújo⁽³⁾, a CE começa pela lei do exercício profissional de forma não oficial, porque abrangia atendimento a grupos específicos da população. O nome CE surgiu na década de 1960 após ser considerada na década de 1920 como entrevista pós-clínica por ser um procedimento que a equipe médica delegava a enfermeira ⁽³⁾.

Sua implementação é constituída por quatro fases históricas, a primeira fase deu-se com a criação da Escola Ana Néri em 1923, com a valorização das ações educativas realizadas para a comunidade, sendo as enfermeiras americanas as principais responsáveis pela implantação dessa prática ⁽³⁾.

A segunda fase, em 1938 foi caracterizada pelo período de grandes reformas políticas no país, provocando instabilidade e declínio na atuação do enfermeiro, que se estendeu até a segunda guerra mundial. Já o terceiro período em, pós-guerra, agregou uma imagem mais positiva da categoria com aperfeiçoamento das escolas de enfermagem e criação de serviços especiais de saúde pública, colaborando assim na melhora da consulta ⁽³⁾.

Em 1956 as pesquisas científicas de enfermagem se iniciam trazendo grandes perspectivas para a profissão com a inclusão das enfermeiras no planejamento de equipes de saúde, caracterizando assim a quarta e última fase do período de desenvolvimento da enfermagem que aprimora a prática da CE ⁽³⁾.

Sendo a CE parte do Processo de Enfermagem (PE) que foi introduzido, no Brasil, pela Professora Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, definido como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”. ^(4, p. 36), e caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. Na perspectiva de Wanda Horta (1979), o ser humano ou pessoa refere-se ao indivíduo, família, grupo e comunidade que necessitam dos cuidados de enfermagem ⁽⁴⁾.

Desde então, o PE por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo instituído nos currículos e grades de cursos de enfermagem nas instituições de ensino, assim como na prática da assistência oferecidas por profissionais atuantes.

O PE está alicerçado em cinco fases, sendo eles: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, prescrição de enfermagem e avaliação de enfermagem ⁽⁴⁾.

Relativo ao diagnóstico e intervenções de enfermagem, existem alguns sistemas de classificações universais em enfermagem que direcionam o PE de forma sistematizada, tais como: *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA), cuja primeira versão foi lançada em 1970 e o sistema de classificação de cuidados clínicos, intervenções e resultados de Enfermagem da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE®), mais utilizado na Atenção Primária à Saúde (APS), dentre outros ⁽⁵⁾.

A partir da Resolução do COFEN 358/2009, tornou-se obrigatória a implementação da SAE em todas as instituições de saúde, públicas ou privadas, no Brasil para organização da assistência e realização das etapas do PE ⁽²⁾.

A SAE apresenta-se como uma ferramenta de organização do trabalho da enfermagem e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) emerge como um marco unificador da linguagem dessa área, proporcionando uma terminologia padronizada dos cuidados prestados, que facilita a comunicação dos enfermeiros entre si e com outros profissionais de saúde responsáveis pelas decisões políticas, podendo os dados e informações resultantes serem utilizados para planejamento, gestão dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento de políticas de saúde ⁽⁶⁾.

Dessa forma, a partir da CIPE®, é possível criar declarações de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem ⁽⁶⁾.

Contudo, a CE é caracterizada como um instrumento privativo do enfermeiro, que exige conhecimento científico, ético, estratégico, sociopolítico, de comunicação, pensamento crítico, criatividade e raciocínio clínico. É uma estratégia tecnológica importante da categoria profissional, que permite o acompanhamento e detecção precoce de necessidades de saúde, formando vínculo com o cliente, e tendo na educação em saúde uma forte prática nas consultas ⁽⁷⁾.

Pode ainda ser caracterizada como uma ação pedagógica que dá margem a reflexão do saber/fazer envolvendo, além do próprio cliente, sua família, contexto de vida, locais que frequenta, abrangendo o físico, mental e espiritual. Todo esse conjunto de ações e habilidades credita uma autonomia nas ações do enfermeiro, podendo se destacar pela forma de relacionamento que a CE proporciona, mostrando sua importância à equipe e à população ⁽⁷⁾.

Outros autores apontam que a comunicação é uma ferramenta de estratégia que deve ser bem explorada e utilizada para que a CE possa ser eficaz como ação de saúde, cabendo ao enfermeiro saber identificar a fala verbal e a não-verbal durante o atendimento, reconhecendo emoções e sabendo lidar com expectativas e estereótipos afim de que não haja interferência na consulta de modo negativo ⁽⁸⁾.

O modo com o qual o profissional se porta durante e, principalmente, no início da consulta traz mais segurança, ou não, ao cliente; portanto é levantada a questão do saber se comunicar e desenvolver um diálogo utilizando as ferramentas apreendidas pela profissão e desenvolvendo assim, um atendimento que se preocupa não somente com a coleta de dados, mas que começa com um simples gesto, que pode proporcionar um vínculo maior. Esse é um motivo por qual a comunicação é um poderoso instrumento para o enfermeiro ⁽⁹⁾.

Entretanto, existem obstáculos, determinantes e condicionantes do PE e avaliando a CE nesse contexto, identifica-se a necessidade de se realizar uma padronização no atendimento:

“A importância da avaliação da CE pelo enfermeiro encontra-se na possibilidade de compreender os fatores que a influenciam, a fim de superar os aspectos limitantes, bem como valorizar os aspectos facilitadores e, conseqüentemente, ampliar a visibilidade do trabalho deste profissional” ⁽¹⁰⁾.

No contexto da APS, o enfermeiro tem suas ações respaldadas em protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), criados a partir das necessidades trazidas pelos enfermeiros da assistência sobre a sua prática clínica, fornecendo subsídios de maneira mais diretiva e prática, respaldando-os legalmente para as condutas, solicitação de exames, encaminhamentos para outros profissionais, prescrições medicamentosas e tomadas de decisões ⁽¹¹⁾.

Além disso, há municípios que desenvolvem seus próprios protocolos e, a depender do contexto, todos devem ser considerados.

Baseados na melhor evidência, os protocolos ampliaram a prática clínica do enfermeiro em todos os níveis de assistência à saúde, visando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde conferindo maior autonomia e segurança para a desempenhar o trabalho ⁽¹¹⁾.

Percebe-se que na prática da APS, os enfermeiros envolvidos de suas atribuições minimizam a CE, desconsiderando sua importância vivenciada na graduação. Entender a maneira como se realiza a CE pode subsidiar outros profissionais, auxiliar a gestão em estratégias e elaboração de treinamentos.

Diante desse cenário este estudo tem como questão de partida: como os enfermeiros compreendem a consulta de enfermagem na prática Estratégia Saúde da Família? Esta compreensão permitirá propor um modelo representativo dessa experiência de trabalho na APS.

2. REVISÃO INTEGRATIVA

Após a elaboração do projeto de estudo, houve necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca da produção do conhecimento, tanto no âmbito nacional quanto internacional. Para tanto, foi utilizado o método da revisão integrativa de literatura, cujos principais objetivos visam fornecer uma síntese de seus resultados e pesquisas, identificando o consenso dos especialistas sobre alguma prática em que haja conhecimento científico insuficiente para sua fundamentação.

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2018, por acesso online às bases de dados de saúde disponíveis nos portais Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e Bireme – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). No portal CAPES, foram consultadas as seguintes bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science*, *US National Library of Medicine* (Medline), *Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e SCOPUS. Na busca pelo portal Bireme, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram adicionados artigos das bases de dados do *Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud* (IBECS), Medline e LILACS.

Os descritores foram utilizados de diferentes formas, com os operadores booleanos OR e AND, nos idiomas português e inglês acompanhados de seus sinônimos referenciados pelos Descritores em Saúde (DeCS) / Medical Subject Headings (MeSH): Processo de Enfermagem; Enfermagem no Consultório; Atenção Primária à Saúde, *Nursing Process*; *Office Nursing*; *Primary Health Care*; *Advanced Practice Nursing*.

Foram incluídos artigos completos relacionados ao objeto de pesquisa, nos idiomas português, inglês e espanhol, originados de periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados referidas, no período de 2013 a novembro de 2018. Foram excluídos artigos repetidos, do tipo revisão e comentários, bem como estudos cujo objeto principal não se relacionava com a temática.

Visando à sistematização dos dados, desenvolveu-se um instrumento contendo informações referentes à autoria (nome dos autores, profissão e local de atuação) e às publicações (base de dados indexados, título, ano, periódico, idioma, país de origem, natureza do estudo, objeto de estudo, problema, sujeitos, principais

resultados relativos ao objeto de estudo e cenário).

Após a leitura do material utilizou-se como estratégia metodológica qualitativa para organizar sistematicamente a produção do conhecimento, a técnica de análise de conteúdo de *Bardin* ⁽¹²⁾, que propõe uma sequência de análise nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Inicialmente realizaram-se leituras dos documentos para melhor familiarização com o texto. Em seguida procederam-se recortes em unidades de registro, contexto, núcleos de sentido e categorização. Por último, os dados foram sistematizados com posterior discussão com a literatura ⁽¹²⁾.

A discussão foi apoiada pelo referencial teórico da Enfermagem em Práticas Avançadas segundo a ampliação do papel dos Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde ⁽¹³⁾.

Foram localizados 120 artigos nas bases e, após aplicados os critérios de elegibilidade e exclusão, resultaram em um corpus de análise de 14 artigos.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CORPUS DA ANÁLISE

Trata-se de um *corpus* de análise escasso sobre CE na APS, composto de 14 artigos com foco principal no PE. Os demais estudos excluídos enfatizaram doenças tratadas em APS, saúde mental, pediatria, geriatria, saúde da mulher, gestante, ambientes hospitalares, oncologia, dimensionamento de enfermagem e ética profissional limitando o número da amostra.

Entre os 14 (100%) artigos, 8 (64,2%) estão disponíveis em língua portuguesa e publicados em 2015 e 2016 com 4 (28,5%) em cada ano.

Quanto ao método adotado, metade da amostra, isto é, 50% foram de abordagem qualitativa. Em relação aos autores principais, 12 artigos (85,7%) escritos por enfermeiros e desses, 11 (78,5%) foram publicados em revistas de Enfermagem.

Após leitura do *corpus* de análise, sistematizou-se qualitativamente os dados segundo análise de conteúdo que revelou quatro categorias relativas a consulta de enfermagem na APS: 1) Consulta de enfermagem para o fortalecimento da atenção primária em saúde; 2) Sistematização da Assistência de Enfermagem como instrumento de sustentação da consulta de enfermagem; 3) Práticas da consulta de

enfermagem e o uso de protocolos; e 4) Desafios para implementação da consulta de enfermagem.

Tema 1) Consulta de enfermagem para o fortalecimento da atenção primária em saúde.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) junto à OMS tem incentivado a Enfermagem em Práticas Avançadas (EPA), que é entendida como a prática autônoma com ampliação na atuação clínica do profissional. Foram implementadas a princípio em países como Canadá e Estados Unidos, classificando-as como uma formação profissional de nível avançado. Este avanço tem sido reconhecido pelos órgãos políticos e usuários como planejamento eficiente de qualidade garantindo a integração da prática multiprofissional da APS, com o gerenciamento e o cuidado de indivíduos com doenças agudas leves e crônicas, sob a orientação de protocolos clínicos ou diretrizes ⁽¹³⁾.

Assim, a EPA está sendo considerada uma alternativa eficaz e eficiente para APS nos serviços de saúde em vários países, estimulando mudanças políticas com ênfase no progresso e valorização da formação do profissional de enfermagem ^(14, 15).

Países latino-americanos como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México, Panamá e Peru, apresentam níveis elevados de acesso à pós-graduação em enfermagem que, no futuro, podem oferecer necessário treinamento para EPA, contribuindo dessa forma, com uma prática profissional abrangente, diferenciada daquela realizada pelo enfermeiro da APS, pelo grau de autonomia na tomada de decisão, incluindo diagnóstico e tratamento dos distúrbios do paciente ⁽¹³⁾.

No Brasil, o enfermeiro como membro da equipe multiprofissional da APS possui atribuições gerenciais, assistenciais e educativas, tendo a CE como atividade principal para dar respostas à complexidade do indivíduo, família e comunidade ^(10, 15, 23-25) sendo alicerçadas por protocolos que exercem o papel de respaldar o profissional por meio de Práticas Baseadas em Evidências (PBE) ^(2, 4, 7, 16).

A CE tem como base os princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde para melhorar a qualidade da assistência perante a sociedade ^(17, 18). Neste sentido, é reconhecida a sua importância por meio dos resultados e ações assistenciais, a qual abrange o maior número de pacientes pelo fácil acesso da população e vínculo proporcionado junto ao enfermeiro ^(7, 19).

Assim como as demais profissões, a enfermagem tem participado da construção do SUS e do desenvolvimento da APS, acompanhada por diversas transformações sociais e políticas no campo tecnológico, nas relações interpessoais e, principalmente, na maneira de organizar os serviços para responder às novas demandas gerenciais e científicas da área da saúde ^(4, 20-22).

A participação dos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuíram para promover avanços na implantação da CE em unidades de APS, de modo que esses profissionais desempenham atividades de forma contínua, com práticas clínicas, centradas no ciclo vital, na assistência à família e de seus membros ^(18, 21, 23).

Em alguns países da América, assim como no Brasil, os enfermeiros de APS, por meio da CE, possuem autonomia, autoridade legal e reguladora em parceria com o médico, para avaliar, diagnosticar e tratar pacientes com doenças agudas, lesões comuns, manejo de doenças crônicas, assim como solicitar e interpretar testes de diagnóstico, prescrever medicamentos (com base em protocolos) e executar procedimentos específicos ^(11, 16, 24).

Na CE o profissional tem como objetivo principal prestar assistência integral, resolutive, contínua, com qualidade, oferecendo atendimento as demandas da população que utilizam os serviços de saúde, como gestantes, atendimentos de puericultura para assistência às crianças, sendo capaz de identificar não apenas as necessidades consideradas como demandas específicas, mas também as situações eventuais apresentadas no cotidiano e nas emergências ^(4, 21, 25).

Porém, o enfermeiro conduz as orientações sem impor suas concepções, respeitando as crenças, normas, valores e a realidade socioeconômica do paciente, gerando melhor interação pessoal, que favoreça aproximação com o viver das pessoas, identificando os reais problemas de saúde para que possa intervir ⁽⁷⁾.

Nesse sentido, a EPA contribui para a melhoria da qualidade da assistência, com o aumento da cobertura e a diminuição dos custos de saúde. Sua implementação é vista como importante estratégia para a consolidação da força de trabalho do profissional de enfermagem, particularmente no que diz respeito à qualificação, recrutamento, reconhecimento e fixação nos serviços de saúde ⁽¹³⁾.

Tema 2) A sistematização da assistência de enfermagem como instrumento

de sustentação da CE.

O PE como prática assistencial é capaz de fornecer maior cobertura para os serviços com ações de promoção e prevenção da saúde, que contribui para a elaboração de um sistema classificatório que estimula mudanças, aprimora a qualidade da gestão, ensino, pesquisa e avaliação do cuidado à saúde ^(17, 25-26).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), entendida como instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e documenta a prática da CE está associada ao PE, sendo extremamente importante para a organização e gerência do cuidado ^(3, 15).

Dessa forma, desde a década de 1970, a sistematização tornou-se obrigatória no serviço profissional de enfermagem em todas as áreas de assistência, seja em atenção primária, secundária e terciária, assim como em instituições privadas ou públicas ^(7, 23).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) declara de forma legislativa sobre as competências dos profissionais de enfermagem e sobre as anotações que devem ser documentadas. A Resolução COFEN nº 358/2009 refere-se à SAE e à CE como métodos do processo de trabalho, que demonstram a contribuição do enfermeiro na APS, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. O COFEN ainda determina como privativo ao enfermeiro a implementação, planejamento, organização, execução e avaliação do PE ^(2, 20, 27-28).

Existe o reconhecimento da importância da SAE e do PE para organização das atividades assistenciais e gerenciais relacionadas à equipe de enfermagem na APS, bem como de seu auxílio na tomada de decisão. Porém, esse processo muitas vezes não é contemplado em sua totalidade devido à sobrecarga de trabalho, aumento da demanda e atenções voltadas a serviços burocráticos, os quais são exigidos pelos gestores ^(11, 20).

A possibilidade de aplicar a SAE no cotidiano dos diferentes ambientes assistenciais torna o profissional capaz de exercer as suas funções privativas, sem delegá-las aos demais integrantes da equipe ^(7, 23, 29).

Vale ressaltar que a SAE enfatiza o direcionamento da organização do cuidado e possibilita aos profissionais de enfermagem exercer sua autonomia perante os demais trabalhadores da saúde. Fato este que se alinha a EPA por

permitir que o profissional tenha alto grau de liberdade e competência para tomar decisões clínicas, realizar avaliações, diagnósticos e prescrições, além de ser responsável pela gestão de casos, avaliação, implementação de programas e planos de cuidado ao usuário ⁽¹³⁾.

Dessa forma, em meio à literatura, encontramos outras nomenclaturas que referem à sistematização da assistência como: processo do cuidado, metodologia do cuidado, processo de assistir, consulta de enfermagem e inclusive o próprio PE ^(7, 20, 23, 26, 29).

Evidencia-se que o uso de linguagens padronizadas é necessário para o exercício da profissão, ou seja, estimular o uso de terminologias e taxonomias universais com desfecho de saúde para demonstrar a eficácia das intervenções ^(16, 29).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) busca a universalização da linguagem profissional visando à agilidade e prontidão na definição de diagnósticos e intervenções de enfermagem e possibilidades de diálogo no âmbito internacional, em distintos contextos culturais, sociais e de saúde ^(17, 20, 30).

Assim, desde 1919, modelos classificatórios são utilizados como instrumentos para auxiliar os profissionais no exercício de suas práticas, sendo que um dos mais relevantes é o de classificação de diagnósticos de enfermagem, coordenado desde 2002 pelo Grupo Norte Americano de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem que passou a ser chamado *North American Nursing Diagnoses Association* – NANDA Internacional, direcionados a instituições hospitalares ^(23,31).

Desta forma, a OMS sugeriu para CIE um projeto internacional voltado para classificações realizadas na APS, chamado de Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE[®]) ⁽³⁰⁻³²⁾.

A CIPE[®] corresponde uma terminologia multiaxial combinatória que possibilita formular diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, padronizando as nomenclaturas, na qual representa o domínio da prática e unifica a linguagem da enfermagem em vertente mundial ⁽³¹⁾.

No Brasil, a partir de 1994 a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) assumiu o compromisso de desenvolver um projeto voltado para a consolidação da aplicação da CIPE[®] na Atenção Básica, originando a Classificação Internacional de

Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®). Tal iniciativa acarretou na criação do inventário vocabular de enfermagem em saúde coletiva, por meio da identificação de fenômenos, ações de enfermagem e caracterização do processo de trabalho, inicialmente na cidade de Curitiba-Paraná e posteriormente nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraíba⁽³⁰⁻³¹⁾.

Além disso, em 2007 a CIE aprovou o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® na Paraíba, que está instalado em diversos países como Canadá, Estados Unidos, Portugal e Chile, e tem o intuito de fortalecer e ampliar o propósito da profissão na assistência, educação e pesquisa⁽³³⁾.

A CIPE®/CIPESC® é capaz de permitir a realização da evolução de enfermagem, com propósito de auxiliar nas intervenções e orientações fornecidas aos usuários, sendo consideradas pelos enfermeiros da APS como uma forma prática e ágil de desempenhar suas atividades, quando integrado ao sistema informatizado na CE, na nomeação dos diagnósticos e possibilidades nas intervenções de enfermagem^(17,32, 34).

Sendo assim, as utilizações da SAE bem como dos seus instrumentos de apoio são importantes para o fortalecimento da CE, pois permitem a organização do processo de trabalho e linguagem unificada. Aliado a isso, destaca-se a implementação da EPA como uma possibilidade de mudança na força de trabalho em saúde, principalmente no que diz respeito a competências e qualificações de enfermeiros nos serviços de saúde.

Tema 3) Práticas da consulta de enfermagem e o uso de protocolos.

O uso de protocolos assistenciais tem contribuído para a realização da CE e para a efetivação da integralidade do cuidado proposta pelo SUS. No entanto, para que tenham significado no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, eles devem ser discutidos, problematizados e adequados às necessidades da população e ao processo de trabalho das equipes^(18, 25, 34).

Utilizam-se os protocolos principalmente por meio da descrição de situações específicas relacionadas à assistência e cuidado, conduzidas pelos profissionais para a prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Dentre seus atributos, estão ações de avaliação, diagnóstico e tratamento mediante o uso de intervenções educacionais, emocionais, físicas e farmacológicas, que a enfermagem desempenha

de maneira independente ou compartilhada com outros profissionais da equipe de saúde ^(16,35).

Ademais, a OMS sugere a elaboração de guias clínicos ou protocolos com base em evidências para atenção em saúde na APS que envolvam, competências de agente de mudança e liderança, competências administrativas, como o desenvolvimento e implementação de políticas e tomada de decisões, e práticas avançadas que gerem inovações de maneira proativa ⁽¹³⁾.

Tal conhecimento pode estar embasado no desenvolvimento das teorias de enfermagem, inicialmente apresentadas nos Estados Unidos que atingiram as escolas de enfermagem do Brasil na década de 70, colaborando com estudos que foram realizados pelas enfermeiras teóricas brasileiras ^(7,23).

Neste sentido, as universidades brasileiras têm destacado a importância de se colocar nos currículos de graduação conteúdos que estimulem o aprendizado, a compreensão dos métodos para a realização da prática embasada em conhecimento científico ^(18, 20, 28).

A busca pela construção de conhecimento específico deve ser estimulada em todos os âmbitos de trabalho da enfermagem. Aprimorar-se é uma característica da profissão para qualidade do trabalho assistencial e colaboração da ciência ^(7, 16, 31).

Porém, a literatura apontou que há uma tendência na reprodução do modelo biomédico, com ações centradas nas queixas agudas, com uma proposta curativa, focada na doença e não no ser humano ^(11, 18, 36).

Entre os motivos para reprodução desse modelo, encontram-se fatores pessoais dos profissionais, visão cartesiana de mundo, preparo inadequado na graduação, falta de comprometimento, envolvimento e responsabilidade, além de déficit para desempenhar liderança e organização ^(23, 31).

Há que se estimular transformações das práticas assistenciais e incentivar o uso de protocolos para o aprimoramento e ampliação da qualidade dos serviços. Neste sentido, deve-se estimular o aperfeiçoamento dos profissionais por meio de especializações, pós-graduações e educações permanentes em saúde com intuito de promover reconhecimento, atualização e assistência com qualidade frente às necessidades da população ^(14, 23, 29).

A formação de profissionais autônomos e qualificados pode ser estimulada por meio da realização do mestrado em práticas avançadas, que visa assegurar a qualidade dos serviços; promover a formação contínua; garantir assistência à saúde em áreas de difícil acesso e oferecer a população melhores competências profissionais ⁽¹³⁾.

Além disso, atividades de educação permanente devem ser desenvolvidas de forma eficaz, com a elaboração de estratégias que amenizem os problemas existentes na atualidade, incentivem à aquisição de conhecimentos e busquem aplicação dos protocolos corretamente, visto que os materiais disponíveis na rede pública, como os manuais, não são suficientes para o planejamento e gestão de acordo com as necessidades apresentadas no cotidiano ^(16, 18-19).

Ressalta-se que as aplicações dos protocolos auxiliam e respaldam o profissional na realização da CE. No entanto, necessita-se da atualização dos instrumentos com o incentivo de adquirir novos conhecimentos e tecnologias, embasados em evidências científicas que ampliem o cuidado de enfermagem.

Tema 4) Desafios para implementação da CE.

Na atualidade, a busca pela assistência em saúde com qualidade e segurança está presente de forma primordial nas discussões políticas e constitui um grande desafio para a sociedade ⁽⁹⁾. Nesse contexto encontram-se nas instituições de saúde inúmeras dificuldades relacionadas aos recursos físicos, materiais e humanos.

Alguns entraves são apontados pelos profissionais enfermeiros, como por exemplo, espaços físicos onde exercem suas atividades adaptados em casas residenciais, consultórios compartilhados e outras estruturas inadequadas. Envolvem também questões relacionadas aos equipamentos obsoletos, ausência de conexão à internet e problemas no sistema informatizado que geram transtornos no dia a dia dos trabalhadores em APS ⁽¹⁹⁾.

Quanto aos recursos humanos, especificamente no que diz respeito aos enfermeiros, existe alta rotatividade desses profissionais na APS devido às diversas atribuições exigidas e baixa remuneração comparada às responsabilidades ^(3, 12).

É questionada a dificuldade em exercer atividades assistenciais com interferências dos membros da equipe, principalmente no momento da CE, para

resolução de problemas relacionados à gestão, refletindo falta de planejamento para desempenhar as atividades e trazendo como consequência a diminuição de qualidade do atendimento ao usuário ^(31, 34).

Diante da sobrecarga de trabalho expressa, há o descumprimento das etapas da sistematização na CE sendo esse fato considerado um desafio para os enfermeiros, principalmente no quesito diagnóstico, caracterizado pela falta de habilidade e manejo com o instrumento classificatório ^(11, 16-17, 19-20).

Evidenciam-se três fatores principais que interferem na concretização da SAE na CE: a princípio, os fatores pessoais e profissionais que estão relacionados ao preparo inadequado na graduação, à falta de engajamento, responsabilidade, falta de influência e organização, problemas em relacionamentos interpessoais e desvio de funções e remuneração. Os fatores organizacionais que se referem à ausência de profissionais de enfermagem, às funções administrativas junto à assistência, ao desinteresse da gestão, às estruturas físicas inadequadas e ao déficit dos serviços de apoio. Por fim, os fatores pertinentes ao modelo teórico, que evidenciam a ausência das etapas e a complexidade do PE ⁽³⁴⁾.

Nesse sentido, há controvérsias conceituais que podem dificultar a compreensão dos profissionais e estudantes durante o período de formação; pois a mesma metodologia pode ser encontrada sob diversas nomenclaturas, como: SAE, CE, metodologia do cuidado de enfermagem, metodologia da assistência de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem, processo de atenção em enfermagem, processo de cuidar em enfermagem, entre outras ⁽²³⁾.

Necessita-se estimular órgãos políticos e administrativos para implementar mudanças no perfil assistencial da enfermagem, com estratégias de apoio a estes profissionais, promover maior envolvimento na prática do PE e sistematização efetiva da CE, uma vez que a complexidade do trabalho leva à redução do número de pacientes a serem contemplados na assistência ^(20, 23-24).

Ademais, considera-se também como desafio a fragilidade dos instrumentos disponíveis, com questionamentos referentes à limitação de diagnósticos e intervenções que dão maior ênfase nas áreas de saúde da mulher e da criança evidenciando necessidade da inclusão de termos relacionados às outras áreas de cuidado ^(17, 25, 34).

Neste contexto observa-se o desconhecimento sobre tais instrumentos, falta de treinamento, não obrigatoriedade de seu uso, bem como condições de trabalho desfavoráveis, o que gera negligência da aplicação do inventário vocabular como instrumento do processo de trabalho ^(17, 20, 34).

Segundo a OMS, alguns passos são necessários para enfrentar os desafios da enfermagem: a) implementar estratégias ativas para recrutar enfermeiros com intuito de atingir profissionais críticos, minimizando o déficit de recursos humanos em saúde; b) padronizar as exigências e qualificações para cursos de formação, para garantir a flexibilidade profissional; c) incentivar profissionais críticos para o ensino gerando futuros pesquisadores e líderes; d) promover integração interprofissional nas equipes de saúde; e) desenvolver avanços para a prática, com trajetórias profissionais estabelecidas no início da carreira profissional ⁽¹³⁾.

Assim, é importante que os enfermeiros atuantes na APS estejam inteirados, preparados para o exercício da CE, visando melhorar a qualidade da assistência, reconhecimento profissional e planejamento do trabalho em constante atualização por meio da educação permanente, treinamento e especializações.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se o reduzido número de artigos encontrados sobre a temática com ênfase no processo de trabalho do enfermeiro por meio da CE nos últimos cinco anos.

Por fim, esse trabalho contribui para proporcionar uma visão ampliada da ciência em enfermagem, uma vez que a revisão integrativa apontou a realidade da CE na APS e que, embora caminhe em direção a novos modelos dessa assistência, continua alicerçada no modelo biomédico. Sendo assim, é necessário desvelar a experiência do enfermeiro de ESF com a CE no momento atual.

3. OBJETIVOS

- Compreender a experiência do enfermeiro com a consulta de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde, particularmente a Estratégia Saúde da Família.
- Propor um modelo representativo dessa experiência.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

A opção pela metodologia qualitativa emergiu a partir do interesse em compreender como os enfermeiros atuam perante a CE na APS apoiada na Integralidade do Cuidado, acrescida da carência de estudos, neste ponto de vista, em domínio nacional e internacional.

Dessa forma, o método qualitativo é recomendado quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Ademais, este tipo de pesquisa, geralmente, é conduzido no ambiente natural, a fim de que o contexto, no qual o fenômeno ocorre seja considerado como parte do mesmo ⁽³⁷⁾.

Para esses autores, as abordagens qualitativas são indutivas, isto significa que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, onde o pesquisador examina os elementos buscando descrições, padrões e relações do fenômeno e então retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Assim, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para este período de tempo.

Para desenvolver a investigação qualitativa, o pesquisador passa por três fases denominadas: exploração, decisão e descoberta. A fase de exploração envolve a seleção e definição do problema, a escolha do local do estudo e o estabelecimento de contatos para a entrada no campo. Nessa etapa inicial, também se encontram as primeiras observações com a finalidade de conhecer melhor o fenômeno e selecionar os aspectos a serem investigados. Esses primeiros questionamentos orientarão na coleta de dados e na formulação de hipóteses que poderão ser modificadas, à medida que mais dados sejam coletados ⁽³⁸⁾.

A segunda fase envolve a busca sistemática dos dados selecionados, como os mais importantes para compreender e interpretar o fenômeno estudado. Os tipos de dados coletados podem mudar durante a investigação, pois as informações colhidas e as teorias emergentes devem ser usadas para dirigir a coleta de dados ⁽³⁸⁾.

A terceira fase consiste na exploração da realidade, ou seja, na “tentativa de

encontrar os princípios subjacentes ao fenômeno estudado e de situar as várias descobertas num contexto mais amplo”. Complementam, ainda, que os fatores não se revelam gratuita e diretamente aos olhos do pesquisador, não são passados a ele, e que nem o mesmo os enfrenta desarmados de todos os princípios e pressuposições, ou seja, desprovido de sua visão de mundo. Interrogando os dados, baseado no conhecimento que tem do assunto, vai se construindo o conhecimento sobre o fato pesquisado. Nessa fase, o pesquisador desenvolve teorias num processo indutivo de todo o estudo ⁽³⁸⁾.

Foram adotados todos os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) indicado para pesquisas qualitativas para garantir a qualidade do estudo.

4.2. DESCRREVENDO OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

4.2.1 O referencial teórico: Integralidade do cuidado

Para discutir os dados se utilizarão dos conceitos da Integralidade do Cuidado. Diante do uso polissêmico da palavra Integralidade, utilizaremos esse referencial de acordo com apontamentos dos autores: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Madel Therezinha Luz, entre outros, que compõem o colegiado de pesquisadores do LAPPIS (Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde). Trata-se de um centro de estudos que auxilia na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde, por meio de um trabalho multidisciplinar e tem como princípio que o conhecimento é construído na prática dos sujeitos, nas instituições de saúde e na sua relação com a sociedade civil.

O grupo de pesquisadores do LAPPIS compreende a integralidade com um amplo conceito, uma ação social que resulta de interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas, na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema.

Neste contexto, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, dirigentes e usuários). Desse modo, os serviços têm potencial para construir e reproduzir saberes e práticas integrais de

cuidado e atenção à saúde, assim como para avaliar os efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população ⁽³⁹⁾.

As autoras ressaltam que as instituições de saúde representam um lócus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, nas práticas de saúde difundidas na coletividade, nos espaços onde ela deveria se materializar, isto é, nos serviços de saúde. Afinal, os serviços de saúde constituem cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde ⁽³⁹⁾.

Esse fato evidencia uma compreensão ampliada do direito à saúde, na medida em que os conteúdos teórico-práticos norteadores dessas práticas se aproximam da integralidade em duas dimensões: da atenção e do cuidado em saúde.

Para tanto, torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais, como por exemplo, a CE e sua práxis na APS.

4.2.1 Integralidade do Cuidado em APS

Adiante a realidade em que os avanços da ciência e da tecnologia são cada vez mais fortes, faz se necessário o reconhecimento da condição humana que tem passado por transformações, assim como, a formação dos profissionais de saúde ⁽⁴⁰⁾.

Assim sendo, é preciso repensar a formação dos profissionais de saúde no contexto do SUS, trazendo à memória o conceito da integralidade como um complexo princípio do sistema de saúde brasileiro. Segundo a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a integralidade é definida “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” ⁽⁴⁰⁾.

Como um conceito ampliado, visa compreender as necessidades humanas nas dimensões biopsicossociais e culturais, que vão além das necessidades básicas⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Deste modo, é preciso pensar na integralidade enquanto um termo plural, ético e democrático, agregador de um conjunto de práticas que representem valores a serem exercitados no dia-a-dia. Isso significa considerá-la como eixo prioritário das políticas de saúde, cujas dimensões de análise possam abarcar os componentes da gestão, reorganização do serviço, o processo de trabalho e a formulação participativa das políticas governamentais⁽⁴⁰⁾.

Assim, Pinheiro (2007) refere que o princípio da integralidade pode ser caracterizado a partir de três conjuntos de sentidos: da organização dos serviços de saúde, do conhecimento e práticas dos trabalhadores nos serviços de saúde e da formulação de políticas governamentais⁽³⁹⁾.

O primeiro sentido está relacionado à extensão das respostas governamentais aos problemas de saúde, no sentido de garantir à população o acesso universal e igualitário às ações de saúde, mediante a movimentação de todos os níveis de atenção; o segundo é relativo a aspectos da organização dos serviços e sua capacidade de apreender, de forma ampliada, as necessidades dos grupos; o terceiro sentido diz respeito às práticas de saúde adotadas pelos profissionais, as quais devem ser capazes de identificar e oferecer ações centradas nos usuários e suas necessidades de saúde, a partir das suas individualidades⁽²⁸⁾.

Neste contexto, a partir da criação das instituições de saúde colocam-se grandes desafios aos gestores, profissionais, formadores e pesquisadores do campo da atenção primária para promover a saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade e integralidade⁽⁴⁰⁾.

O tema da integralidade pode ser melhor compreendido e aprofundado, a partir de diferentes dimensões complementares, trazidas aqui em dois pontos de vista: o primeiro acerca da saúde coletiva e o segundo acerca da abordagem individual⁽⁴³⁾.

Sob a perspectiva da saúde coletiva, a integralidade requer a conexão entre as ações coletivas, preventivas e às ações curativas, necessárias dentro de cada serviço de saúde e também entre os diversos setores que formulam e executam as

políticas públicas. Na ótica da abordagem individual, ressalta-se a atenção às pessoas como um todo, não fragmentando o cuidado em aparelhos, órgãos ou patologias, mas sim englobando um olhar sobre as questões subjetivas que dizem respeito ao contexto social desses indivíduos, portadores de singularidades ⁽⁴⁴⁾.

No campo da APS, é dado enfoque à abordagem integral realizada pela equipe multiprofissional de saúde, onde a contribuição de disciplinas e saberes de diferentes categorias profissionais contribuam para a abordagem holística do usuário e não simplesmente um somatório de vários saberes e práticas. Essa abordagem exige um olhar ampliado, direcionado além das queixas e do relato de sofrimento dos indivíduos, com objetivo de alcançar aspectos preventivos aos agravos e de foco às ações de promoção da saúde ^(40, 44).

É fundamental que essa integração e inter-relação multiprofissional ocorra em todos os serviços e de forma contínua, destacando a APS, caracterizada como porta de acesso ao sistema de saúde, tendo a qualidade do atendimento prestado pelo profissional definidor do trajeto do usuário no sistema ⁽⁴⁵⁾.

A qualidade da assistência é embasada na formação técnica e ética do profissional, a qual determina a resolubilidade de cada caso clínico, definindo o vínculo e responsabilidade com o usuário, no que contribui para um plano de cuidado integral à saúde dos indivíduos ⁽⁴⁵⁾.

Para a organização do processo de trabalho na APS considera-se o princípio da integralidade, requerendo alguns fatores como: gestão do sistema de saúde orientada pelo trabalho em rede, modelo assistencial orientado pela responsabilização e vínculo, trabalho em equipe, disponibilidade de recursos tecnológicos e sistema de informação ⁽⁴⁴⁾.

A gestão do sistema de saúde orientada pelo trabalho em rede conta com a organização do sistema de saúde regionalizado e delimitado por diferentes densidades de complexidade assistencial, favorecendo acesso, continuidade, integralidade da assistência e racionalização dos recursos ⁽⁴⁶⁾.

No modelo assistencial, este deve ser orientado pelos princípios de compromisso e relacionamento entre profissionais de saúde e usuários, pois somente com credibilidade e confiança do usuário nos profissionais é possível um comprometimento com o tratamento e plano de cuidados. Acrescentando a isso, o

trabalho em equipe requer a integração dos diferentes saberes e práticas dos profissionais de saúde, no sentido de transdisciplinaridade, ampliando a visão sobre os problemas apresentados pela população ⁽⁴⁴⁾.

Ressalta-se também a importância da disponibilidade de recursos tecnológicos necessários à continuidade e complementação da assistência à saúde desta população em todos os níveis da Redes de Atenção à Saúde (RAS), seja por meio de consultas e exames especializados, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde em todo trajeto pelo sistema ⁽⁴⁴⁾.

Em 1994, frente à necessidade em estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), que adquiriu sua centralidade na APS ⁽⁴⁷⁾.

Assim, o serviço de APS atrelado ao trabalho de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que compõe a ESF, confere um espaço para o desenvolvimento pleno da integralidade do cuidado à saúde dos indivíduos, sendo considerado o dever da amplitude nos olhares além das necessidades em saúde, focando ações de promoção, visto que estas compreendem a base do trabalho na APS.

4.2.2 A Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado.

O sistema de saúde nacional destaca a ESF, a qual representa um marco em busca de ampliar o modelo biomédico da assistência, impulsionando uma nova prática de cuidado centrada no usuário em sua totalidade, adotando o acolhimento como estratégia para estabelecer vínculos e definir condutas com prioridades igualitárias e condizentes com suas necessidades ⁽⁴⁸⁾.

Para a concretização da integralidade neste cenário é necessário que cada profissional que compõe a ESF desempenhe suas ações de maneira coordenada e articulada à equipe em prol do cuidado integral ao usuário ⁽⁴⁸⁾.

Para o alcance da integralidade do cuidado, é preciso que os profissionais da ESF ampliem os olhares para os indivíduos, considerando-os como protagonistas deste processo de cuidar ⁽⁴⁹⁾.

Neste contexto, entende-se por cuidado o desvelo, solicitude, atenção, bom trato. É o meio de centrar-se no outro, envolvendo competência técnica,

conhecimento científico e qualidades humanas, aspectos estes que são interligados por uma ação dinâmica, pensada e refletida no cuidar ⁽⁵⁰⁾.

Tendo o cuidado como essência de seu processo de trabalho, o enfermeiro integra-se fundamentalmente nas práticas assistenciais e, com sua formação generalista, crítica e reflexiva, possui plena capacidade de contextualizar em sua prática a integralidade do cuidado ⁽²⁸⁾.

A Enfermagem colabora para o fortalecimento da APS, visto que é responsável pela atuação junto à comunidade, em um processo que parte da identificação das necessidades da população até o completo atendimento de seus clientes por meio da CE. Assim, a consulta é considerada fundamental para execução de suas práticas assistenciais utilizando o PE, considerando-o como um meio de atuação privativo do enfermeiro ^(4, 31).

4.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTA NOS DADOS (TFD) - *GROUNDLED THEORY*.

Tendo definido o referencial conceitual, fez-se necessário encontrar uma diretriz metodológica, coerente com o mesmo, capaz de indicar os caminhos a serem percorridos pelo investigador, principalmente com a organização, coleta e posterior análise em dados coletados.

A Teoria Fundamentada nos Dados, abreviada como TFD, é um dos métodos mais utilizados na pesquisa qualitativa em enfermagem. Viabiliza gerar explicações a partir da compreensão das ações de indivíduos ou grupos em um determinado contexto diante do enfrentamento de problemas ou situações sociais vivenciadas ⁽⁵¹⁾.

Esse referencial foi desenvolvido por Barney Glaser e Anselm Strauss, no início da década de 1960, dois sociólogos que desfrutavam de conhecimentos inerentes à tradição em pesquisa na Universidade de Chicago, com influência do interacionismo simbólico e do pragmatismo. Assim, surgiu a TFD, cuja sistematização técnica e procedimentos de análise capacitam o pesquisador para desenvolver teorias sociológicas sobre a vida dos indivíduos ⁽⁵²⁾.

Em sua essência, busca estabelecer compatibilidade entre teoria e observação, capacidade de generalização e reprodutibilidade, precisão, rigor e

verificação ⁽⁵²⁾.

Considera-se a existência de três principais perspectivas metodológicas existentes da TFD, constituídas através da evolução do pensamento científico e dos paradigmas norteadores da pesquisa qualitativa, sendo elas: Clássica, Straussiana e Construtivista ⁽⁵¹⁾ como ilustra o quadro 1.

Quadro 1 – Características comuns e diferenciadoras da TFD

Características comuns	Vertentes da TFD	Características diferenciadoras		
		Base filosófica	Uso da literatura	Sistema de codificação
- Amostragem teórica - Análise comparativa constante - Memorandos - Teoria substantiva x teoria formal	Clássica	Positivismo moderado	Somente ao final	Original para descobrir a teoria
	Straussiana	Pós-positivismo e Interacionismo Simbólico	Todas as etapas	Rigorosa para criar a teoria
	Construtivista	Construtivismo e Interacionismo Simbólico	Todas as etapas e selecionadas ao final	Em aberto para construir a teoria

Fonte: Adaptado de Santos, JLG 2018.

Na tradição straussiana os principais representantes *Anselm Strauss* e *Juliet Corbin*, definiram novas etapas para o desenvolvimento da TFD e propõem torna-la mais acessível e didática. Desta forma, optou-se por utilizar esta perspectiva metodológica no estudo, pois destaca a posição ativa do pesquisador diante dos dados e na elaboração da teoria, o qual pode buscar apoio teórico antes e durante a coleta e análise de dados ⁽⁵¹⁾.

Assim, essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Para os autores a teoria significa “*uma estratégia para trabalhar*

os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar”⁽⁵²⁾.

A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que as categorias começam a emergir dos dados.

Este é um processo descrito como amostragem teórica, onde o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Neste sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados⁽⁵²⁾.

4.4 DESENHO DA PESQUISA

4.4.1 Local do Estudo

O estudo foi realizado em doze Unidades Estratégia da Família no município de Botucatu, que está localizada na região centro-oeste do Estado de São Paulo com distância de 235Km da capital paulista.

Conhecida como "A Cidade dos Bons Ares, das Boas Escolas e das Boas Indústrias" e segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população é de 127.328 habitantes em 2010⁽⁵³⁾. Possui temperatura agradável (média 22°C) com brisa constante, pois a cidade localiza-se no alto da serra, conhecida como Cuesta de Botucatu⁽⁵⁴⁾.

A APS de Botucatu conta com 20 Unidades de Saúde, sendo 02 Centros de Saúde Escola, 06 Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional de atenção à saúde e 17 equipes saúde da família (divididas em 12 unidades de saúde), com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF composto por médicos especialistas (pediatras, ginecologistas, geriatras, psiquiatras e outros), fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais; contando também com o Espaço Saúde Dra Cecília Magaldi que agrega vários serviços de saúde como: CAPS I, Clínica de Diversidades Terapêuticas (acupuntura e homeopatia), Clínica do bebê, Farmácia Municipal e

Central de esterilização ⁽⁵⁵⁾.

Além dos programas de saúde básicos (saúde da mulher, da criança, do adulto, assistência ao pré-natal, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes), estão em desenvolvimento os programas de saúde do adolescente, saúde bucal, saúde do escolar, saúde mental, saúde do idoso, saúde do trabalhador e o Programa Municipal de DST/HIV/AIDS ⁽⁵⁵⁾.

Na composição do sistema de saúde, o município conta com quatro hospitais, que prestam assistência à população local e regional, desde a atenção secundária à terciária, a saber: Hospital das Clínicas da FMB – UNESP (contemplando o pronto socorro e hospital Estadual Botucatu), Hospital da UNIMED (atuando como pronto atendimento, não conveniado ao Sistema Único de Saúde), Hospital do Bairro – atuando como pronto socorro pediátrico e o Hospital Psiquiátrico “Prof. Cantídio de Moura Campos”. Conta ainda com Ambulatório Regional de Especialidades (ARE), da DRS VI – Bauru, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), uma Oficina Terapêutica ligada ao “CAIS Cantídio de Moura Campos”, promovendo a desinstitucionalização dos pacientes internados e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador ⁽⁵⁵⁾.

A Unimed conta com mais um hospital recém inaugurado e, na área de saúde do trabalhador, o município conta com um Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST).

Na assistência de média complexidade ambulatorial e urgência/emergência o município conta com Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ⁽⁵⁵⁾.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) trabalham na forma tradicional e realizam o atendimento básico para a sua área de abrangência, são referências em pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral. As Unidades de Saúde da Família (USF) são responsáveis pela atenção básica familiar em sua área de abrangência ⁽⁵⁵⁾.

As primeiras UBS sob gestão municipal datam da década de 1980 e, realizam o atendimento pautado na figura do médico, na doença, na demanda espontânea e sobretudo, com territórios pouco definidos. Entre estas, três unidades atuam hoje como policlínicas realizando, além do atendimento básico para sua área de

abrangência, o atendimento de referência em pediatria, ginecologia e obstetrícia às USFs. Além destes profissionais, compõem as equipes das UBS: um enfermeiro gerente, um enfermeiro assistencial, cinco a nove auxiliares de enfermagem, um a dois auxiliares administrativos, dois a quatro dentistas, um a dois auxiliares de consultório dentário e dois auxiliares de serviços gerais ⁽⁵⁵⁾.

O município implantou as primeiras Unidades de saúde da Família (USFs) em 2003 e desde então vem priorizando comunidades em condições de vida e saúde mais vulneráveis, atendendo aproximadamente 40,5% da população. Cada equipe é responsável por até 4.000 pessoas ou 1.000 famílias que façam parte da área de abrangência da unidade, sendo cada uma composta por um médico, um enfermeiro, três a sete auxiliares de enfermagem, quatro a oito Agentes Comunitários de Saúde, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais ⁽⁵⁵⁾.

Diferentemente das UBS tradicionais, desde 2010, o município realizou a gestão compartilhada das USF, por meio de Contrato de Gestão, junto à Fundação UNI, com a missão contínua de apoiar o desenvolvimento do sistema de saúde local e da organização da comunidade. Por força de lei, ao término de 5 anos de contrato é aberto um novo processo de formalização que se dá por meio de um chamamento público, onde diversas O.S.S (Organização Social da Saúde) se apresentam ao município. No mesmo ano, por meio deste processo o contrato vencedor foi a O.S.S. Pirangi passou a gerenciar as USFs a partir de setembro de 2019⁽⁵⁶⁾.

Segue abaixo o quadro 2 apresentando as Unidades de Saúde da Família do município.

Quadro 2 - Unidades da Estratégia de Saúde da Família e Tipo de Gestão, 2018.

SERVIÇO DE SAÚDE	CNES	Nº EQUIPES	GESTÃO
Unidade de Saúde da Família Rubião Junior	3004406	03	Municipal/O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família Vitoriana	3004414	01	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família - César Neto	3004384	01	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família – Jd. Aeroporto	3003329	02	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família - Jardim Iolanda	3003299	01	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família – Jd. Peabiru	3956156	02	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família - Santa Elisa	3003310	01	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família – Real Park	6644694	01	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família - Santa Maria	6868339	01	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família – COHAB IV	6990193	01	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família – Pq. Marajoara	3004392	01	Municipal/ O.S.S Pirangi
Unidade de Saúde da Família – Comercários	2046547	02	Municipal/ O.S.S Pirangi

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2018⁽⁵⁵⁾ & Contrato de gestão 343/2018⁽⁵⁶⁾.

4.4.2 Participantes da pesquisa

Os participantes desta pesquisa foram enfermeiros da ESF do município que realizam a CE e suas práticas cotidianas.

O número de enfermeiros que participaram do estudo não foi estabelecido inicialmente, uma vez que o método de abordagem da *Ground Theory* não adota uma amostragem estatística⁽⁵²⁾. A amostra é determinada pelo propósito do estudo e pela relevância teórica, ou seja, o seu potencial para o desenvolvimento da teoria. Assim a medida que os dados iam sendo coletados, eram submetidos à análise concomitante, visando a saturação teórica, ou seja, quando mais nenhum dado novo é revelado e à medida que os conceitos identificadores eram melhor compreendidos.

Foram convidados 15 enfermeiros da ESF que correspondiam a 100% de profissionais, houve 1 recusa perfazendo o total de 14 participantes. O convite ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Para preservar o anonimato dos participantes, os discursos foram identificados no texto com uma letra e seguidas de um algarismo, como por exemplo: E1, E2, E3 e assim sucessivamente.

As quatorze participantes são do sexo feminino, enfermeiras, com idades entre 29 e 50 anos, concluíram a graduação entre os anos de 1995 a 2010 e atualmente dedicam-se a ESF. Participam de educação continuada por meio de cursos e palestras, nove concluíram especializações em saúde pública, seis possuem o título de mestre e uma enfermeira está cursando o doutorado, como ilustra o quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização dos participantes da pesquisa

Profissional	Sexo	Idade	Profissão	Ano de Conclusão da graduação	Tempo de trabalho em APS	Educação continuada nos últimos 5 anos
1	Feminino	33	Enfermeira	2006	5 anos	Cursos e palestras.
2	Feminino	31	Enfermeira	2007	4 anos	Cursos, palestras, especialização e mestrado.
3	Feminino	33	Enfermeira	2007	9 anos	Cursos, palestras, congressos, mestrado.
4	Feminino	32	Enfermeira	2007	6 anos	Cursos, palestras, congressos, mestrado.
5	Feminino	29	Enfermeira	2009	6 anos	Cursos, palestras, congressos e especialização
6	Feminino	33	Enfermeira	2007	7 anos	Cursos, palestras, congressos, mestrado
7	Feminino	31	Enfermeira	2008	7 anos	Cursos, palestras, congressos e especialização
8	Feminino	47	Enfermeira	2006	10 anos	Especialização
9	Feminino	33	Enfermeira	2007	10 anos	Cursos, palestras e especialização.
10	Feminino	32	Enfermeira	2008	10 anos	Cursos, palestras, congressos, especialização e mestrado

11	Feminino	48	Enfermeira	1995	18 anos	Cursos e especialização.
12	Feminino	36	Enfermeira	2006	10 anos	Cursos, palestras e especialização.
13	Feminino	39	Enfermeira	2002	13 anos	Cursos, congressos, mestrado e doutorado.
14	Feminino	43	Enfermeira	2002	15 anos	Cursos, palestras, fóruns e especialização

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4.4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período compreendido entre junho de 2017 e julho de 2018, por meio de entrevistas não diretas.

As “entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se classificam de acordo com sua organização” (55, p 91). A entrevista aberta ou em profundidade é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões (57).

Utilizamos nesse estudo as entrevistas em profundidade, isto é, a orientação não diretiva de *Franz Rudio* (58, p 11). A “orientação não-diretiva enseja que a atenção não se focalize sobre o problema da pessoa, mas sobre a própria pessoa, ou melhor, sobre o seu crescimento, desenvolvimento, maturidade, seu melhor funcionamento e maior capacidade para enfrentar a vida” (57).

Podem ainda ser incluídas perguntas circulares que permitam elucidar dúvidas, caso seja necessário. As questões circulares são direcionadas às informações reveladas pelo próprio entrevistado e auxiliam na obtenção de melhores esclarecimentos quanto à compreensão dos significados e vivências dos participantes acerca da CE. Neste tipo de entrevista, as perguntas realizadas pelo próprio pesquisador baseiam-se em informações fornecidas pelos participantes, gerando novas perguntas, estabelecendo um movimento circular (58).

A entrevista aberta teve como questão de partida: – Conte-me qual é sua experiência com a consulta de enfermagem na sua unidade?

Para o agendamento das entrevistas, as profissionais foram convidadas

individualmente por meio de contato telefônico, ocasião em que eram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa com o agendamento prévio e individual.

As entrevistas foram realizadas dentro das unidades de saúde, nas quais os enfermeiros trabalhavam, em sala privativa, de portas fechadas, fora do horário de atendimento, com a presença da pesquisadora e entrevistado. O tempo médio de duração das entrevistas foi de vinte minutos.

Durante a realização de cada entrevista, as narrativas foram gravadas por meio digital e transcritas após os encontros. As gravações digitais e seu conteúdo estão mantidos em sigilo e sob a guarda da pesquisadora e da orientadora e serão eliminadas após a conclusão do trabalho.

Nos encontros, foram preenchidos os formulários para categorização do perfil sócio demográfico das participantes (Apêndice A), também assinados e entregues os termos de livre consentimento (Apêndice B).

O processo de composição da amostra seguiu a TFD, denominado assim de amostragem teórica, isto é, as entrevistas são realizadas até que a saturação teórica seja alcançada.

A saturação teórica é obtida quando as narrativas se tornam repetitivas e permitem a compreensão dos conceitos identificados pela profundidade e riqueza de seu conteúdo.

4.4.4 Análise dos dados

As entrevistas após transcritas foram analisadas comparativamente de acordo com o método da TFD à luz do paradigma proposto por *Strauss e Corbin* ⁽⁵²⁾.

Esta análise consiste em uma série de procedimentos, detalhados, sistematizados de comparação, entre os dados primeiramente, entre as categorias e depois entre os fenômenos descobertos. Fazer comparações é uma característica desta metodologia.

Os procedimentos de codificação são apresentados em três etapas que se complementam: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

No decorrer de todas as etapas da análise podem ser desenvolvidos memorandos, que são registros das sessões analíticas, com pensamentos,

interpretações, questões e direções para a coleta adicional dos dados ⁽⁵²⁾.

A seguir, apresenta-se um exemplo de memorando sobre a categoria “Organizando o processo de trabalho e a consulta de enfermagem.”

“Enfermeira referindo que aprendeu que deve ser feito um cronograma com as CE nos determinados grupos populacionais, porém geralmente essas pessoas vem como demanda espontânea também.”

Na primeira etapa, a codificação aberta é a parte da análise por meio da qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados, isto é, para revelar, nomear e desenvolver conceitos. Deve-se abrir o texto e expor pensamentos, ideias e significados que ele contém. Sem esse primeiro passo analítico, o restante da análise pode ficar prejudicado ou não ocorrer ⁽⁵²⁾.

Quando os autores dizem “dados” querem dizer os relatos das narrativas, ações reais lembradas, observações, reunidos pelo pesquisador, e as interpretações de observadores desses fatos, acontecimentos e ações que fazem interações entre esses dados e o pesquisador.

Esta etapa consiste em quebrar cada entrevista em pequenos trechos, detalhadamente, linha por linha (microanálise), os quais vão sendo examinados e questionados quanto ao que representam, isto é, o que significam. Dessa forma, cada trecho vai permitindo a identificação das primeiras propriedades da experiência, que recebe o nome de código vinculado um significado. Essa etapa foi realizada com todos os dados de maneira dinâmica e flexível, permitindo voltar aos dados tantas vezes quantas foram necessárias para apreender os significados dos códigos. Conforme exemplificado no quadro 4.

Quadro 4 – Exemplo de codificação aberta

Trecho da entrevista	Códigos
<p>“Bom, eu tô na estratégia já a dez anos, né. Atuando como enfermeira assistente. E... a gente também, soma o cargo de... enfermeira gerente, né. Faz a parte de gerência. É... e aí, quando a gente sai da faculdade, né, que a gente sai... com... com tudo fresquinho, né. Com toda a sistematização... tudo. A gente quer por em prática, né, e seguir... ali... conforme... rodapé de livro, que a gente fala, né. A gente quer seguir tudo conforme a gente... aprendeu. E... e... nas... atualizações, tudo.”</p>	<p>Estando na estratégia há 10 anos</p> <p>Atuando como enfermeira assistente</p> <p>Somando o cargo de enfermeira gerente</p> <p>Fazendo parte a gerencia</p> <p>Dizendo que quando sai da faculdade, sai tudo fresquinho.</p> <p>Considerando sair da faculdade com a sistematização toda.</p> <p>Desejando pôr a sistematização em prática.</p> <p>Desejando sistematizar como rodapé de livro.</p> <p>Querendo seguir tudo conforme aprendeu.</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Foi nesse momento que os dados foram separados e comparados, em busca de similaridades e de diferenças, e foram agrupados sob conceitos mais abstratos (representação abstrata de um fato, um objeto ou de uma ação), chamados “categorias”.

Categorias são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da Teoria Fundamentada em Dados, conforme ilustra o quadro 5.

Quadro 5 – Exemplo de codificação axial

Códigos	Categoria
Referindo medo de perder a CE (E1.5) Sentindo-se útil para o indivíduo. (E1.5) Considerando gratificante a evolução do indivíduo e da família. (E1.5) Sentindo a parceria como um dificultador (E2.8) Sentindo-se perdida ao colocar diagnóstico em consultas compartilhadas (E2.8) Desejando aperfeiçoar-se na CE. (E2.9) Sentindo tristeza em relação a qualidade (E3.12)	Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A partir deste ponto, seguiu-se para codificação axial, que é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Recebe esse nome (axial), porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões⁽⁵²⁾ como ilustra o quadro 6.

Quadro 6 – Exemplo de categoria e subcategoria

Categorias	Subcategorias
A CE e a formação do enfermeiro	Conhecendo a CE na graduação Especializações Pouco contato com CE em APS na graduação Não tendo contato com CIPE na graduação. Sistematizando na CE.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Seu objetivo é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta e envolve: a *causa* desencadeadora do fenômeno, o *contexto* em que o mesmo está inserido, as *condições intervenientes*, as *estratégias de ação* sobre o fenômeno e suas *consequências* ⁽⁵²⁾.

Quadro 7 – Paradigma de Strauss e Corbin.

	Etapas do modelo Paradigmático	Definição
A	Condições causais	Geralmente representam conjuntos de fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos.
B	Contexto	São circunstâncias específicas que impactam as condições causais do fenômeno.
C	Condições intervenientes	São condições constituídas com o tempo que podem ajudar a explicar o fenômeno.
D	Estratégia de ação	São atos propositais praticados para resolver um problema, e ao fazê-lo, moldar os fenômenos. Identificados com o caráter processual.
E	Consequência	Consideradas as respostas ou resultados, podendo ser positivas ou negativas.

Fonte: Adaptado do livro: Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada, 2008.

A partir da identificação das categorias realiza-se a codificação seletiva, que é o processo de integrar e de refinar a teoria por meio da saturação teórica, ou seja, o ponto em que não surgem novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise. Esse processo dará origem ao fenômeno ou categoria central.

A construção da teoria é a meta, e após ter seguido todas as etapas da TDF, desenvolve-se um modelo teórico que representa a experiência das enfermeiras na CE na ESF de Botucatu.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A coleta de dados foi realizada mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número 2.158.841 (Anexo I), conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS

5.1. COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO

A análise dos dados, possibilitou realizar vários agrupamentos os quais resultaram em dois fenômenos que reúnem temas, categorias e subcategorias que os inter-relacionam.

As categorias identificadas e as relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e das interações que compõem a experiência do enfermeiro. Realizar a CE é uma experiência que envolve a dinâmica existente entre a identificação do fenômeno como sendo uma situação programática, o planejamento de uma estratégia ideal para o cuidado, as atitudes empreendidas para gerenciá-lo e a avaliação da experiência.

Nos quadros oito ao 32 (Apêndice C) constam procedimentos operacionais de análise, segundo os passos do referencial metodológico. Os códigos alfanuméricos utilizados, a exemplo (E3.24) significa: participante três, página vinte e quatro da transcrição da entrevista, de onde foi extraído.

Destes resultados foram elaborados 3 artigos científicos e submetidos a revistas de enfermagem representado nos ANEXOS II, III e IV.

5.2 FENÔMENOS IDENTIFICADOS

5.2.1 Fenômeno 1: Do início da práxis ao cotidiano da CE.

Significa a história da práxis do enfermeiro durante o início da atuação na ESF, sua busca contínua pelo conhecimento científico, preparo profissional. As participantes reconhecem que a CE é um aprendizado constante. Este fenômeno compreende dois temas: a CE organizando o processo de trabalho do enfermeiro e a apresentação da CE para o enfermeiro (Diagrama 1) (Quadro 8).

“[...] Não posso dizer para você que mesmo fazendo há dez anos eu saiba tudo ou que faça a melhor consulta. É tudo um aprendizado! [...] Talvez daqui dez anos sejam outros instrumentos [...] a gente tem que se atualizar” (E2.9)

“[...] porque a gente se preparou, a faculdade formou a gente inicialmente e depois, tivemos que procurar uma especialização, cursos de capacitação e outras demandas para que suprissem as necessidades que no dia-a-dia aparecem. Tenho muitas experiências e a vivência do dia-a-dia é

enriquecedora. A gente aprende muito no dia-a-dia. (E4.22)



Diagrama 1 - Fenômeno 1: Do início da prática ao cotidiano da CE: temas

5.2.1.1 Descrevendo o fenômeno 1

Com base no paradigma de *Strauss* e *Corbin*, foram organizadas a seguir as principais categorias encontradas na análise dos dados que geraram o fenômeno 1 com base nos temas 1, 2 e suas respectivas categorias e subcategorias ilustrado na figura 1.

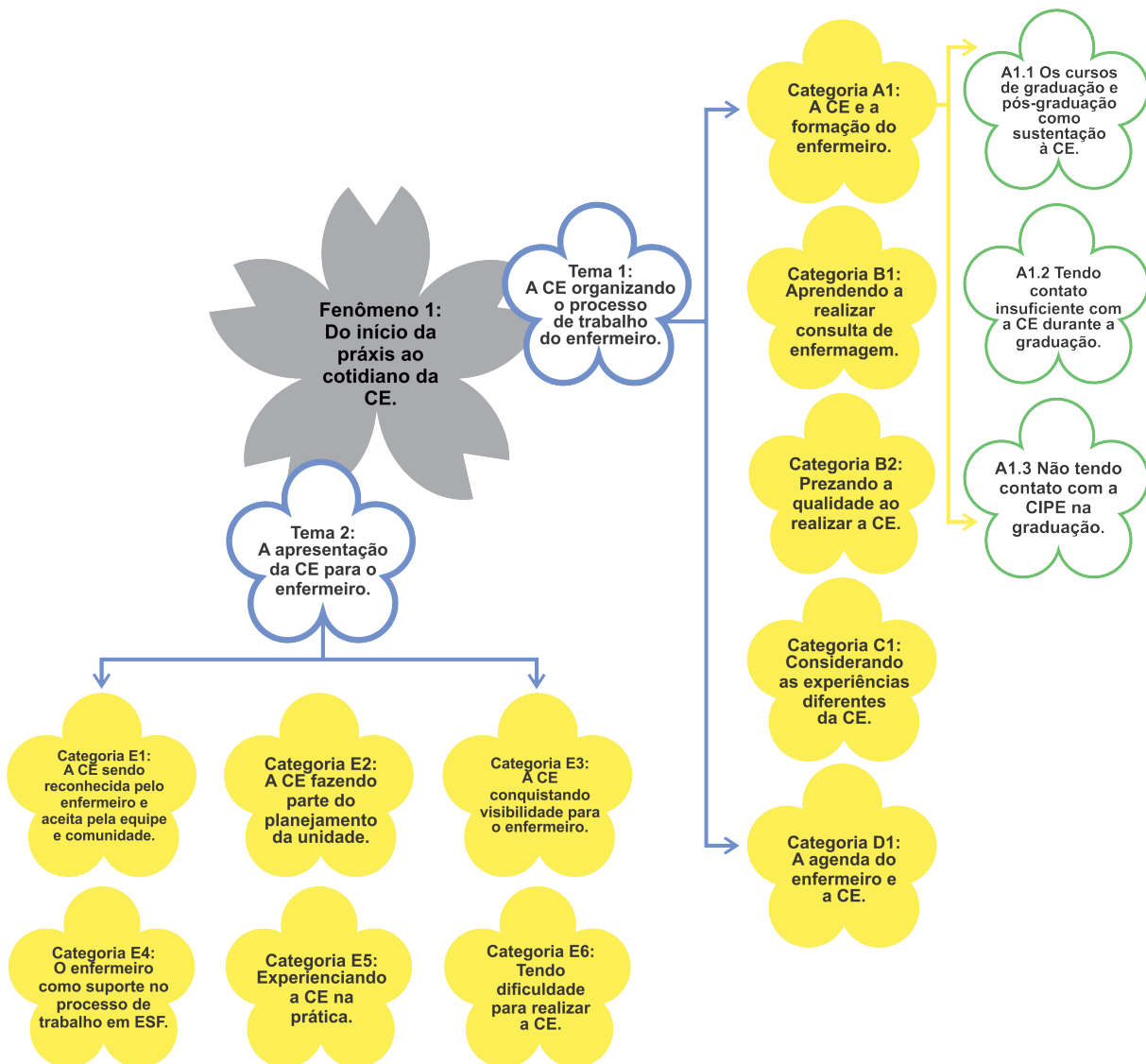


Figura 1 - Fenômeno 1 com temas, categorias e subcategorias.

Tema 1: A CE organizando o processo de trabalho do enfermeiro.

Retrata a caminhada do enfermeiro com a CE, desde o momento em que estuda a consulta na graduação, começa a desenvolvê-la com responsabilidade na prática. Dessa forma, encontra as maneiras de organizá-la possibilitando operacionalizar seu trabalho com base no aprendizado adquirido e enfrenta os desafios que se apresentam no decorrer do exercício profissional. Este tema revelou cinco categorias: A CE e a formação do enfermeiro, aprendendo a realizar CE, prezando a qualidade ao realizar a CE, considerando as experiências diferentes da CE e a agenda do enfermeiro e a CE (Diagrama 2) (Quadro 9).



Diagrama 2– Tema 1: A CE organizando o processo de trabalho do enfermeiro: categorias.

"[...] Mas a prática, a vivência na prática, ela é bem diferente do que a gente teve na graduação[...] Quando se chega aqui, na atenção primária, básica, tem esse viés" (E10.56)

"Durante a graduação, eu senti que tive uma base bacana para trabalhar depois, em formação em saúde pública, em atenção primária. Mas claro que na hora que eu comecei a trabalhar realmente, o baque é totalmente diferente. (E11.62)

A) Destacando as condições causais

A categoria "A CE e a formação do enfermeiro" mostra como é desenvolvido o início do aprendizado da CE. São consideradas condições causais, porque apresentam a trajetória que os profissionais seguem para aprender a CE, inseri-la ao seu processo de trabalho e desenvolvê-la com excelência.

A1. Categoria: A CE e a formação do enfermeiro.

Significa os processos que os enfermeiros perpassaram durante sua graduação para adquirirem conhecimentos clínicos visando a integralidade do cuidado em relação ao paciente, por meio da CE. Esta categoria originou três subcategorias: Os cursos de graduação e pós-graduação como sustentação à CE, apresentando contato insuficiente com CE durante graduação e não tendo contato com a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE) na graduação (Diagrama 3) (Quadro 10).

“[...] nesses sete anos me aprimorei muito e precisei buscar muita coisa. Realmente, só a graduação, ela dá uma base, mas ela não auxilia em todos esses processos. Não dá para ficar só com a graduação.” (E11.66)

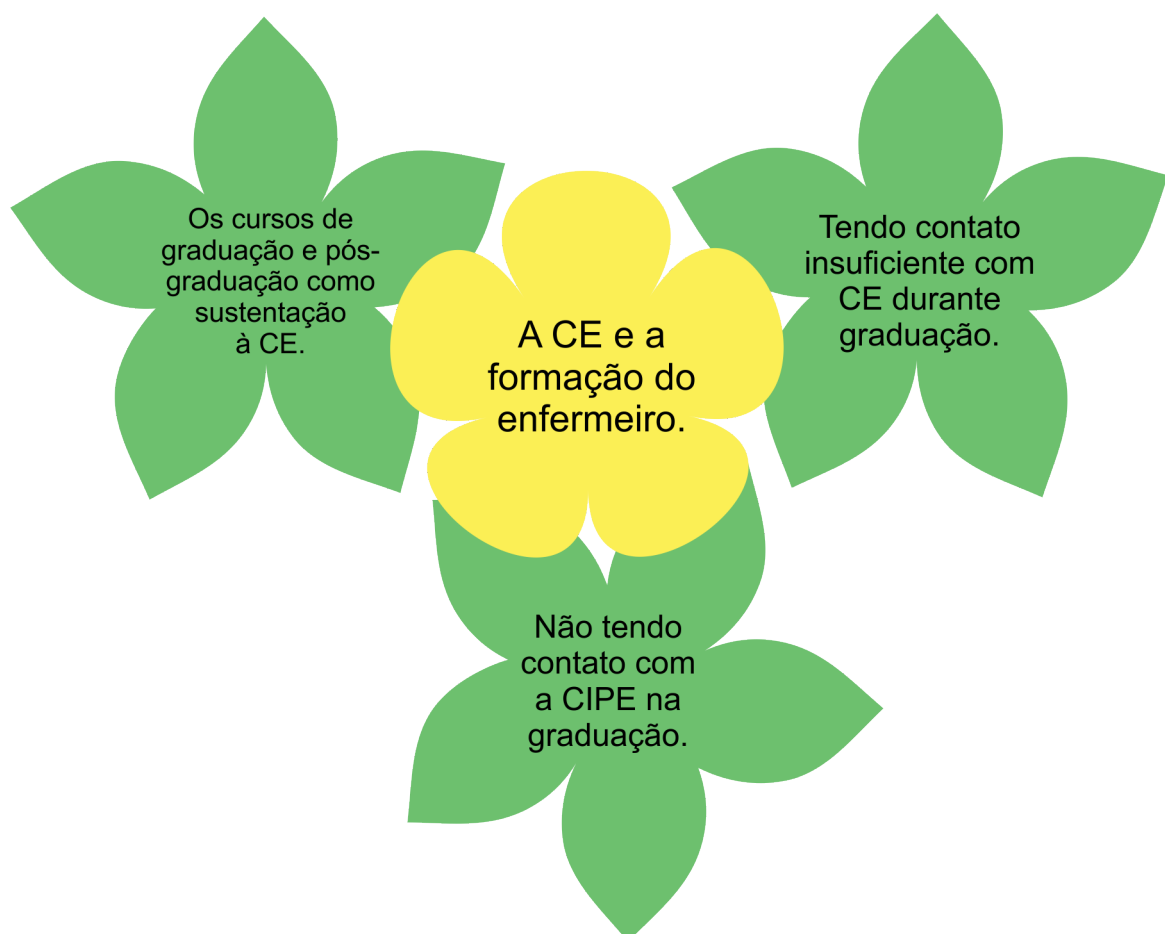


Diagrama 3– Categoria A.1. A CE e a formação do enfermeiro: subcategorias.

A1.1. Subcategoria: Os cursos de graduação e pós-graduação como sustentação à CE.

Esta subcategoria demonstra a importância da graduação na formação dos enfermeiros para realizar a CE. Retrata também as necessidades de aprofundar o conhecimento através de cursos, especializações e atualizações que garantam segurança para prática profissional.

“A minha experiência vem desde a graduação. Eu aprendi a fazer consulta de enfermagem durante a graduação. Por exemplo: a gente passou com a consulta de enfermagem desde o pré-natal, durante o trabalho de parto e depois na enfermaria de obstetria. Então, para mim foi natural aprender a consulta.” (E1.1)

“[...]pelo menos enquanto eu fiz a minha graduação, eu não tinha uma noção específica do que fazer exatamente no pré-natal. A gente faz o pré-natal da atenção básica, mas assim, de ter uma gestante, que ela é minha, está sob minha responsabilidade, é um pouco mais difícil [...]. Então, aí você vê que tem um monte de exames, um monte de coisa que você precisa fazer com ela, e você fala: “gente, e agora? Eu pedi os exames, mas e a questão da interpretação?”. “Vamos lá, vamos aprender!”. Isso eu acho que a graduação não me deu tanto, talvez pelo modelo que trabalhamos, pelo PBL. Mas, o PBL me ensinou a buscar mais as coisas.” (E11.66)

“[...] a demanda é grande também, de consulta de enfermeiro. Quando eu fiz faculdade, parece que não teria tantas consultas assim [...]” (E5.27)

“ Eu estou na unidade de saúde desde dois mil e sete, na realidade, quando eu entrei na residência. E já na residência atuava com a questão da consulta de enfermagem [...]. No começo, a nossa abordagem era como recém-formada, talvez um pouco limitada, no sentido de ter o raciocínio clínico mais desenvolvido. Porém, se garantia o processo de enfermagem no sentido de cumprir todas as etapas. ” (E7.38)

A1.2. Subcategoria: Tendo contato insuficiente com CE durante graduação.

Constata que, em alguns cursos de graduação é priorizada a atenção hospitalar em detrimento da prática na rede de atenção à saúde onde a CE é o pilar do trabalho do enfermeiro. As participantes referem que não foi oportunizada a prática da CE na ESF, pois a mesma estava em fase de implantação à época de suas formações. Relatam também dificuldades de iniciar a prática da CE na ESF, pois durante a graduação era comum atividades na área hospitalar.

“O diagnóstico de enfermagem, na graduação eu tive pouco contato. Na verdade, para a atenção básica na graduação não tinha nenhuma professora que gostasse, ou que desenvolvesse, todas elas eram mais da área hospitalar. Então, nunca tive assim, nada muito rico.” (E2.7)

“A minha formação eu aprendi muito pouco sobre saúde pública. Na verdade, aprendi só UBS. Não aprendi PSF, porque estavam começando a implantação e essa mudança de modelo.” (E6.31)

“ [...] eu vejo que na graduação, a gente tem muito contato e a gente pratica. Pelo menos na minha graduação, eu tive muito contato com a consulta de enfermagem na área hospitalar. Então, eu achava muito mais fácil lidar. Quando a gente chega na atenção primária encontramos muitas dificuldades. ” (E8.51)

“Porque toda graduação, pelo menos a minha, e de mais algumas pessoas, foi muito voltada para a área hospitalar. Quando se chega aqui, na atenção primária, básica, tem esse viés para fazer diagnóstico de enfermagem[...]” (E10.56)

“O que eu me lembro na graduação, era muito mais fácil fazer diagnóstico de enfermagem na área hospitalar. ” (E10.57)

A1.3 Subcategoria: Não tendo contato com a CIPE na graduação.

Demonstra a carência de contato com o protocolo CIPE pelos profissionais na ESF com mais tempo de formação, isso se justifica porque as mesmas eram mais familiarizadas com protocolo NANDA.

“ É tudo um aprendizado. Até porque, por exemplo, a CIPE é nova. Eu não aprendi nada de CIPE na graduação. Era NANDA.” (E2.9)

B) Enfatizando o Contexto

As categorias “Aprendendo a realizar consulta de enfermagem” e “Prezando a qualidade ao realizar a CE” revelam como os enfermeiros aprendem, de fato, a desenvolver a CE.

B1. Categoria: Aprendendo a realizar consulta de enfermagem

Significa que, após a graduação, as enfermeiras se deparam com a responsabilidade em coordenar equipes da saúde família e implementar a integralidade do cuidado. Este fato as insere em uma realidade diferente da graduação e que, mediante dificuldades pertinentes ao processo de trabalho na ESF, proporcionou melhor senso crítico, raciocínio baseado em evidências e habilidades clínicas (Diagrama 4) (Quadro 11).

“[...] mas aí você vê a realidade daquele paciente. Esse olhar da clínica ampliada é uma coisa que eu fui aprender mais na prática, porque ainda estava novo durante o meu período de graduação. A parte mesmo da integralidade, então tive que aprimorar muito isso. ” (E11.63)

“As descobertas foram mais na verdade, na prática [...]” (E2.7)

“Bom, a minha experiência realmente se iniciou nessa unidade de saúde. Eu não tive experiências prévias. O que me norteou foi um instrumento, que

para mim facilitou o trabalho com a consulta de enfermagem, um *check list*, um instrumento elaborado anteriormente.” (E8.48)

“ [...] eu sempre imaginei que queria trabalhar na unidade de saúde da família. Consegui logo pelo concurso, mas, quando entrei para trabalhar era uma unidade rural [...] me assustei um pouco. Porque não tinha nenhuma outra enfermeira e não recebia alunos. Então era somente eu, o médico e a equipe. Então, eu aprendi muito na marra, sofri bastante. Sempre que a gente se forma a gente sofre um pouco com isso.” (E11.63)

“ A gente tem um preparo em relação a parte básica. Então, assim, eu sei que um paciente é hipertenso e as complicações que ele pode ter, mas não sei o que fazer com essas complicações, porque isso não é passado especificamente. E na prática, a gente vê que é diferente.” (E11.63)

“[...]Como enfermeira, eu consigo dar uma maior atenção na consulta. E a minha experiência em relação a isso, ela é muito boa. Porque a gente aprende muito checando os casos com os médicos.”(E6.32)

“Na minha experiência em 2003, quando comecei a atender junto com uma outra enfermeira. Ela me ensinou muito sobre a consulta de enfermagem e a estratégia de saúde da família.”(E6.31)

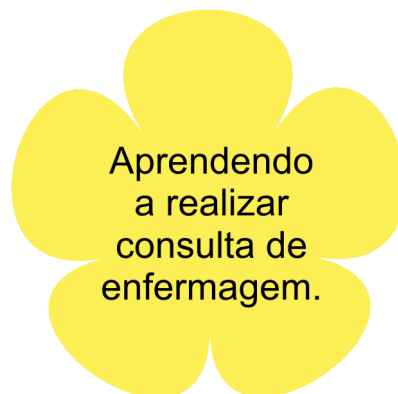


Diagrama 4 – B.1 Categoria: Aprendendo a realizar consulta de enfermagem.

B2. Categoria: Prezando a qualidade ao realizar a consulta de enfermagem

Representa a expectativa dos enfermeiros em realizar a CE com tempo apropriado que garanta a qualidade da mesma. Entretanto, as participantes referem que, na prática, a CE demanda tempo, exige uma boa base teórica, atualização frequente, atenção aos alunos das universidades que ali estagiam e muitas vezes se ressentem da falta apoio da gestão (Diagrama 5) (Quadro 12).

“Eu não sei como as outras enfermeiras veem, mas eu gostaria de ter mais tempo para me dedicar a uma consulta de forma mais qualificada.” (E2.9)

“Então, uma vez que você eleva um pouco a qualidade do serviço da

unidade, você tem que manter sempre isso, você não pode cair. Mas para você manter isso sempre, é um trabalho árduo. ” (E11.67)

“Porque a consulta é muito demorada, você atende menos pessoas, então o quantitativo é muito relevante na gestão, a gente percebe isso. ” (E4.20)

“E aí, você quer fazer uma boa consulta, você quer seguir uma base teórica, você quer se dedicar, você quer ensinar os alunos, você quer demandar mais tempo para isso e você não tem esse apoio. ” (E4.20)

“A consulta de enfermagem eu sempre tive uma boa base. Eu faço o máximo possível para ter uma qualidade boa. Por que? Porque, a gente tem que dar mais atenção ao paciente. ” (E6.31)

“[...] A gente tenta, não vou dizer que a gente não faz, mas não é com a qualidade que deveria. Pela demanda e pelas coisas que acontecem simultaneamente, tudo ao mesmo tempo” (E3.13)

“Somando isso, com a qualidade da assistência, que eu tenho que ter uma qualidade, não adianta, não é só número. Mas nem sempre eu consigo dar conta dessa qualidade como eu gostaria que fosse. ” (E11.68)

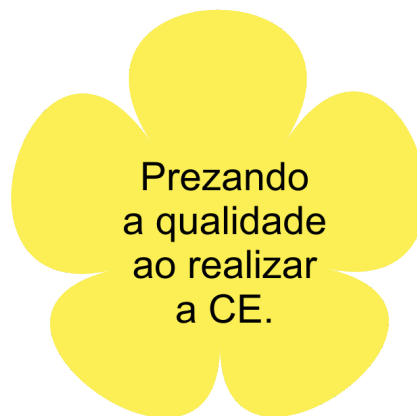


Diagrama 5 - B.2 Categoria: Prezando a qualidade ao realizar a CE.

C) Destacando as condições intervenientes

A categoria que representa as condições intervenientes do fenômeno 1 é: “Considerando as experiências diferentes da CE”. Essa categoria mostra os aspectos que corroboram com o impacto que as condições que intervêm no fenômeno em estudo, trazendo diferentes experiências com o passar dos anos e com a evolução das práticas profissionais.

C.1 Categoria: Considerando as experiências diferentes da CE

Trata das experiências dos enfermeiros em outros municípios de menor porte onde quase não se pratica a CE. Essa realidade mostra o quanto a prática da CE

ainda é nova em muitos lugares, causando estranhamento tanto na população quanto na equipe multiprofissional. (Diagrama 6) (Quadro 13).

“Na implantação da estratégia da saúde da família, pude atuar na unidade, e lá, quando se falava em consulta com a enfermeira, isso causava um estranhamento, porque era uma cidade pequena, onde o enfermeiro exercia muito mais o papel gerencial. Quando eu examinava o paciente, o mesmo me chamava de “dotorá”, porque ele achava que eu era médica. ” (E7.43)

“Eu tive uma experiência em outro município e lá não tinha consulta de enfermagem. Então eu me senti bastante presa. Lá eu fiz Consulta de Enfermagem, e era bastante estranho para a população. E a própria médica achava estranho. Então ela não pedia retorno para mim. Ela não sabia pedir retorno para mim. ” (E1.1)

“Também trabalhei em locais que o auxiliar de enfermagem não sabia a diferença. Por exemplo, ele falava: “ah, não tem mais vaga na agenda do médico, vai marcar na sua? ” E o paciente não se encaixava no protocolo do enfermeiro” (E1.2)

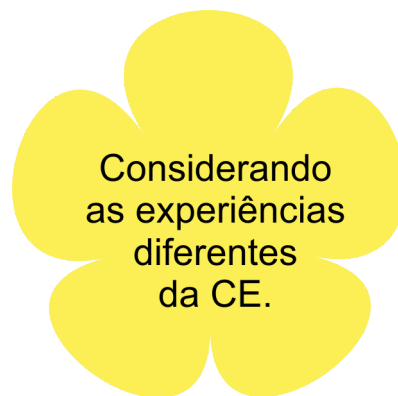


Diagrama 6 – C.1: Categoria: Considerando as experiências diferentes da CE.

D) Desenvolvendo estratégias de ação

Para o desenvolvimento da estratégia de ação é destacada a categoria “A agenda do enfermeiro e a CE” pois, revela uma estratégia organizada que as enfermeiras se utilizam na intenção de planejar a sua prática assistencial.

D1. Categoria: A agenda do enfermeiro e a CE

Significa que as participantes sentem a necessidade de planejar uma agenda de trabalho que priorizem a CE para todos os grupos populacionais (criança, adulto, gestante e idoso), acrescidos de consultas extras (Diagrama 7) (Quadro 14).



Diagrama 7 – D.1 Categoria: A agenda do enfermeiro e a CE.

“E a consulta, como eu aprendi desde o começo, a gente aprende a montar uma agenda, fazer escala para a gente mesmo. Seja prioritária, por exemplo as consultas de enfermagem voltadas para um determinado grupo populacional. Tipo assim, a consulta para a gestante, a consulta para a criança, a consulta para a coleta de papa, ou seja, a consulta do dia.” (E1.1)

“Eu posso dizer para você que a Consulta de Enfermagem é o que mais toma o meu tempo durante o período de unidade. Eu faço consultas de todos os grupos durante o programa que é previsto na estratégia de saúde da família.” (E2.7)

“[...] a gente faz bastante consultas. Desde puericultura, o pré-natal (que é intercalado com o médico), hiperdia com hipertensos e diabéticos[...] então, nossa agenda é dividida para os programáticos e tem também os dias de adulto.” (E5.27)

“[...] as consultas de enfermagem para os atendimentos agendados são bem organizados.” (E7.41)

“[...] na prática eu tenho o meu número de agendados, mas tem muitos pacientes extras também.” (E11.63)

E) Identificando as consequências do fenômeno

O termo paradigmático final é a consequência positiva do fenômeno. As consequências apresentadas por este fenômeno são representadas por meio do tema 2 com suas respectivas categorias.

Tema 2: A apresentação da CE para o enfermeiro

A CE é apresentada pelo próprio enfermeiro como instrumento de poder de sua práxis, pois a coloca em evidência profissional. Melhora a organização, a prática profissional e direciona os caminhos pelos quais devem seguir em conjunto com a clínica ampliada. Manifesta no enfermeiro o sentimento de satisfação em exercer a sua profissão, confere autonomia e vai ao encontro da integralidade do cuidado.

Este tema desvelou seis categorias: A CE sendo reconhecida pelo enfermeiro e aceita pela equipe e comunidade, a CE fazendo parte do planejamento da unidade, a CE conquistando visibilidade para o enfermeiro, o enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF, experienciando a CE na prática e tendo dificuldade para realização da CE (Diagrama 8) (Quadro 15).

“Eu não vejo enfermeiro no posto sem a consulta de enfermagem. É uma coisa que faz parte da unidade. Acredito que a gerência poderia ser delegada a outros profissionais, como o dentista, o próprio médico em algumas situações, mas a consulta de enfermagem é essencial para o enfermeiro na atenção básica.” (E4.19)

“[...] a consulta de enfermagem é algo legítimo, é que torna a nossa profissão assistencial.” (E7.43)

“A Consulta de Enfermagem é um instrumento muito poderoso quando a gente tem tempo para desenvolver. E quando temos condição de ter a solução e a resolução da queixa do paciente” (E2.7)

Tenho uma experiência positiva com a consulta de enfermagem. Eu vejo que ela agrega autonomia para o profissional de enfermagem, isso é excelente! Mostra a nossa habilidade de conhecimentos técnicos perante a equipe multiprofissional. (E8.48)

A consulta de enfermagem dá empoderamento para a enfermeira. No momento em que a gente tem bastante autonomia, para fazer algumas coisas como: dar condutas, dar orientação para paciente, até pra pedir exame dentro da Saúde da Família a gente tem os protocolos, então a gente consegue até prescrever medicações. No pré-natal, por exemplo a gente tem uma gama de autonomia, quase tudo a gente consegue fazer sozinho, sem precisar do apoio do médico ou de outro profissional. E uma coisa que facilita são os protocolos justamente, que no município a gente tem. Então isso dá sentido para consulta de enfermagem. (E9.52)

“[...]a consulta de enfermagem é essencial pro enfermeiro na atenção básica, porque tem muitas atividades que são feita através dela. Faz parte do processo de avaliação, construção do conhecimento do paciente, da história dele, da terapêutica, da família”. (E4.20)



Diagrama 8 - Tema 2: A apresentação da CE para o enfermeiro: categorias.

E.1 Categoria: A CE sendo reconhecida pelo enfermeiro e aceita pela equipe e comunidade

Significa os ganhos profissionais referentes a prática da CE como: reconhecimento, valorização e visibilidade profissional adquiridos por meio do exercício na ESF. As participantes referem que a CE gera credibilidade frente a equipe multiprofissional e a população tende a preferir a consulta feita enfermeira (Diagrama 9) (Quadro 16).

“Acho que o trabalho em equipe também é um potencial. Porque a equipe precisa acreditar nessa ferramenta, acreditar que o enfermeiro tem condições de fazer a consulta, de pensar nos diagnósticos, pensar na prescrição e nas condutas, que são coerentes.” (E7.44)

“[...] quando entrei na estratégia de saúde da família já era implementado a

consulta de enfermagem. Então, a gente não teve grandes dificuldades no sentido de implantação. As pessoas sempre aceitaram bem a consulta com o enfermeiro, algumas eventualmente, preferem passar com a gente do que na consulta médica. ” (E12.73)

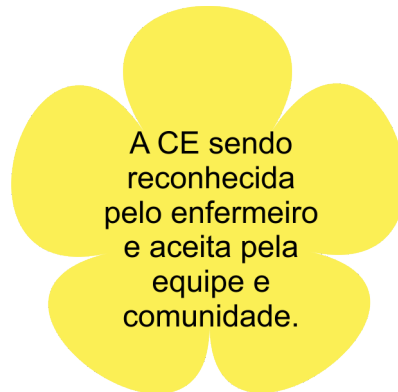


Diagrama 9 - E.1 A CE sendo reconhecida pelo enfermeiro e aceita pela equipe e comunidade.

E.2 Categoria: A CE fazendo parte do planejamento da unidade

Retrata a CE consolidada no contexto ESF, reconhecida e almejada pela equipe multiprofissional e comunidade. Neste sentido, identifica a resolubilidade das demandas de saúde garantindo ampliação da clínica no atendimento (Diagrama 10) (Quadro 17).

“Nessa unidade, a consulta de enfermagem já está bem consolidada. Tanto para a equipe quanto para população. Raramente, tem pacientes que não querem ser atendidos pela enfermeira, ou que encontram algum empecilho. Mas depois de uma conversa, demonstrando a importância do nosso trabalho, os protocolos que seguimos e o embasamento teórico geralmente conseguimos ganhar o paciente e somos bem aceitos. ” (E4.18)

“Então é assim, as consultas de enfermagem já estão incorporadas na saúde da família. Quando chegamos na unidade já sabemos que vamos atender. (E13.79)

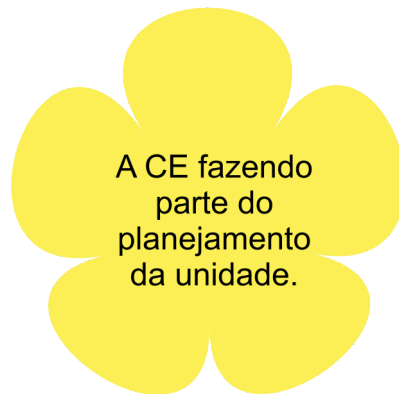


Diagrama 10 - E.2 Categoria: A CE fazendo parte do planejamento da unidade

E.3 Categoria: A CE conquistando visibilidade para o enfermeiro.

Mostra a conquista, a valorização e o reconhecimento da comunidade mediante a resolubilidade da CE. Transcende as ações do enfermeiro frente as questões saúde-doença, prevenção, promoção e reabilitação obtendo o vínculo e a preferência para o atendimento (Diagrama 11) (Quadro 18).

"[...] ao longo do tempo, com a demonstração de que um pré-natal com a enfermeira é melhor que um pré-natal do médico. Como tem trabalhos nesse sentido, que o enfermeiro tem um olhar mais especial [...] a gente tem uma dedicação maior que tem descontado até das consultas médicas, não que eu esteja comparando, mas é para desconstruir esse preconceito, da população." (E4.23)

"Porque eu entendo uma finalidade. Qual a finalidade na atenção primária? Cuidar do indivíduo, da família e da coletividade com vistas a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação e seguimento dessa pessoa. (E1.4)

"Então, assim, a maioria dos pacientes sai da minha consulta já com o problema resolvido." (E5.26)

"[...] eu me sinto satisfeita em poder desenvolver a consulta aqui. Porque eu vejo que também os pacientes saem satisfeitos e é tirado o modelo de que só o médico resolve." (E5.26)

"Eu tenho um vínculo muito bom com todos aqui, isso facilita. Muitas vezes eles querem passar atendimento comigo e não querem passar atendimento com o médico, pelo fato de eu já conhecer o caso deles, isso é muito bom." (E11.68)



Diagrama 11- E.3 Categoria: A CE conquistando visibilidade para o enfermeiro.

E.4 Categoria: O enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF.

Retrata o enfermeiro como principal fonte de informação na unidade ESF, a despeito do mesmo direcionar a movimentação do processo de trabalho multiprofissional. Ainda existe insegurança por parte da equipe sobre como realizar procedimentos e ações. As mesmas declaram que a diminuição das reuniões, agora quinzenais e com tempo reduzido, dificultam a comunicação e treinamento da equipe gerando insegurança e procedimentos não realizados (Diagrama 12) (Quadro 19).

“[...] a grande maioria dos funcionários acabam se apoiando no enfermeiro, por mais que deleguemos as funções, por mais que dermos empoderamento aos funcionários, ainda existe um pouco de insegurança. Ou, acabam que tudo o que eles fazem perguntam: ah! é pra gente, fazer assim? é para fazer assado? Ah, posso fazer isso? Posso fazer aquilo? ” (E3.13)

“Antes fazíamos reuniões de equipe no período da tarde, mas agora a gente não tem mais isso. A gente tem que fazer reunião a cada quinze dias, com uma hora de reunião. Então, é uma situação muito difícil. Porque, como que eu vou explicar para todos os funcionários que a partir de agora, vai fazer assim, assim e assado? ” (E14.88)

“Não tive tantas inseguranças, temos uma equipe boa, que na dúvida de alguma avaliação, os médicos estão super prontos a ajudar” (E12.75)

“Eu tenho notado que muitas vezes, atualmente, com a alta rotatividade dos profissionais, muitos acabam, mesmo com orientação, não se atentando a certas informações. Por exemplo na pré-consulta, acabam se esquecendo de me enviar um instrumento para realização da consulta dentro do prontuário. E esse mesmo profissional é responsável por fazer as condutas após a minha consulta, ele vai se basear, através do mesmo instrumento, quais são essas condutas dele: “Ah, vai ter um agendamento mais breve”, “qual vai ser a minha conduta conforme o protocolo, ou não”. E eu vejo que isso acaba passando, não é feito da forma correta (E8.51)



Diagrama 12 - E.4 Categoria: O enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF.

E.5 Categoria: Experienciando a CE na prática

Representa a experiência do enfermeiro com a CE na ESF de modo positivo, em que a mesma evolui e melhora com o tempo. Revela a oportunidade do enfermeiro em demonstrar suas habilidades técnicas e raciocínio clínico avançado, é uma verdadeira experiência de vida. A CE para as enfermeiras revela uma aproximação com a integralidade do cuidado, visto que as mesmas referem conseguir abordar todos os aspectos da vida (Diagrama 13) (Quadro 20).

A gente vem a cada ano evoluindo e melhorando. Temos que sim, melhorar cada vez mais, mas a gente precisa de ter alguns ajustes e mudanças para facilitar [...] Como essa exigência, de diagnóstico de enfermagem. Eu gosto muito do que eu faço, gosto de atender. Eu acho que a consulta de enfermagem, ela é rica, empodera o enfermeiro. É uma coisa, assim, que a gente tem um contato com o paciente, vamos falar muito mais que os médicos, a gente tem uma vivência, da vida, do conhecer, ali do paciente, muito maior que o deles. É de extrema importância. (E10.60)

Então, acho que a minha experiência hoje é boa. Apesar do pouco tempo, estou tentando me desenvolver cada vez mais. Aquilo que eu vejo que eu tenho dúvida, que eu tenho dificuldade, dou uma pesquisada, discuto com a outra enfermeira daqui ou com os médicos. Que eles sempre estão bem abertos. Acredito que eu não tenha muita dificuldade. (E5.27)

A facilidade que eu vejo na CE é a própria experiência, assim, a autonomia que adquiri com o tempo, traz a facilidade de você ter uma consulta que consiga abordar todos os aspectos. A experiência também faz com que a gente vá adquirindo um raciocínio clínico mais avançado, que seja compatível com a necessidade daquele paciente. (E7.44)

A CE que é um facilitador para o serviço, porque só o médico atendendo consulta, não daria conta da demanda. Então eu acho que a consulta de enfermagem é importante nesse sentido e é uma das principais formas que eu vejo que o enfermeiro faz a assistência, agora nesse momento. (E9.53)



Diagrama 13 - E.4 Categoria: O enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF.

E.6 Categoria: Tendo dificuldade para a realização da CE

Retrata as dificuldades expostas pelos enfermeiros para desempenhar suas atividades na ESF. Relatam limitações como espaço físico adaptado (casas residenciais), dependência do médico, anotações em prontuário insuficientes, dificuldade do diagnóstico de enfermagem que impossibilitam a qualidade da CE. As participantes referem que a implementação do PEC (Prontuário eletrônico) trouxe dificuldades para o processo de trabalho, pois o sistema é lento e muitas vezes o mesmo acaba sendo duplicado. Revelam também que a CIPE é apresentada como dificultador para o enfermeiro, visto que toma muito tempo e é longo para escrever (Diagrama 14) (Quadro 21).

“O maior dificultador é o espaço físico, porque tem uma população estimada em 10 mil. Tem mais ou menos, uns 4 mil prontuários cadastrados aqui. Mas o meu espaço físico é uma casa adaptada, isso dificulta. É um dificultador! Porque tem outros profissionais nos ajudando, se tivesse mais salas, agilizaria muito mais a nossa consulta.” (E6.34)

“Acho que a maior dificuldade, às vezes, são as limitações, porque em alguns momentos a gente precisa de avaliação médica, e eles estão ocupados. Então, às vezes, a gente perde tempo, o paciente tem que ficar esperando, a gente tem que ficar esperando o médico ir lá. Às vezes atrasa nossas consultas porque a gente fica nessa dependência. Eu acho que é a maior dificuldade, posso dizer que isso atrapalha um pouco o seguimento.” (E12.73)

“E agora tem a PEC, que é o prontuário eletrônico, que a gente tem que digitar isso é um dificultador. Por que? Porque às vezes, o sistema está lento e eu começo a lançar no sistema, porque tenho que digitar toda a consulta e depois imprimo. Acaba sendo dois trabalhos! Porque, vem o prontuário já com a folha da sistematização com o atendimento e depois eu digito tudo de novo, no prontuário eletrônico e imprimo para ter anexado no prontuário. Então, isso é um dificultador! Às vezes, o paciente está na minha frente, eu digito o cartão do sus, e ele [sistema] fica “pensando, pensando...” e não vai. E às vezes não tem só um paciente para atender, tem vários. Então, se o sistema fosse mais ágil seria muito mais rápido e

não precisaria ter dois atendimentos no prontuário. ” (E6.32)

“Uma dificuldade percebi no meu mestrado, foi uma avaliação de serviço relacionado ao problema de hipertensão e diabetes, no município em Saúde da Família. Eu percebi que os prontuários, eles têm uma defasagem muito grande, não só aqui, mas em todas as unidades de saúde, em relação a própria notação. E aí a qualidade, se eu anoto tô dizendo que eu fiz, se eu não anotei é porque eu não fiz[...]Aí quando você vai olhar o prontuário, você vai fazer uma avaliação, que não reflete o trabalho. ” (E7.41)

“A gente coloca diagnóstico de enfermagem, coloca algumas coisas, mas às vezes, não dá tempo de ficar pegando CIPE. Às vezes, “pega olha”, eu não tenho essa firmeza, essa facilidade para estar se consultando. E daí tudo é muito longo para se escrever, o diagnóstico é longo e a proposta é o dobro. Eu acho assim, uma burocracia tão desnecessária. Que eu acho que tinha que ser tudo mais abreviado. A classe médica tem lá a hipótese diagnóstica deles e é tão curtinha e as condutas também, são facilitadas. Por que o nosso, de enfermeiro, tem que ser tão longo. Isso dificulta bastante o nosso trabalho. Que poderia ser cumprido certinho. ” (E10.58)

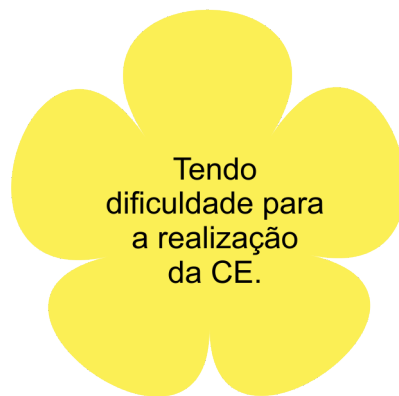


Diagrama 14 - E.6 Categoria: Tendo dificuldade para a realização da CE.

5.2.2 Fenômeno 2: A CE na prática de ESF

Trata-se da CE desenvolvida na ESF, superando os desafios, obtendo ganhos em busca da integralidade do cuidado e as sobrecargas do PE. Interrelaciona os sentimentos apresentados pelos enfermeiros frente às condições de trabalho no cotidiano e o desejo de qualificar a CE. Este fenômeno envolve dois temas: Enfrentando sobrecargas no processo de trabalho com a CE e Desafios da SAE (Diagrama 15) (Quadro 22).



Diagrama 15 – Fenômeno 2: A CE na prática de ESF: temas.

“[...] são os desafios diários. Eu acho que é um dia de cada vez. A gente vai alcançando devagar, mas a gente chega lá! [...] eu acho que o enfermeiro consegue muita coisa. Eu acho que as nossas consultas, por mais que sejam falhas [...] é para ser uma consulta mais básica [...] e a gente aprofunda muito mais coisas que muito atendimento médico. A gente investiga muito mais. (E11.69)

5.2.2.1 Descrevendo o fenômeno 2

O fenômeno 2 também foi organizado com base no paradigma de *Strauss* e *Corbin*, por meio dos temas 1, 2, suas categorias e subcategorias como ilustra a figura 2.

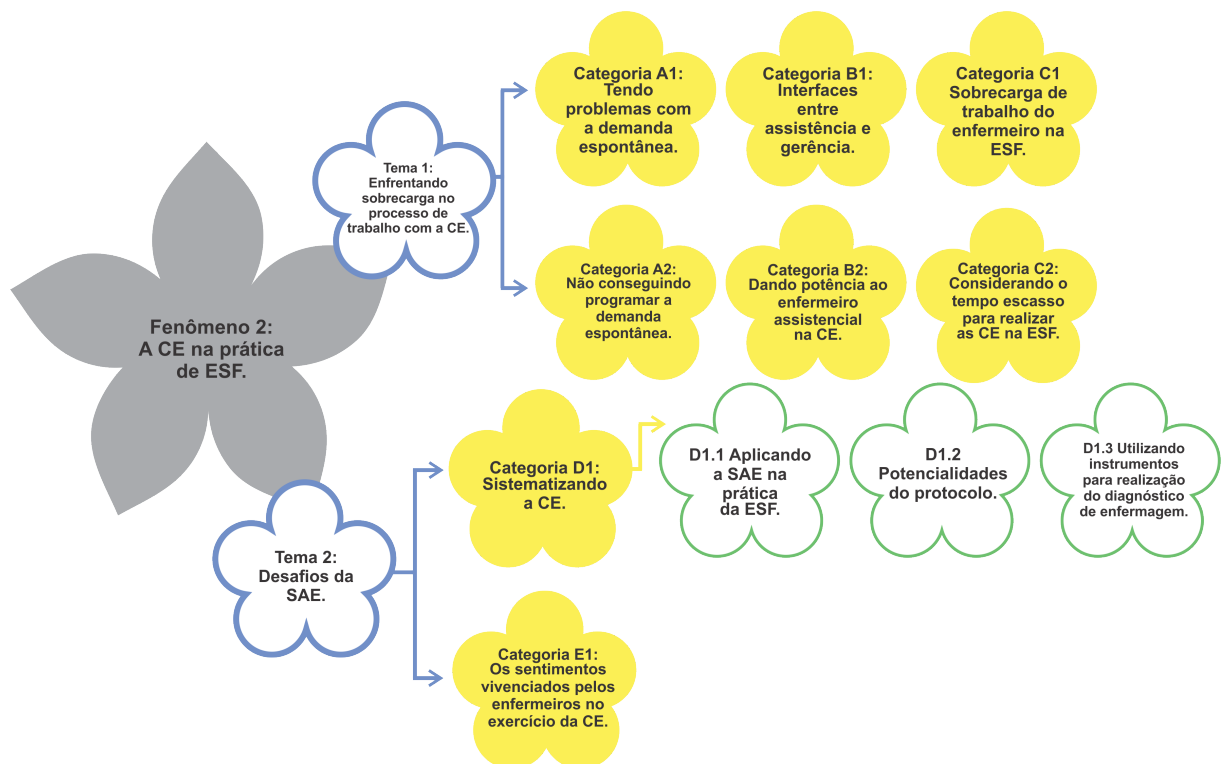


Figura 2 - Fenômeno 2 com seus temas, categorias e subcategorias.

Tema 1: Enfrentando sobrecargas no processo de trabalho com a CE.

Significa um desafio recorrente do enfermeiro ao exceder seus limites por meio da CE não programada em situações agudas, as quais são mais relevantes para o gestor frente as consultas agendadas, sendo isto um dificultador no processo de trabalho do enfermeiro. Este tema abarca seis categorias: tendo problemas com a demanda espontânea, não conseguindo programar a demanda espontânea, interfaces entre assistência e gerência, dando potência ao enfermeiro assistencial na CE, sobrecarga de trabalho do enfermeiro na ESF e considerando o tempo de realizar as consultas de enfermagem (Diagrama 16) (Quadro 23).



Diagrama 16 - Tema 1: Enfrentando sobrecargas no processo de trabalho com a CE: categorias.

“[...] a consulta de enfermagem é a principal atividade que a gente faz e pratica a assistência dentro da saúde da família. E na visita também, que também é uma consulta vamos dizer assim. [...] acho que o que dificulta por exemplo é a sobrecarga. Porque muitas vezes nas unidades, o enfermeiro é assistente-gerente. Pelo menos as de Saúde da Família.” (E9.53)

“Uma problemática também é a alta busca pela demanda espontânea. Que a gente tem muita consulta não programada, não agendada de situação aguda, que tem mais relevância para gestão municipal do que o próprio agendamento do paciente.” (E4.20)

“[...] tem toda a dinâmica do posto [...] como eu sou enfermeira assistencial e gerente, às vezes é um dificultador, porque você tem que parar a consulta para resolver aquele problema pontual do momento.” (E6.33)

“E quanto mais você atende, mais interessante é para gestão. Porque mais se ganha.” (E4.20)

A) Destacando as condições causais

As categorias “Tendo problemas com a demanda espontânea” e “Não conseguindo programar a demanda espontânea” mostram as causas que desencadeiam o fenômeno. São consideradas causais porque os enfermeiros

apontaram os principais fatores que interferem negativamente na operacionalização da CE, prejudicando a sua implementação.

A.1 Categoria: Tendo problemas com a demanda espontânea

Demonstra que os enfermeiros da ESF enfrentam todos os dias um dilema com a demanda espontânea, entendendo a mesma como qualquer atendimento não programado na unidade por meio da necessidade momentânea do usuário. Assim, a demanda de usuários é livre e constante, desvinculando o propósito real da CE como por exemplo o atendimento queixa-conduta. Estes fatos, apresentam empecilhos na organização do processo de trabalho do enfermeiro diante da CE (Diagrama 17) (Quadro 24).

“[...] muitas vezes, a gente tem dificuldade em seguir a consulta. Porque eu vejo que nós, profissionais, estamos com um desafio muito grande no processo de trabalho, atualmente, devido à alta demanda espontânea, ou seja, o atendimento extra, a gente acaba agindo como queixa e conduta. Então, fazendo um atendimento assim, a gente acaba se norteando por um caminho que não é uma consulta de enfermagem.” (E8.49)

“Porque você tem na unidade 40 pessoas em consultas extras. Então, eu também ajudo nessas consultas e ajudo no acolhimento. Esta é a rotina! Hoje mesmo: cheguei, ajudei as meninas na coleta, fui para pré-consulta, fiz o acolhimento dos pacientes. Quando eu consigo resolver com a enfermagem, os casos pontuais, eu resolvo.” (E6.33)

“Já para os pacientes de demanda espontânea, fazemos uma própria notação, a consulta de enfermagem no prontuário, mas de uma maneira, particularmente, eu não consigo, não tenho condições, de colocar o diagnóstico de enfermagem [...]” (E7.41)

“Quando a gente considera os atendimentos eventuais, que são aqueles pacientes que vêm para a unidade de saúde sem consulta agendada. Tem paciente que vem e é apenas uma escuta. E aí eu tenho que dar um nome para aquela escuta. E eu não consigo achar um nome para isso, não consigo classificar. Então, o tempo e a experiência vão deixando a gente, talvez, prático de mais nesse sentido. Eu já tenho um raciocínio, e para mim, não senti naquele momento a necessidade de buscar um diagnóstico, mesmo considerando que isso é essencial por parte do meu trabalho, que isso que legitima, a profissão, a consulta de enfermagem. É o que dá condições para a gente pensar na nossa prescrição.” (E7.42)



Diagrama 17– A.1 Categoria: Tendo problemas com a demanda espontânea.

A.2 Categoria: Não conseguindo programar a demanda espontânea.

Expressa a experiência desfavorável e o desconforto dos profissionais diante da demanda espontânea que chega para CE. Isso reflete a ansiedade dos profissionais em atender maior quantitativo de pacientes de forma rápida, para atender a expectativa do gestor quanto a quantidade (Diagrama 18) (Quadro 25).

“A quantidade de eventuais que se tem tido nas unidades, isso é uma coisa que também tem sobrecarregado e daí já não tem mais uma consulta tranquila. É tudo bem corrido. E uma coisa vai puxando a outra. ” (10.57)

“[...] então assim, a minha experiência não tem sido favorável. Não tem sido satisfatório, em relação a qualidade das consultas de enfermagem. Não que têm somente queixa e conduta, mas temos realmente que ser o mais rápido possível. Porque tem dias, como hoje por exemplo, nós tivemos vinte e oito eventuais pela manhã, é uma demanda grande para um médico e um enfermeiro com todas as outras coisas. ” (E3.12)

“E ao mesmo tempo, a gente tem produção, que a gente tem que bater. Então, tem que ter um mínimo de produção para conseguir. Aí eu tenho que dar conta da demanda que vem, fazer o modelo adequado de sistematização. E isso se for só para assistência. ” (E11.65)

“E existe também um outro porém, ultimamente, cada vez mais a gente tem sido cobrada por produção. Então a gente tem metas, que a gente tem que cumprir, a gente tem uma produção, que a gente tem que cumprir. E isso tem atrapalhado de uma certa forma. ” (E3.11)

“Assim, a questão da parte da coordenação, em si, ainda falta um pouco de apoio, nessa questão. Eu acho que cobram muitos números e muitos dados [...] faz uma fiscalização e fala: “olha, você não está fazendo o diagnóstico de enfermagem direito”. Aí você fala “ótimo”, mas aonde que eu vou enfiar 180 atendimentos que eu preciso fazer ao mês, reunião e treinar funcionário novo que está chegando, que a gente nem sabe se sabe vai verificar uma pressão ou uma glicemia corretamente ou dar conta do restante do serviço. Então, são os desafios diários. ” (E11.69)

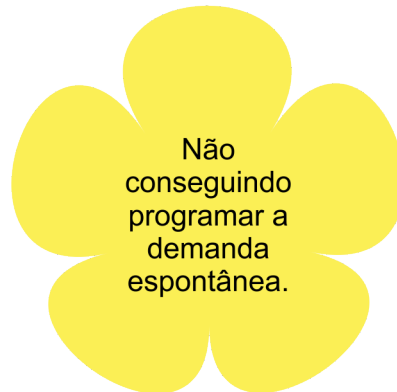


Diagrama 18 - A.2 Categoria: Não conseguindo programar a demanda espontânea.

B) Enfatizando o contexto

As categorias relacionadas ao contexto do fenômeno 2 são “Interfaces entre assistência e gerência” e “Dando potência ao enfermeiro assistencial na CE”. Essas categorias explicam o contexto da práxis dos enfermeiros mostrando a interação entre assistir e gerenciar no processo de trabalho na ESF.

B.1 Categoria: Interfaces entre assistência e gerência.

Significa a inter-relação entre as atividades assistenciais e as gerenciais, as quais, estão juntas na atribuição do enfermeiro da ESF. As enfermeiras relatam que se sentem como um “faz tudo” tendo que dar conta da assistência, gerência e estruturação do trabalho (Diagrama 19) (Quadro 26).

“Não tem condições de trabalhar com um único enfermeiro para fazer assistência e gerência. Se nós fossemos pelo menos em dois enfermeiros, enquanto um estaria aqui se dedicando à assistência, o outro estaria preocupado com o ar-condicionado que está quebrado, o cano que estourou, a folha de ponto de funcionário. Todas essas outras coisas que infelizmente, em meio à assistência, que a gente tem que fazer um pouquinho aqui, um pouquinho ali. Então não tem sido uma coisa fácil, a gente procura fazer o máximo que a gente pode, com qualidade. Mas infelizmente, hoje a cobrança em relação a quantidade tem sido grande.” (E3.12)

“É a campanha de vacinação, é a gerência, é a assistência, tudo ao mesmo tempo e uma única pessoa responsável.” (E3.13)

“Fazendo a parte da gerência e dividindo um pouco de tempo para a assistência. Então eu acho ruim, porque infelizmente os pacientes que acabam perdendo em termos de qualidade.” (E3.14)

“Porque eu tenho uma agenda cumprir, de cinco ou seis pacientes agendados, mais os eventuais, os acolhimentos que vão acontecendo e ao mesmo tempo a parte gerencial.” (E3.11)

“Eu não consigo fazer tudo ao mesmo tempo. Se estou fazendo consulta eu estou fazendo gerência ao mesmo tempo, alguém está batendo na porta,

alguém quer falar comigo, alguém está me esperando[...]" (E2.9)



Diagrama 19– B.1 Categoria: Interfaces entre assistência e gerência.

B.2 Categoria: Dando potência ao enfermeiro assistencial na CE.

Demonstra o esforço das enfermeiras em realizar a CE para todos os grupos populacionais, exercendo as funções assistenciais que competem a ESF. As enfermeiras apresentam as mais diversificadas atividades assistenciais da prática profissional exercidas por elas, atendendo o indivíduo, família e a comunidade por meio da CE, visando as necessidades de saúde, ações preventivas, promoção, reabilitação e educação em saúde (Diagrama 20) (Quadro 27).

"[...] o enfermeiro na estratégia de saúde da família atende toda a população, desde o pré-natal, a puericultura, hipertenso, diabético até a visita domiciliar. Então a gente atua através da consulta de enfermagem, com todos os grupos, com todos os pacientes programáticos e os não programáticos." (E3.15)

"Nove horas começa a chegar as consultas agendadas. Hoje eu tenho puericultura! Tem consultas que é mais de rotina, a criança está bem, está tudo bem, é só um pedido de exames que não vai receitas, enfim, mas tem consultas que não, tem consultas que é mais demorado, porque a mãe vem com a queixa e a criança já está doente." (E6.33)

"[...] agora começamos com grupos diversos de mulheres. Nesses grupos, a gente identifica alguns problemas e agendamos um atendimento individual [...] prestamos o atendimento individual e temos também a campanha de papa nicolau. Hoje por exemplo, tenho uma campanha de papa nicolau: 12 mulheres que eu agendei para mim no período da tarde. E se tiver algum problema, a gente também resolve, solicita exames, sorologia, eu ofereço e se elas aceitarem, eu solicito." (E6.35)

"Porque a gente sabe que quando começa o atendimento numa unidade de saúde nova, por exemplo até a população entender que a enfermeira faz atendimento, demora. Mas aí, quando eles começam a ver, começam a gostar da forma de como é feito esse atendimento, da parte preventiva que

a gente tenta fazer, ou até mesmo a parte curativa, quando precisa, e eles dão muito valor. Eles começam a enxergar diferente.” (E11.70)

“E além da consulta de enfermagem também tem outras coisas que a gente faz. Por exemplo a consulta de enfermagem em domicílio [...] se o paciente está acamado já temos as consultas de visitas domiciliares programadas. Mas que nem hoje, surgiu um problema com o paciente e tenho que ir lá, porque vem final de semana aí. A gente avalia e faz um trabalho na casa.” (E13.81)

[...] a gente tenta da melhor maneira possível atender o paciente e dar vazões às queixas, e encaminhar se for preciso. Se necessário, agendamos uma consulta de rotina para pedir outros exames, se não for uma queixa muito grave. Caso seja grave, nós encaminhamos para o pronto socorro ou a médica já faz o encaminhamento, se for um caso diferente discutimos com NASF, que é uma agenda os casos de consulta de especializada na UNESP. Isso tudo para dar vazão, para resolver o problema.” (E6.34)

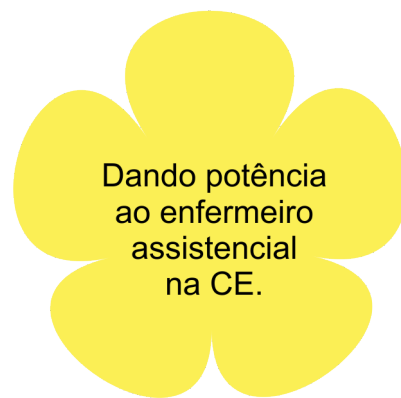


Diagrama 20- B.2 Categoria: Dando potência ao enfermeiro assistencial na CE.

C) Destacando as condições intervenientes

As categorias que representam as condições intervenientes do fenômeno 2 é: “Sobrecarga de trabalho” e “Considerando o tempo escasso para realizar as consultas de enfermagem na ESF. Essa categoria mostra fatores que interferem na realização da CE de forma efetiva, dificultando o processo de trabalho do enfermeiro na ESF.

C.1 Categoria: Sobrecarga de trabalho do enfermeiro na ESF

Significa o trabalho excessivo desempenhado pelos enfermeiros no modelo de trabalho da ESF, para atender as demandas atribuídas ao processo de trabalho que lhes causam os mais diferentes sentimentos como frustração e solidão, limitações e desafios como rotatividade de pessoal (Diagrama 21) (Quadro 28).

[...] a gente também percebe uma sobrecarga que o enfermeiro na unidade de saúde da família além dele fazer o atendimento à população, a parte clínica, ele também faz a parte gerencial.” (E4.19)

“E a rotatividade dos profissionais também dificulta bastante. Você tem que

pensar que não é só atender, não só gerenciar, mas você também tem que treinar.” (E11.68)

“[...] cada uma dessas cinco micro áreas rurais, tenho um perfil populacional diferente e uma demanda de atendimento diferente. Então, assim, gerenciar tudo isso sozinha, eu confesso, que às vezes, dá uma frustração. Na hora que você olha, e fala: “gente eu tenho que fazer tudo sozinha, e sou muito cobrada por isso”. (E11.67)

“Uma outra dificuldade, é que no município o enfermeiro de estratégia, ele está sozinho. Por exemplo, eu tenho que fazer toda a parte administrativa e assistencial ao mesmo tempo. Sendo que a assistencial, tem a modalidade individual, tem grupos, tem o matriciamento com o NASFI. Então para dividir a semana hábil, as semanas e os meses, vão ficando mais embolado do que simplesmente pensar na consulta.” (E1.2)

“[...] é muito difícil eu ter uma condição de minutos em silêncio, para escrever bem, para desenvolver uma intervenção melhor. Sinto falta disso, de poder me aperfeiçoar, explorar um pouco mais a minha capacidade de fazer consulta de enfermagem.” (E2.9)



Diagrama 21– C.1 Categoria: Sobrecarga de trabalho do enfermeiro na ESF.

C.2 Categoria: Considerando o tempo escasso para realizar as consultas de enfermagem na ESF.

Representa o tempo como algo precioso no exercício profissional do enfermeiro com a CE. Visa também as dificuldades em encontrar o diagnóstico de enfermagem de forma rápida e precisa para contemplar todas as etapas do processo de enfermagem (Diagrama 22) (Quadro 29).

“Porque quando paciente vem, ele traz uma bagagem gigante e você quer dar conta daquela bagagem. Muitas vezes, você faz muitas coisas, mas não tem aquele tempo que você gostaria para escrever ou para sistematizar. Só que, ao mesmo tempo se você não faz, fica como se você não tivesse feito. As palavras que você falou para o paciente é como se não tivesse existido. Então, é muito difícil.” (E11.64)

“[...] na minha experiência, uma defasagem [...] é o diagnóstico. É uma coisa que demanda um certo tempo, e às vezes, na hora da consulta, não temos

esse tempo. Porque precisa procurar e achar o diagnóstico certinho. Então, acho que seria uma coisa que ainda falta melhorar.” (E9.55)

“Porque na frente do paciente é muito chato a gente ficar virando livro para encontrar o diagnóstico [...] às vezes a gente fala: “ah, aguarda um minutinho que eu vou ali”, e a gente acaba procurando. Mas, às vezes a gente não tem esse tempo mesmo, a demanda está lá, atrasada.” (E12.74)

[...] porque a gente tem cada vez menos tempo [...] é reduzido o tempo para assistência. Por que? O tempo ideal para uma consulta, para ser completa, para fazer toda a sistematização, de anamnese do paciente, eu não posso ter esse tempo.” (E3.11)

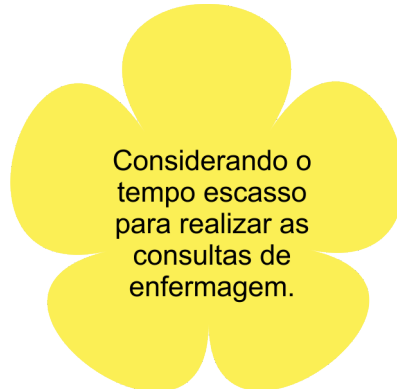


Diagrama 22- C.2 Categoria: Considerando o tempo escasso para realizar as consultas de enfermagem na ESF.

D) Desenvolvendo estratégias de ação

A estratégia de ação que representa o fenômeno 2 está inserida no tema 2 nomeado como os desafios da SAE e a categoria que representa é “sistematizando a CE”. Sendo assim, com a sistematização da CE a mesma pode ser realizada com eficácia e um período de tempo menor, agilizando o processo de trabalho do enfermeiro.

Tema 2: Desafios da SAE

Significa as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros ao exercitar na prática o PE, alinhado à SAE, NANDA, NIC-NOC e SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Esses instrumentos são métodos científicos que vem sendo cada vez mais implementados na prática assistencial. Entretanto, as participantes temem não conseguir executar esses instrumentos em sua plenitude fato que pode reduzir a CE a uma ou duas por dia. Este tema abarca duas categorias: sistematizando a consulta de enfermagem e os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE (Diagrama 23) (Quadro 30).

“Então eu posso usar tanto o que está lá descrito como processo de enfermagem, por Wanda, posso usar os diagnósticos seja da CIPE ou da NANDA. E para fazer as condutas também de acordo com a NANDA NIC-NOC, mas na atenção primária tem uma resolução do COREN que autoriza a gente a usar o método SOAP que é a queixa, o subjetivo, o objetivo, ação e plano. Então é mais fácil, que no e-sus vai assim: é o mínimo do mínimo de uma sistematização. Porque eu acho que a consulta do enfermeiro, ela deve ser sistematizada, porque também se perde a lógica não dá pra entender a que ela se presta. Então, isso facilita. O SOAP é mais curto, do que eu vou falar, “não, nós vamos seguir aqui Wanda, horta e vamos fazer NANDA e NIC-NOC”. Então nós não vamos fazer quase nada, vamos fazer uma consulta por dia, duas.” (E1.3)

Tem algumas adversidades, que nem a consulta, tem demandado bastante tempo, porque requer que você faça toodo uma anamnese, um histórico, o exame físico, um diagnóstico, as condutas e todo um planejamento do processo terapêutico.” (E4.19)

“Hoje a gente tem um instrumento de consulta de enfermagem, com foco específico em pré-natal, puericultura, saúde da mulher e também para as campanhas de papa nicolau, que é mais direto ainda. Quando a mulher vem para campanha, é claro que a gente aborda as necessidades que ela traz, mas é um instrumento mais *check list*, é uma coisa bem mais pontual. Porque quando a gente olha para a campanha, a nossa preocupação é rastreamento e o exame.” (E7.39)



Diagrama 23 – Tema 2: Desafios da SAE: categorias.

D.1 Categoria: Sistematizando a CE

Retrata a tentativa dos enfermeiros em sistematizar a CE, executando todas as etapas do PE aprendidas durante a graduação. Demonstra também que, sistematizar induz a organização do trabalho por meio de uma teoria, aplicando de preferência, as cinco etapas relacionadas: anamnese, exame físico, levantamento de problemas, diagnóstico de enfermagem e intervenção de enfermagem. A sistematização mais utilizada é apresentada por Wanda de Aguiar Horta, que tem por objetivos essenciais garantir o acompanhamento integral aos pacientes e

registrar as atividades desempenhadas pelo enfermeiro. Essa categoria revela três subcategorias: Aplicando a SAE na prática da ESF, potencialidades do protocolo e utilizando instrumentos para realização do diagnóstico de enfermagem (Diagrama 24) (Quadro 31).

“Mas a gente tenta seguir os passos, realizar o histórico, anamnese, o levantamento de problemas, o diagnóstico e a intervenção. A gente tenta seguir tudo!” (E3.15)

“E eu acho que a CE é uma ferramenta, um instrumento essencial da profissão mesmo no sentido de você conseguir identificar as necessidades de saúde daquele paciente, de uma maneira mais integral, uma maneira em que você possa documentar. Porque mesmo a literatura, traz isso muito bem organizado. Se a gente não se organiza, é porque temos as dificuldades, mas acho que vem com uma organização, com uma sistematização, que permite ser legítimo e coerente.” (E7.44)

“[...] Então, realmente eu acho que tem que estar utilizando do embasamento teórico, a gente que realmente seguir nossos protocolos, que aliás, agora foram até revisados pela secretaria de saúde. Então eu acho que é um norteador importante.” (E8.50)



Diagrama 24 – D.1 Categoria: Sistematizando a consulta de enfermagem: subcategorias.

D.1.1 Subcategoria: Aplicando a SAE na prática da ESF

Descreve os caminhos que os enfermeiros perpassam para aplicar a SAE na CE. Essa sistematização reclama o senso crítico e a capacidade evolutiva de planejar o processo terapêutico. As mesmas referem que é importante o apoio da gestão na aplicação da prática da CE e demonstram que é necessário planejar instrumentos que facilitem e agilizem a realização das CE com praticidade, garantindo a execução das etapas e padronizando-as.

“Eu vejo que a gente tem muito a crescer quanto a consulta de enfermagem, que a gente realmente tem que se atualizar e a gente tem que ter também, um apoio da nossa atual gestão. Então tem um norteador, que está por trás, nos cobrando e também forçando a gente a utilizar o nosso senso crítico e utilizar o no nosso dia-a-dia para compor isso. Na verdade, o senso crítico porque a gente acaba ficando numa zona de conforto. Eu vejo como uma zona de conforto, porque é muito mais fácil a gente atender, ver as queixas e norteada por uma queixa específica, dar aquela conduta[...]” (E8.50)

“Considerando desde a anamnese, o exame físico, mas depois também o levantamento de problema, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição. Então, a minha anotação, hoje ela é diferente. Até porque, eu acho que ao longo desses anos que eu estou trabalhando aqui, eu junto a outra enfermeira, sentimos a necessidade de ter alguma padronização. Pensando em alguns instrumentos, tanto para facilitar e tornar mais prático esse momento de consulta.” (E7.38)

“Eu procuro direcionar a minha consulta com alguns dados que eu já tenho em mente, ou mesmo eu tenho algum “*insite*” de sistematização da enfermagem. Que a gente vai fazendo algumas perguntas e, dentro dessas perguntas, daí pode abrir um leque de coisas. E gosto de fazer assim, ir perguntando e daí se a pessoa tem algum problema ou tem alguma dúvida, alguma coisa em relação àquela pergunta que eu faço, aí vai abrindo os leques, e a gente vai acabando direcionando essa consulta para alguma coisa.” (E14.83)

“Em relação a SAE é difícil seguir ao pé da letra. A gente tem alguns roteiros, algumas consultas pré-sistematizadas. Então a gente já tem um roteirinho que a gente segue até para facilitar e para estar agilizando um pouquinho o nosso tempo, mas ainda assim é um pouco complicado.” (E3.13)

“Porque de certa forma, o instrumento, ele atende a necessidade da praticidade. Porque a gente tem um volume grande de pacientes, seja que buscam com uma agenda apertada ou com um atendimento extra, temos uma demanda grande. Então é precisa pensar em algo, garantindo a qualidade, mas que também a gente possa trabalhar com mais agilidade, mais praticidade.” (E7.40)

D.1.2 Subcategoria: Potencialidades do protocolo

Apresenta o protocolo de enfermagem como um respaldo à CE, pois o mesmo norteia, facilita e confere autonomia a prática profissional. Referem que o

protocolo se apresenta como um diferencial, pois enriquece o momento da CE e diminui a dependência do profissional médico.

“No município, temos um diferencial, porque a gente tem um protocolo que nos respalda e nos dá bastante autonomia para fazer uma consulta mais completa, intervindo mais, solicitando exames, prescrevendo alguns medicamentos, que está dentro do protocolo. Então isso acaba ajudando, enriquecendo mais a consulta, porque a gente não fica tão dependente do profissional médico.” (E3.15)

“Apesar do pouco tempo de experiência que eu tenho, trabalhando na estratégia da saúde da família e desenvolvendo as consultas. Eu tenho apresentado uma boa experiência, porque o protocolo, aqui do município, dá um embasamento muito bom para a gente. Então o que a gente aprende na faculdade, as etapas do SAE: a entrevista, o exame físico, tal e tal. Nós colocamos em prática e o protocolo ajuda muito quando achamos algum problema para nortear o atendimento. Então, eu considero que não tenho muita dificuldade nisso.” (E5.25)

“O fato da gente ter um protocolo de assistência de enfermagem no município, isso facilita também, é um facilitador. Porque ele traz de uma maneira bastante ampla desde a gestante, a criança, a mulher e até o adulto vários aspectos, que nós enquanto enfermeiro, podemos atuar de maneira sistematizada. Seja na solicitação de exame, seja também na prescrição de medicamentos, seja nas orientações. Então, ele é um instrumento, um material bastante importante que nos conduz no momento da consulta de enfermagem de uma maneira bastante tranquila e o principalmente nos dá autonomia.” (E7.44)

“No município, a gente tem uma facilidade, temos o protocolo de enfermagem. Para nós enfermeiras podermos prescrever. Então, isso facilita a vida da enfermeira, no sentido de que não é só o médico que tem a sua prescrição, mas nós também podemos prescrever. Mas para fazer as prescrições nós precisamos ter o entendimento, precisamos entender e saber fazer o diagnóstico. Porque o diagnóstico também não é fácil de fazer.” (E14.86)

D.1.3 Subcategoria: Utilizando instrumentos para realização do diagnóstico de enfermagem

Retrata que o instrumento indicado pelo município é a CIPE, porém, os enfermeiros apresentam algumas dificuldades relacionadas a maneira de utilizar a mesma no momento da CE. Referem que o material é difícil de operar, encontrar o diagnóstico de forma precisa, complexo para memorizar, demanda tempo, são longos, óbvios e causam constrangimentos ter que procurá-los, folheando o livro, na frente do paciente.

“Há uns dois anos atrás tivemos que começar a implantar a CIPE no município, tivemos um pouco de dificuldade nos diagnósticos. Porque não era um tipo de diagnóstico que costumávamos a fazer. Antes era seguido o diagnóstico do protocolo” (E12.73)

“Então, com a demanda que é grande, principalmente nessa unidade mandaram três livros, um livro CIPE de adulto, um de obstetrícia e outro de

pediatria. Mas mesmo assim foi dificultoso! Porque temos que parar e procurar um diagnóstico que se encaixe e até acostumar e ir guardando na memória [...] para não precisar mais ter essa procura. Até hoje não sabemos cem por cento e já faz um tempo. Então foi um pouco difícil nisso. Às vezes a gente não acha um diagnóstico que se encaixe, outras vezes a gente fica meio que, “Ah, eu vou colocar isso, mas vai remeter ao diagnóstico médico ou não”, mas algumas vezes a gente tem dificuldade de encontrar algum que se encaixe e de ter esse tempo de procura.” (E12.73)

“O município junto com o departamento de enfermagem, atualmente estão implantando a CIPE. Que na minha experiência é demorado, pouco prático, longo e não posso considerar como uma (riso) experiência positiva inicialmente. Acho que até nossas conversas a respeito disso, de repente com a experiência a gente conseguisse interpretar melhor e ter menos que ficar se reportando ao livro. Talvez fosse melhorando, mas atualmente eu não tenho uma experiência muito favorável.”(E2.7)

“Assim, a CIPE em si eu uso um pouco, mas assim, mais voltado para saúde da criança, que é o que eu tenho um pouco mais de facilidade e algumas coisas para saúde da mulher. Porém, eu não uso muito a questão da parte das condutas dela. Porque eu acho que tem muita coisa que é repetitiva, que parece ser meio óbvio[...]. Então, por exemplo, a criança está com baixo peso, “ah, estimular a parte da alimentação saudável”. Então, tem algumas coisas que a gente acaba resumindo, colocando que nem está no protocolo.” (E11.65)

“Tem a CIPE! Eu ainda tenho um pouco de dificuldade, porque tem pouco tempo. Eu acho que quem já tem anos, tem usando a CIPE. Por exemplo, saúde da mulher: é uma consulta que eu faço bastante e acabei decorando a CIPE. Então, os diagnósticos já vêm. Você atende o paciente, já vem na sua cabeça, os diagnósticos. Mas o adulto, por exemplo, é muito aberto, são muuitos diagnósticos. Então eu procuro pontuar, relevando os problemas e pontuo os principais. Mesmo porque, como eu não sei decor e o paciente fica olhando. Aí você vai olha, folhea e passa a impressão que você está consultando alguma coisa. Eu até explico, falo “ah, é que eu não posso pôr, o seu diagnóstico é esse, mas eu não posso por desse jeito, porque é diagnóstico médico. Então eu estou procurando aqui...” Eu procuro explicar, até porque o paciente fica olhando, falando “que será que ela tá procurando? Isso causa constrangimento.” (E5.26)

E) Identificando as consequências do fenômeno

Diante das experiências apresentadas acerca da CE e a sua prática na ESF, as consequências que representam este fenômeno estão na categoria: “Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE”. Esta categoria revela os diferentes sentimentos gerados ao desempenhar a CE.

E.1 Categoria: Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE.

Significa os sentimentos explicitados ao exercerem na prática a CE. As participantes referem que se sentem úteis e gratificadas ao desempenhar tal prática. Na outra ponta relatam desconforto e tristeza em relação a cobrança de metas quantitativas a serem alcançadas no trabalho da enfermagem (Diagrama 25)

(Quadro 32).

“Particularmente gosto de fazer a consulta, me sinto mais útil para o indivíduo. Penso que estou prestando cuidado que é minha obrigação como enfermeira. É que isso faz parte da minha atuação na atenção primária. Quanto a um sentimento pessoal, gosto de ver a evolução da pessoa, de verificar qual a influência da ação que foi tomada, se aquilo foi bom para aquele indivíduo dentro daquela família, daquela comunidade. Para mim ver a evolução das pessoas, me gratifica.” (E1.5)

“A cobrança por metas me entristece [...] Porque depois de um atendimento, pode surgir vários outros seguimentos e essas coisas podem acabar gerando mais tempo, mais dedicação, para que se tenha um resultado esperado, um resultado melhor, e isso não é avaliado, não é pontuado.” (E4.20)

“[...]Se eu comparar uma consulta de enfermagem que eu fazia há oito anos atrás e uma consulta de enfermagem hoje, eu sinto um pouco de tristeza ao comparar porque em termos de qualidade, vai estar diferenciado. Mas é porque antigamente a gente não tinha tanta cobrança, tantas coisas que vem com o serviço em geral.” (E3.12)

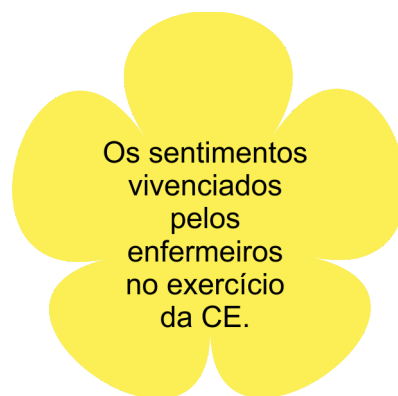


Diagrama 25 – E.1 Categoria Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE.

5.3 DESCOBRINDO A CATEGORIA CENTRAL:

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos: Do início da práxis ao cotidiano da CE e A CE na prática de ESF, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias e subcategorias). Esta estratégia permitiu articular as categorias e subcategorias chaves que evidenciassem a experiência do enfermeiro com a CE.

O processo de trabalho do enfermeiro com a CE permite uma busca constante pela melhoria, qualificação, aperfeiçoando da prática e proporciona reconhecimento profissional. Embora o cenário atual da ESF apresente

circunstâncias que sobrecarregam o enfermeiro, como alta demanda espontânea, tempo escasso para realização da assistência, inúmeras funções administrativas, exigências dos gestores quanto a cumprimento de metas e sistematizações da consulta por meio da CIPE, outros sentimentos favoráveis, revelam que a mesma é um poderoso instrumento para autonomia e visibilidade profissional.

Perante este cenário, intitula-se a categoria central, como: Da formação do enfermeiro à prática da CE: desvelando aprendizados, desafios e autonomia como componentes intervenientes.

A seguir é representado por meio da figura 1 o modelo teórico representativo da experiência do enfermeiro com a CE.

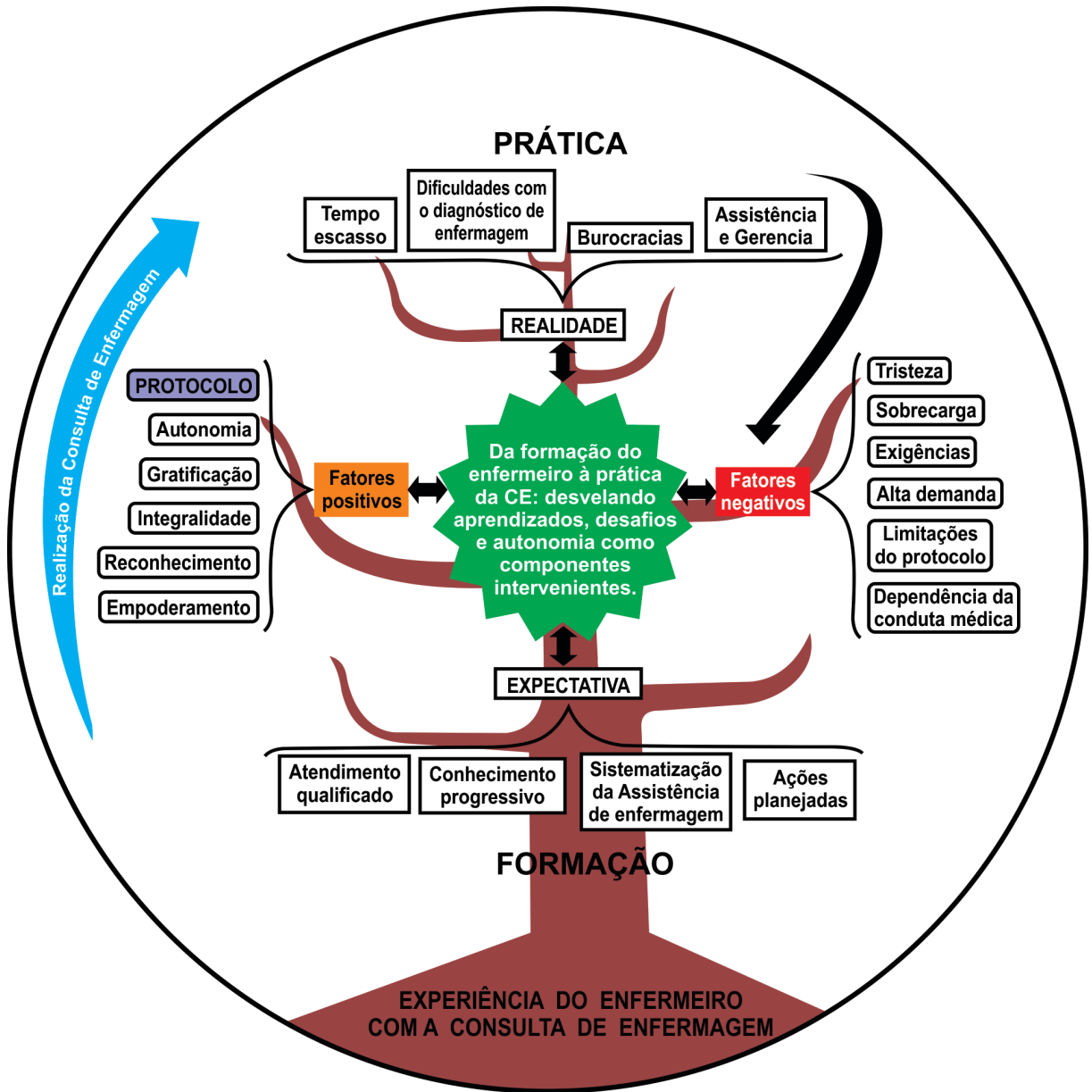


Figura 3 - Modelo representativo da experiência do enfermeiro com a consulta de enfermagem na ESF.

6. DISCUSSÃO

A discussão dos dados segundo os passos da TFD ⁽⁵²⁾, com base no referencial teórico da integralidade na atenção e no cuidado à saúde⁽⁴³⁾, possibilitou configurar vivências e abstraí-las em um modelo teórico, que aprofundou a compreensão da experiência do enfermeiro com a CE na ESF.

A partir do modelo teórico, observou-se a realização da CE a partir da graduação, ampliando a construção do conhecimento e aprendendo formas de sistematizá-la. O avanço desta experiência a partir da formação à prática permitiu melhor agilidade, conhecimento científico e aprimoramento do raciocínio clínico, que estruturam e formam a base da CE, proporcionando qualidade ao trabalho do enfermeiro, levando à prática da integralidade do cuidado.

No interior do modelo, expõe-se a essência da experiência do enfermeiro por meio da CE, intitulada: “Da formação do enfermeiro à prática da CE: desvelando aprendizados, desafios e autonomia como componentes intervenientes”. Este núcleo significa a trajetória que o profissional perpassa para atuar com êxito seu atributo privativo, que atravessa períodos de desafios até a conquista do reconhecimento em sua prática.

Nesse processo, a princípio, a formação do enfermeiro se reflete de forma importante na prática profissional. Assim, pode-se afirmar que existem diferentes características quanto a formação, não apenas relacionado às instituições públicas e privadas, mas também quanto ao ano em que foi realizada a graduação, pois o curso profissional caminha juntamente com os avanços da ciência⁽⁵⁹⁾.

Observa-se pela estatística do perfil da enfermagem no Brasil, que a formação dos enfermeiros se dá em sua maioria (57,4%) em instituições privadas de ensino superior, sendo as universidades públicas responsáveis por 35,6% do contingente e as filantrópicas, por menos de 5%⁽⁶⁰⁾.

Quanto ao tempo de formação, a maior parte dos enfermeiros estão formados há 10 anos ou menos ⁽⁴⁾, o que vai ao encontro com os participantes deste estudo, pois no grupo amostral a maioria dos profissionais possuem de dez anos a menos de formação. Assim, identifica-se que a enfermagem é uma profissão constituída,

predominantemente, por pessoas jovens.

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em enfermagem, o perfil do formando egresso consiste num profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo. Devem ser qualificados para o exercício profissional, com apoio científico e intelectual embasados nos princípios éticos, aptos em conhecer e intervir sobre os problemas de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, promovendo saúde integral ao ser humano ⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Como componente curricular são descritos os tipos de atributos inerentes ao enfermeiro como ações frente à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente ⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Assim, a formação acadêmica do enfermeiro tem um papel reservado e centrado em aspectos técnicos assistenciais e gerenciais, que associados fortalecem suas ações, independentemente do local de trabalho ou nível de atenção à saúde ⁽⁶³⁾.

Dentro deste cenário, a CE aparece como uma das atividades mais trabalhadas dentro do ensino, pois apresenta-se como componente atravessador frente as diferentes linhas de cuidado, como por exemplo, a saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, do idoso e entre outras. A CE assume a principal maneira de prestar assistência de enfermagem, tanto para o indivíduo sadio quanto para aquele que se encontra hospitalizado ⁽⁶⁴⁾.

Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 torna a CE um ato privativo do enfermeiro respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (1993), conforme Resolução n.º 159/1993, que estabelece que a mesma deve ser obrigatoriamente desenvolvida em todos os níveis de assistência à saúde, tanto em instituições públicas quanto privadas. Isso inclui a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família – ESF, cujas normas preveem a realização da CE ⁽⁶⁴⁾.

No cotidiano de atuação do enfermeiro, quando o mesmo inicia a prática da CE, muitas expectativas se revelam, entre as quais podem ser destacadas: atendimento qualificado, conhecimento progressivo, a sistematização da assistência de enfermagem e ações planejadas.

Em relação ao atendimento, observa-se que os enfermeiros possuem uma a visão integral da assistência por meio da CE qualificada, isto é, eles têm o desejo de qualificar e exercer a profissão em totalidade, com buscas evolutivas de conhecimentos.

[...]“E aí, você quer fazer uma boa consulta, você quer seguir uma teoria, uma base teórica, você quer se dedicar, você quer ensinar os alunos, você quer demandar mais tempo para isso, e você não tem esse apoio”. (E4.20)

Tais expectativas corroboram com a literatura, uma vez que a falta de qualificação e aprimoramento pode comprometer o desempenho da unidade de saúde ⁽⁶⁵⁾. Além disso, é preciso ter embasamento teórico e técnico para treinar a equipe e realizar educação em saúde para a comunidade⁽⁶⁶⁾.

Quanto ao conhecimento progressivo, no início da carreira as participantes da pesquisa se ressentem de um aprofundamento na consulta de enfermagem, atentando a buscas ativas de novos conhecimentos, técnicas inovadoras de registros e especializações relacionadas ao aperfeiçoamento da prática, pois a graduação proporciona uma base que estrutura o desenvolvimento da consulta.

A princípio, a Sistematização da Consulta de Enfermagem na prática de ESF se apresenta aos enfermeiros como fator crucial para o desenvolvimento da CE, pelo fato de ser uma responsabilidade legítima da categoria, exigida pelo órgão de classe ⁽⁶⁷⁾.

Em um estudo realizado com estudantes de graduação observou-se que a percepção dos alunos sobre a SAE, ao decorrer do curso, está direcionado a aprendizagem, à prática do Processo de Enfermagem (PE) e à realização da CE, desenvolvidas desde o início do processo acadêmico. Constatou-se que os conteúdos foram apresentados de forma segmentada, causando alguns conflitos nos saberes, que apenas compreenderam a razão deste conhecimento a partir da metade do curso⁽⁶⁸⁾.

Em outra pesquisa, alunos de enfermagem também declaram sentir insegurança para atuar na prática sem o auxílio do responsável, expressaram dificuldades em unir a teoria à prática, principalmente quanto à clínica ampliada, atendo-se aos roteiros para a CE, sem programação de tempo da mesma⁽²⁸⁾.

Além disso, alguns cursos de graduação em enfermagem, abordam a CE em APS de maneira superficial, mantendo ênfase na visão centrada em cuidados hospitalares ^(3,64).

Porém, por intermédio da prática contínua da CE, os enfermeiros perdem as inseguranças e reconhecem a importância da SAE para organização dos processos de trabalho na atenção primária, além de compreenderem os benefícios da utilização da mesma na tomada de decisão⁽²⁰⁾.

Por último, não menos importante, a expectativa apresentada pelas participantes condiz com ações planejadas, com intuito de colocar em ordem o trabalho, as competências da equipe, o planejamento das ações e dos programas de saúde, possibilitando um maior acesso da população ao serviço e eficiência na divisão do tempo de trabalho.

“[...]você quer fazer uma boa consulta, você quer seguir uma teoria, um referencial teórico, você quer se dedicar, você quer ensinar os alunos, você quer demandar mais tempo pra isso” (E4.18)

Um dos desafios traçados pelos enfermeiros e suas equipes frente o planejamento em ESF, é a realização de atividades como o mapeamento, a territorialização da área de abrangência, o planejamento das visitas domiciliares, a elaboração do diagnóstico situacional das famílias, pois ainda não são priorizadas, ficando abaixo do esperado para a ESF em nível nacional^(69,70).

As participantes revelam, por meio das expectativas, aspiração para desenvolver uma prática adequada, distinta, digna, confiável e com qualidade, segundo o dever posto a categoria profissional, conforme as graduações ensinam. Porém, ao defrontar com a prática do dia a dia, se deparam com inúmeras responsabilidades outorgadas para si, além da CE.

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, apresenta as atribuições do enfermeiro, sendo algumas delas: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes, elaborar planos de cuidados, supervisionar as ações da equipe de saúde, realizar CE, assim como procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos estabelecidos pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal,

observadas as disposições legais da profissão⁽⁷¹⁾.

Tal realidade, incentiva e proporciona a evolução do papel do enfermeiro, pois dá ênfase às práticas de enfermagem, com destaque na CE, por meio de protocolos, que direcionam e respaldam os enfermeiros na ESF.

O modelo teórico apresenta o protocolo como uma experiência positiva para o enfermeiro na CE, pois por intermédio deste instrumento as participantes referem adquirir autonomia e empoderamento para realização de sua prática.

“[...] No município temos um protocolo, que nos respalda e nos dá bastante autonomia, [...] nos ajuda a fazer uma consulta mais completa, intervindo mais, por meio de solicitações de exames e prescrições de alguns medicamentos[...] Então acaba ajudando, enriquecendo mais a consulta e não fica tão dependente do profissional médico[...]” (E3.15)

“[...] Então, o protocolo é um instrumento bastante importante, que nos conduz, no momento de consulta de enfermagem de uma maneira tranquila e o principal, nos dá autonomia.” (E7.45)

Assim, torna o protocolo um facilitador no atendimento de todos os grupos populacionais de forma completa, conduzindo a CE de maneira tranquila e auxiliando nas etapas da sistematização.

O protocolo apresenta-se como instrumento que direciona a CE e nele estão inseridas as descrições de várias situações específicas de assistência, detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões para a prevenção da doença, promoção, recuperação ou reabilitação da saúde⁽⁷²⁾. Apesar de nem sempre descreverem claramente todas as atribuições do enfermeiro,⁽⁷³⁾ os protocolos são referenciados de maneira positiva, na medida em que a CE evolui e se aprimora com o tempo.

As experiências revelam a oportunidade de desenvolver integralidade do cuidado, ao conseguir abordar de maneira abrangente diversos aspectos da vida do usuário. Essa integralidade, está caracterizada por três conjuntos de sentidos: da organização dos serviços de saúde, do conhecimento das práticas dos trabalhadores e da formulação de políticas governamentais^(48,68,74).

Entende-se por conjunto de sentidos a união de sistemas que agregam no

desenvolvimento da integralidade. Considerando o sentido apresentado segundo a eficiência do profissional na prestação da assistência, no desempenho da medicina ideal, a integralidade está exposta em cada encontro entre profissional e usuário, seja no atendimento ou em uma conversa, no qual a atitude profissional está ativa para detectar necessidades e demandas perceptíveis relacionadas à saúde⁽⁶⁸⁾.

No conjunto de sentidos ligado à organização dos serviços de saúde, a integralidade reside na maneira de organizar as práticas desenhadas pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre os atendimentos de demanda programada e demanda espontânea com aproveitamento das oportunidades geradas, para aplicação de protocolos de diagnóstico, identificação de situações de risco para a saúde e na execução de atividades coletivas junto à comunidade⁽⁶⁸⁾.

Por último, o conjunto de sentidos que envolve as políticas governamentais voltadas à integralidade, estas devem ser especialmente desenhadas para dar respostas a uma determinada necessidade de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional⁽⁶⁸⁾.

Desse modo, os serviços de saúde têm potencial para construir e reproduzir saberes, práticas integrais de cuidado e atenção à saúde, assim como avaliar os efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população⁽⁷⁵⁾.

No cotidiano das equipes de ESF, a integralidade opera nos micros processos de trabalho em saúde, nos afazeres de cada profissional que adota uma conduta acolhedora e compromissada com os usuários, seus cuidados e a cura, ao estabelecer vínculos e objetivos para assistir em função de suas necessidades^(48,75).

Para a efetiva construção da integralidade no atendimento de ESF, é necessário que cada profissional utilize seu potencial criativo de forma integrada, iniciando pelos responsáveis do sistema de saúde. Porém, ainda não é possível alcançar este tipo de objetivo nas unidades, uma vez que a assistência ainda se fundamenta no modelo médico-centrado, com enfoque na doença e com atenção fragmentada⁽⁴⁸⁾.

As participantes referem a valorização e o reconhecimento da comunidade a partir da resolubilidade que a CE imprime dentro da ESF, pois, frente a uma

anamnese é possível ir além da necessidade apresentada como queixa, mas, explorar a convivência familiar, aspecto social, cultural e fatores conflitantes que refletem no estágio saúde/doença.

Em uma das entrevistas revelou-se um caso, descrito assim: uma usuária agendou uma CE na unidade, a princípio era uma queixa de uma pinta na pele localizada no membro superior, durante a consulta percebe-se que a mesma havia faltado de uma consulta médica ambulatorial de tratamento oncológico no dia anterior, mais a fundo no diálogo é revelado que o motivo de não cumprir com o tratamento adequado, era um filho portador de necessidades especiais de sua responsabilidade, o qual não tinha com quem deixar. Frente a este caso, a participante levou o mesmo a discussão para outros órgãos de saúde com plena resolução.

“[...] Então, a equipe se mobilizou, fez tudo para ajudar [...] eu estou dizendo isso, porque, às vezes na consulta de enfermagem, não necessariamente o paciente vem para aquela consulta, para colher um papa, mas nessa consulta, além do procedimento, ele acaba falando algumas coisas importantes para você, que você acaba tendo que investigar mais e traçar um plano de cuidado diferente. Eu falo que, se soubermos ouvir o que o paciente tem a dizer [...]. Temos que prestar muita atenção naquilo que o paciente quer nos dizer e não fazer as coisas mecanicamente”. (E7.85)

Desta forma, a CE promove reconhecimento e visibilidade para o papel do enfermeiro mediante a utilização do diagnóstico de enfermagem e a resolução de problemas. As ações proativas, como por exemplo, a disposição para resolver problemas frente as questões de saúde-doença, prevenção, promoção e reabilitação fazem com que as mesmas adquiram vínculos com os usuários, assim como, preferências nos atendimentos.

Um estudo realizado no Canadá, em relação ao nível primário de atenção à saúde, com o objetivo de examinar a experiência de usuários e seus familiares com a integração do cuidado como parte de uma intervenção, os participantes da pesquisa confirmaram que a enfermeira era o contato preferido nos cuidados primários⁽⁷⁶⁾.

Na vivência profissional, quanto a realização da CE, quando a plenitude da

mesma é alcançada, as participantes revelam sentimentos de gratificação frente a evolução do seu trabalho, com a sensação de ser útil e cumprir seu papel perante a sociedade.

Na mesma linha, outro estudo realizado com enfermeiras de ESF, frente as consultas em puericultura, área da saúde que presta cuidados as crianças, foi constatado que, realizar a CE significa uma grande recompensa, pois ser reconhecido profissionalmente gera sensação de sucesso, de valorização profissional, pessoal e até como ser humano⁽⁷⁷⁾.

Conduzir a CE de maneira positiva, por meio do bom vínculo profissional/usuário, expertise e medidas resolutivas, está associado a sentimentos relacionados a felicidade, aprendizado, satisfação, confiança, tranquilidade, empolgação, responsabilidade, gratificação, orgulho e sentimento de utilidade⁽⁷⁸⁾.

Na outra ponta do modelo, após a sua formação, a enfermeira na sua prática, refere algumas dificuldades e desafios com CE: tempo escasso, interface entre assistência e gerência, burocracias e dificuldade com o diagnóstico de enfermagem.

No Brasil, uma das questões que influenciam na diferenciação e na organização da profissão é a implantação da SAE, na performance da CE, pois dispõe de recursos para o enfermeiro aplicar, organizar e demonstrar conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao usuário⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾.

É sabido que a CE proporciona ao enfermeiro atuar desenvolvendo seu conhecimento e suas habilidades de forma direta e independente junto ao usuário. Nesse momento o diálogo e a escuta devem permanecer ativos para definir metas e ações que envolvam o plano de cuidado e qualidade de atendimento em saúde⁽⁸¹⁾. Neste cenário, as participantes referem que a alta demanda impossibilita que o tempo da consulta seja adequado para contemplar todos os aspectos da subjetividade do usuário, visando a qualidade da assistência.

“[...]Poderia ser melhor, se houvesse maior tempo de planejamento [...] se a demanda não fosse tão alta para as consultas.” (E1.4)

“Eu não sei como as outras enfermeiras veem, mas eu gostaria de ter mais tempo para me dedicar a uma consulta mais qualificada”. (E2.9)

No cotidiano da prática as mesmas encontram-se envoltas a alta demanda acompanhada por fluxos não planejados, com atendimentos abertos, refletindo na escassez do tempo para consultas bem elaboradas. Todo este processo causa sentimentos como frustração e ansiedade nas enfermeiras de ESF devido a vasta fila de espera por atendimentos não programados.

Em um estudo feito com usuários portadores de doenças crônicas, os mesmos relataram que a CE é deficiente, pois a alta demanda lhes causou um sentimento de insatisfação o que torna a consulta incompleta⁽⁸¹⁾.

Além disso, a limitação de tempo para realização da CE apresenta-se como entrave para práticas da integralidade, no que direciona ao modelo da clínica tradicional, centrado na doença⁽²⁸⁾. Ademais, existe a dificuldade em sistematizar a CE, principalmente, classificar o diagnóstico de forma rápida e precisa, pois, são inúmeras as funções administrativas e práticas que são impostas durante a rotina.

Como mencionado anteriormente, a SAE é a utilização de uma metodologia pelos profissionais para organizar o processo da assistência, com o objetivo de garantir a aderência do processo de enfermagem no cuidado com o usuário⁽²³⁾.

Habitualmente, as participantes tentam garantir as normas da profissão e realizar a CE de forma completa, ou seja, sistematizada, assegurando suas etapas condizentes a anamnese, exame físico, levantamento de problemas, diagnóstico, intervenção e evolução de enfermagem⁽²⁾.

Entretanto, as mesmas temem não conseguir executar todas as etapas em sua plenitude, visto que, demanda tempo na CE, incumbe-se de senso crítico e capacidade evolutiva de planejar o processo terapêutico. Assim, para agilizar este processo, perante a alta demanda, existe a necessidade de planejar instrumentos que facilitem e agilizem a realização das CE com praticidade, padronizando-as.

Para otimizar este processo, perante a alta demanda, observa-se a necessidade de instrumentos que facilitem e agilizem a realização da CE com praticidade e padronização. A Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) apresenta-se como uma importante ferramenta, por se tratar de sistema classificatório de linguagem única e universal com padronização da CE em relação a diagnóstico e intervenção⁽⁸²⁾. Ela é uma forma de organizar a elaboração de planos de cuidado, reduzindo variações nos tratamentos dos usuários,

proporcionando qualidade na assistência⁽¹¹⁾.

No entanto, a experiência dos enfermeiros com a CIPE revelou desafios pela falta de agilidade para encontrar o diagnóstico de forma rápida e precisa durante a CE, dada a complexidade e necessidade de memorização, causando constrangimentos ao ter que procurá-lo, folheando o livro na presença do usuário, já que a maioria dos profissionais não dispõe da CIPE informatizada. Tal dificuldade é corroborada em pesquisas realizadas no sul do Brasil onde os participantes também relataram falta de domínio na operacionalização do sistema, inclusive já em processo de informatização⁽⁸²⁾.

A literatura aponta que o conhecimento escasso ou insuficiente acerca sistematização e suas etapas tornam-se um obstáculo para a implementação e execução dentro das instituições de saúde^(23,31).

Recomenda-se a aprendizagem baseada em problemas ou educação permanente como maneiras efetivas de transferir a teoria para prática, aprimorando a capacidade dos enfermeiros de resolver conflitos cotidianos através de treinamentos que aprimorem a prática clínica⁽¹¹⁾.

Outro ponto a ser discutido dentro da ESF no cenário da prática é a inter-relação entre as atividades assistenciais e as gerenciais as quais, estão imbricadas na atribuição do enfermeiro determinando sobrecarga de trabalho.

As enfermeiras relatam um sentimento de “faz tudo” tendo que dar conta da assistência, gerência e estruturação do trabalho. Porém, ainda neste contexto observa-se que existe um esforço para realizar a CE para todos os grupos populacionais, assim como, as visitas domiciliares, ações preventivas, promoção, reabilitação e educação em saúde, atendendo ao indivíduo, família e comunidade⁽⁶⁹⁾.

“[...] a gente dá conta de tudo, da gerência (riso). A gente tenta! Porque esse é um papel esperado do enfermeiro na estratégia da saúde da família. Daí você tem que ver escala de enfermagem, vê quem faz o que, quem não faz, o auxiliar novo, você tem que colocar para treinar e tem que ficar de olho. A gente dá conta da farmácia, na verdade agora tem um farmacêutico, mas o auxiliar de farmácia fica sob nossa gerência. Também o auxiliar de serviços gerais, o odontologista, o médico e tudo. Então é bem complexo!”
(E13.81)

Essa sobrecarga de trabalho, é uma dificuldade enfrentada em todo o

território nacional, pois são inúmeras as atribuições dos enfermeiros em ESF, além do número de profissionais de enfermagem ser reduzido nas instituições de saúde, interferindo de forma significativa no processo de trabalho⁽⁸⁰⁾.

O processo de trabalho apresenta-se insatisfatório quanto as exigências e encaminhamentos centradas em soluções morosas, desencontros nas relações e comunicações que parecem dificultar a resolutividade das ações e prejudicam a credibilidade da equipe de ESF⁽⁶⁹⁾.

Quando menciona-se o processo de trabalho do enfermeiro, em todos os níveis de atenção, é constituído por cinco dimensões combinadas à assistência, gerência, ensino, pesquisa e a participação política⁽⁸³⁾. Na perspectiva da ESF as áreas mais vivenciadas estão relacionadas a assistência, seguida da gerência, de ensino e da política⁽⁸¹⁾.

Quanto à assistência, o objetivo pertence ao cuidado de forma direta, seja de forma individual ou coletiva, com o propósito básico de promover, manter e recuperar a saúde. Neste caso, a assistência de qualidade requer do enfermeiro conhecimento de seus instrumentos e métodos do ofício. Ademais, o fato de administrar a assistência, a qual tem como objetos os agentes do cuidado e os recursos empregados, com desígnio de coordenar o assistir em enfermagem⁽⁸⁴⁾.

Na prática do gerenciamento, os destaques provem do processo de trabalho, assim como intencionalidade da garantia da qualidade da assistência de enfermagem, juntamente com o funcionamento adequado da unidade. Desta forma, as competências gerenciais estão direcionadas a comunicação, liderança, educação permanente e tomada de decisões⁽⁸⁴⁾.

Nas instâncias educativa e de pesquisa envolvem a atuação do enfermeiro quando ao conhecimento de métodos, teorias e recursos de ensino/aprendizagem, com propósito de formar e aprimorar a equipe de trabalho. Em especial, a dimensão pesquisa abrange o conhecimento com intencionalidade de novas e melhores formas para atuar em toda dinâmica de trabalho⁽⁸⁴⁾.

E na dimensão intitulada participação política, caracteriza-se pela força de trabalho do enfermeiro e a sua performance social, com representação da categoria para converter a realidade do trabalho, por meio de pressão política, negociação e exposição da categoria em instância micro e micropolítica, ou seja, participação de

movimentos culturais para evolução da prática e reconhecimento do enfermeiro com ou sem fins lucrativos de suas atividades⁽⁸⁴⁾.

Diante disso, observa-se o dever crucial do enfermeiro da ESF em manter o equilíbrio entre suas dimensões de trabalho, por meio do planejamento diário de suas atividades e exploração dos benefícios que a prática da CE lhes traz no progresso da profissão.

Contrariamente a este fato, evidencia-se os desafios frente a prática da CE em ESF que estão diretamente relacionados com o processo de trabalho e possuem interdependência com a realidade, representados pelos fatores considerados negativos pelas participantes, condizentes com a exigência da gestão, a alta demanda de usuários, limitações do protocolo, dependência da conduta médica e a tristeza⁽⁶⁹⁾.

Sentimentos negativos são demonstrados em outro ângulo da experiência, as participantes desabafam desconforto e descontentamento frente o cenário vivenciado, como por exemplo as exigências dos gestores relacionadas a metas quantitativas.

“[...] você não tem esse apoio [...] tenho uma meta a cumprir, que é quantitativa. [...] isso me entristece porque poderia ter uma avaliação diferenciada, mais voltado com alguns aspectos qualitativos.” (E4.20)

Referindo-se às metas mensais, a frustração manifesta-se pelo desejo de que cada atendimento seja baseado na integralidade e não apenas como mais um simples procedimento; a decepção ao não serem considerados todos os aspectos deficitários do usuário, o compartilhamento multiprofissional, encaminhamentos necessários e aspectos resolutivos, os quais demandam tempo e conhecimento técnico.

Outro aspecto negativo revelou-se perante à dependência do profissional médico, pois em situações de atendimentos, o protocolo de enfermagem não abrange certas ações e, para conclusão da consulta, é necessário o compartilhamento da mesma para a prescrição de medicação. Neste contexto, a ampliação dos protocolos traria maiores oportunidades de resolver problemas da comunidade e melhor funcionamento da unidade de saúde que muitas vezes sofre

com a ausência médica durante longos períodos⁽⁸⁵⁾.

Por fim, sentimentos de tristeza se revelam ao ver que as expectativas da formação não se materializam de forma efetiva na prática da CE na ESF. Ao contrário, constata-se em seu trabalho a sobrecarga aliada à falta de tempo e os demais fatores negativos que surgem no cotidiano⁽⁶⁹⁾. Sugere-se que os enfermeiros busquem melhor conhecimento de suas atribuições a fim de delegar funções no processo de trabalho em equipe, com adequação do tempo para desempenhar suas atividades privativas, mantendo as reuniões multiprofissionais com incentivo à educação permanente, fatos que podem melhorar a sua atuação frente a CE e a integralidade do cuidado.

Estes resultados visam contribuir para o avanço da ciência em enfermagem, pois, revelaram a realidade da CE no contexto da ESF. Mudanças podem ser proporcionadas a partir dos novos significados em relação a CE possibilitando uma melhor visibilidade e autonomias tão almejadas.

As limitações deste estudo são referentes ao cenário da Estratégia Saúde da Família, o que compromete a ampliação da compreensão de enfermeiro de outros campos na Atenção Primária à Saúde. Além disso, para a discussão com a literatura considerou-se escassa a temática, com necessidade de novas investigações nos diversos cenários de atuação do enfermeiro.

7. CONCLUSÃO

Os enfermeiros compreendem a CE como um processo distinto que valoriza e torna a profissão legítima e desenvolvê-la com qualidade está inserido em suas expectativas.

A experiência do enfermeiro com a CE revelou-se ao mesmo tempo positiva e desafiadora, uma vez que o enfermeiro se depara na sua prática com a sobrecarga, alta demanda, exigências, burocracias e limitações que são fatores dificultadores da prática profissional.

O modelo teórico apresentou a realidade do enfermeiro a partir do ensino da graduação até o cotidiano da sua prática com a CE atravessada por expectativas, momentos positivos, fatores negativos, empoderamento, busca pela visibilidade e desafios que ainda precisam de aprofundamento e outras pesquisas para que se alcance melhores condições e ampliação das condições de trabalho.

O estudo revelou por meio dessa experiência que ainda existe um caminho para se percorrer na profissão, um caminho no qual a CE deve ser mais valorizada pela sociedade e pelos próprios enfermeiros.

8. REFERENCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n° 7.498/86, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Cofen; 1986.
2. Crivelaro PMS, Posso MBS, Gomes PC, Papini SJ. Nursing consultation: a comprehensive care tool in primary health care. *Braz J Dev.* 2020;6(7):49310-21. doi: 10.34117/bjdv6n7-542.
3. Maciel ICF, Araujo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(2):207-14.
4. Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG, et al. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.
5. Albuquerque LM. Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014 [citado 6 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-09012015-155552/>
6. Castro MCF, Fuly PSC, Garcia TR, Santos MLSC. Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais malignas. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(3):340-6.
7. Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de bacon e galimberti. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):1-8.
8. Lima MB, Carvalho AT, Rebouças CBA. Educação do enfermeiro sobre a comunicação não-verbal com o cego: avaliação de curso online. *Nuevas Ideas Inform Educ TISE.* 2014;774-6.
9. Oliveira SKP, Queiroz APO, Matos DPM, Moura AF, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(1):155-61.
10. Crozeta K, Truppel TC, Meier MJ, Danski MTR. Determinantes e condicionantes para a implementação da consulta de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2014;14(1):120-6.
11. Kahl C, Meirelles HBS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KS. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [citado 1 Dez 2020];52:e03327. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100415&lng=en. Epub May 24, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017025503327>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Organization Pan American Health. Expanding the roles of nurses in primary health care [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2018 [citado 6 Jun 2018]. p. 7-12. Disponível em:

- http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/nacnep/Reports/nacnep_tenthreport_final_web.pdf
14. Munyewende PO, Rispel LC, Chirwa T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Hum Resour Health*. 2014;12(1):1-14.
 15. Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Supl 1:716-21.
 16. Patiraki E, Katsaragakis S, Dreliozzi A, Prezerakos P. Nursing care plans based on NANDA, nursing interventions classification, and nursing outcomes classification: the investigation of the effectiveness of an educational intervention in Greece. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(2):88-93.
 17. Cavalcante MDMA, Larocca LM, Chaves MMN, Cubas MR, Piosiadlo LCM, Mazza VA. Terminologia de enfermagem como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):610-6.
 18. Silva KM, Santos SMA. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [citado 6 Jun 2018];24(1):105-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&tlng=en
 19. Martins L, Silva E, Marques D. Health information in the perspective of family health nurses. *Reme Rev Min Enferm*. 2016;(20):e932.
 20. Diniz IA, Cavalcante RB, Otoni A, Mata LRF. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [citado 10 Jun 2018];68(2):206-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200206&lng=pt&tlng=pt
 21. Gasparino RF, Simonetti JP, Tonete VLP. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev RENE*. 2013;14(6):1112-22.
 22. Granero-Moya N, Frías-Osuna A, Barrio-Cantalejo IM, Ramos-Morcillo AJ. Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citado 1 Dez 2020];48(10):649-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.008>
 23. Krauzer IM, Adamy EK, Ascari RA, Ferraz L, Trindade LL, Neiss M. Nursing care systematization in primary care: what do the nurses say? *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [citado 10 Jun 2018];21(2):31-8. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84946834979&partnerID=40&md5=6bbaa61c644f1e71dfac542453dfc5a2>

24. Contandriopoulos D, Brousselle A, Dubois CA, Perroux M, Beaulieu MD, Brault I, et al. A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: Results from a logic analysis. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):1-11.
25. Silva CS, Tomaz AF, Nascimento WG, Silva APT, Alves JP. Characterization of the nursing consultation in the care of the person with hypertension and diabetes. *Rev Portal Saude Soc*. 2017;2(1):347-62.
26. Rivas FJP, García JMS, Arenas CM, Lagos MB, López MG. Implementation and evaluation of the nursing process in primary health care. *Int J Nurs Knowl*. 2012;23(1):18-28.
27. Martín-Fernández J, Rodríguez-Martínez G, Ariza-Cardiel G, Vergel-Gutiérrez MA, Hidalgo-Escudero AV, Conde-López JF. Variables que condicionan la utilización de la consulta de enfermería en centros de salud de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 2013;87(4):383-92.
28. Machado M. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde [tese] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013 [citado 15 Jul 2018]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/79585>
29. Pérez Rivas FJ, Martín-Iglesias S, Pacheco del Cerro JL, Minguet Arenas C, García López M, Beamud Lagos M. Effectiveness of nursing process use in primary care. *Int J Nurs Knowl*. 2016;27(1):43-8.
30. Nichiata LYI, Padoveze MC, Ciosak SI, Gryscek ALFPL, Costa ÂA, Takahashi RF, et al. Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva - CIPESC[®]: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [citado 6 Jun 2018];46(3):766-71. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84866787995&partnerID=tZOtx3y1>
31. Alves KYA, Dantas CN, Salvador PTCO, Dantas RAN. Vivenciando a classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva: relato de experiência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [citado 15 Abr 2018];17(2):381-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
32. Cubas M, Egry E. Classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [citado 15 Abr 2018];42(1):181-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/24>
33. Garcia TR, Nóbrega MML. A terminologia CIPE[®] e a participação do Centro CIPE[®] brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(spe):142-50.
34. Salvador PTCO, Santos VEP, Dantas CN. Brazilian dissertations and theses on the interface between nursing process and primary care. *REME Rev Min*

- Enferm [Internet]. 2014 [citado 15 Abr 2018];18(2):295-302. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/928>
35. Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R, Pimenta CAMP. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2017. p. 11-4.
 36. Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. Cienc Saude Colet [Internet]. 2012 [citado 1 Dez 2020];17(8):2105-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800021>.
 37. Morse JM, Field PA. Nursing research: the application of qualitative approaches. London: Croom Helm; 1985.
 38. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
 39. Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA. Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC; 2007. p. 17-9.
 40. Hartz ZMA. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Cienc Saude Colet. 2009;14 Supl 1:1625-7.
 41. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. Rev Esc Enferm USP. 2017;45(5):1135-41.
 42. Oliveira IC, Cutolo LRA. Integralidade: algumas reflexões. Rev Bras Educ Med. 2018;42(3):146-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300146&lng=en&nrm=iso.
 43. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO; 2001. p. 39-64.
 44. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
 45. Gomes TLCS, Higa EFR, Passos AHR, Soares MOM, Otani MAP, Souto BGA. A visão de estudantes de medicina e enfermagem sobre a integralidade na atenção primária à saúde. Rev Psicol Divers Saúde. 2018;7(1):81-88.
 46. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Physis. 2013;23(4):1101-22.
 47. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2007 [citado 15 Abr

- 2019];21(2):164-76. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>.
48. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):133-41.
49. Pires VMMM, Rodrigues VP, Nascimento MAN. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(4):622-7.
50. Rocha FCV, Carvalho CMRG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. *Rev Enferm*. 2011;19(2):186-91.
51. Santos JLG, Cunha KS, Adamy EK, Backes MTS, Leite JL, Sousa FGM. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:1-9.
52. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
53. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Botucatu [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 10 Abr 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>.
54. Prefeitura Municipal de Botucatu [Internet]. Botucatu; 2019 [citado 10 Abr 2019]. Disponível em: <http://www.botucatu.sp.gov.br/>
55. Botucatu. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Botucatu: Prefeitura Municipal; 2018.
56. Prefeitura Municipal de Botucatu. Contrato de Gestão 343/2018 [Internet]. Botucatu: Prefeitura Municipal; 2018 [citado 1 Dez 2020]. Disponível em: <http://transparencia.osspirangi.org.br/uploads/d6e5e00c1e1278bd2b37031d727ec0f9.pdf>
57. Minayo MC. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fi; 2005.
58. Rudio FV. Orientação não diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. 9a ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
59. Pires DEP. Transformações necessárias para o avanço da enfermagem como ciência do cuidar. *Rev Bras Enferm*. 2013;66 Spec:39-44.
60. Humerez DC. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos técnicos e auxiliares. *Enferm Foco*. 2016;7(esp):32.
61. Vieira MA, Souto LES, Souza SM, Lima CA, Ohara CVS, Domenico EBL. Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. *Renome* [Internet]. 2016 [citado 10 Jul 2018];5(1):105–21. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/102/148>
62. Oliveira CAS. O novo Conselho Nacional de Educação. *Ens Pesqui Educ Ciênc*. 1996;4(11):107-8.
63. Chaves LDP, Tanaka OY. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [citado 10 Jul

- 2018];46(5):1274-8. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/33.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500033>
64. Pereira RTA. Consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Rev Uniara [Internet]. 2014 [citado 31 Mar 2018];17(1):99–111. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/171932/Maria Izabel S Nogueira DCNT TCC.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/171932/Maria_Izabel_S_Nogueira_DCNT_TCC.pdf?sequence=1)
65. Oliveira MM, Pedraza DF. Context of work and professional satisfaction of nurses who work in the Family Health Strategy. Saúde Debate, Rio de Janeiro. 2019;43(122):765-79.
66. Corrêa VAF, Acioli S, Tinoco TF. The care of nurses in the Family Health Strategy: practices and theoretical foundation. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 17];71(6):2767-74.
67. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [citado 31 Mar 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
68. Silva JP, Garanhani ML, Peres AM. Systematization of nursing care in undergraduate training: the perspective of complex thinking. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(1):59–66.
69. Spagnuolo RS, Bocchi SCM. Between the processes of strengthening and weakening of the family health strategy. Rev Bras Enferm. 2013;66(3):366–71.
70. Freitas GM, Santos NSS. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. Rev Enferm Centro-Oeste Min [Internet]. 2015 [citado 31 Mar 2018];0(0):1194–203. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/443/754>
71. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 1 Dez 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
72. Pimenta CAM, Jensen R, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN, organizador. Coren-Sp. São Paulo: COREN; 2015. p. 49.
73. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 31 Mar 2018];71 Supl 1:784-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf>

74. Pinheiro R. Basic health care: the point of view of holistic health care practices. *Reme Rev Min Enferm.* 2005;9(2):174-9.
75. Pinheiro R, Gerhardt T, Asensi FD, organizadores. Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento. Rio de Janeiro : CEPESC / IMS /UERJ, ABRASCO, 2017.
76. Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):523-8.
77. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm.* 2011;45(3):566-74.
78. Perbone JG, Carvalho EC. Sentimentos do estudante de enfermagem em seu primeiro contato com pacientes. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(2):343-7.
79. Pivotto F, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Prescrição 13. de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. *Cogitare Enferm.* 2004;9(2):32-42.
80. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da assistência de enfermagem: Dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. *Rev Enferm UERJ.* 2013;21(1):47-53
81. Freitas CASL, Silva Neto AV, Ximenes Neto FRG, Albuquerque IMN, Cunha ICKO. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(spe):757-63.
82. Kahl C, Meirelles B, Cunha K, Bernardo M, Erdmann A. Contribuições da prática clínica do enfermeiro para o cuidado na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2019 [citado 1 Dez 2020];72(2):371-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200354&lng=es. Epub 18-Abr-2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0348>
83. Sanna MC. Work processes in Nursing. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2007[citado 31 Mar 2018];60(2):221-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>
84. Paula M, Peres A, Bernardino E, Eduardo E, Macagi S. Work process and management competences of the nurses in the family health strategy. *Rev Rene.* 2013;14(5):980-87.
85. Campos EC. Protocolo de assistência de enfermagem: visão do enfermeiro na estratégia saúde da família [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2017.

APÊNDICE A

Instrumento de Coleta de Dados

ROTEIRO NORTEADOR	
1. Dados de identificação	
Idade	
Sexo	
Ano de Conclusão da Graduação em Enfermagem	
Tempo de Trabalho na APS – UBS Tradicional	
Tempo de Trabalho na APS – ESF	
Dedicação Atual: () ESF () UBS Tradicional	
Formação Complementar:	
2. Educação Continuada na área APS – Últimos 5 anos	
Cursos, Palestras, Conferências, Mesa Redonda, etc.	
Congressos, Fóruns	
Especialização, Aprimoramento	
Mestrado, Doutorado, outros	
3. Dados da Entrevista	
Data:	
Horário de Início:	
Horário de Término:	
Questão – Conte-me qual é sua experiência com a consulta de enfermagem na sua unidade?	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “A consulta de enfermagem na atenção primária em saúde: Percepção do enfermeiro”, que será desenvolvido por mim Stella Godoy Silva e Lima, Enfermeira Doutoranda, com orientação da profissional Enfermeira e Professora Regina Stella Spagnuolo da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Para a realização da pesquisa estamos entrevistando profissionais enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior paulista, realizando consultas de enfermagem. Com o objetivo de compreender a experiência da consulta de enfermagem (CE) no contexto da Atenção Primária à Saúde na visão de profissionais atuantes e propor modelos representativos dessas experiências. Pretende-se também, compreender os elementos que influenciam a Consulta de Enfermagem, a fim de superar os aspectos limitantes, bem como valorizar os aspectos facilitadores e, conseqüentemente, ampliar a visibilidade do trabalho deste profissional. O risco mínimo neste trabalho é a confiabilidade de informações as quais manteremos o maior sigilo possível.

Esta pesquisa poderá contribuir para a uma nova forma de conhecer a consulta de enfermagem como um Cuidado Integral e justifica-se na medida em que são poucos os trabalhos acerca da consulta de enfermagem e a maioria é analisada segundo uma visão reducionista e linear da ciência clássica, sem trazer respostas satisfatórias ao atendimento das demandas dos cuidados integrais de saúde.

A sua participação na pesquisa é voluntária. Você pode não concordar em participar da mesma, e deixar de participar do estudo a qualquer momento, antes, durante ou mesmo após a entrevista, sem nenhum prejuízo. Você poderá, se quiser, tomar conhecimento do andamento do trabalho ou de sua redação final entrando em contato com a entrevistadora.

A entrevista será com uma pergunta semi-estruturada e gravada e, posteriormente transcrita para melhor análise dos dados com duração em média de 15 à 30 minutos. Os sons gravados não serão apresentados, e as gravações serão destruídas após transcrição.

Caso você concorde em participar da pesquisa às informações serão utilizadas para divulgação em âmbito científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato de todos os participantes.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias de igual teor, o qual uma via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via

será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome Stella Godoy Silva e Lima
Endereço: Guido de Souza, 65, Residencial Jardim Ouro Verde
Telefone:(14) 99804-7254
Email:stella.godoy.lima@hotmail.com

Nome Regina Stella Spagnuolo
Endereço:Departameto de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP-Campus Rubião Júnior S/N-Botucatu-São Paulo,
Telefone: (14) 14 3880-1310
Email: rstella10@yahoo.com.br

APÊNDICE C QUADROS 8 AO VINTE E CINCO: CÓDIGOS PERTENCENTES AOS FENÔMENOS, TEMAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.

Quadro 8 - Fenômeno 1: Do início da práxis ao cotidiano da CE

Fenômeno 1: Do início da práxis ao cotidiano da CE.

- Considerando a CE como um aprendizado contínuo. (E2.9)
- Aprendendo muito. (E6.32)
- Aprendendo a clínica ampliada com o tempo. (E11.63)
- Aprendendo a interpretar exames. (E11.66)
- Especializando e capacitando-se para suprir as demandas e as necessidades. (E4.22)
- Limitada na residência (E7.38)
- Considerando não dar para parar só na graduação. (E11.66)
- Precisando ter uma experiência maior. (E12.74)

Quadro 9 - Tema 1: A CE organizando o processo de trabalho do enfermeiro.

Tema 1 A CE organizando o processo de trabalho do enfermeiro.

- Considerando a vivência da prática diferente da graduação. (E10.56)
- Chegando na atenção primária (E10.56)
- Sentindo que teve uma base bacana na graduação (E11.62)
- Sendo preparada na graduação (E11.62)
- Realizando a CE sem limites de tempo (E11.63)
- Sentindo que não teve muito preparo para saúde da criança e saúde do adulto (E11.63)
- Tendo um preparo maior na saúde da mulher (E11.64)
- O tempo inteiro fazendo saúde da mulher (E11.64)
- Tendo essa sensação (E11.64)

Quadro 10 - Categoria A.1 A CE e a formação do enfermeiro e subcategorias.

Categoria A.1 A CE e a formação do enfermeiro.

- Considerando que a graduação dá uma base (E11.66)
- Considerando que a graduação não auxilia todos os processos (E11.66)
- Considerando não dar para parar só na graduação (E11.66)
- Considerando sua graduação (E11.66)
- Não tendo noções específicas no que fazer no pré natal (E11.66)
- Considerando que a graduação não deu certas noções (E11.66)
- Considerando que o método PBL ensinou a buscar informações (E11.66)
- Comparando outras faculdades e método PBL. (E11.66)
- Considerando o método PBL uma forma de buscar o aprendizado. (E11.66)
- Considerando sentir que falta muitas coisas. (E11.66)
- Sentindo falta de aprimorar certos assuntos (E11.67)
- Aprimorando as divisões do serviço (E11.67)
- Considerando que na graduação não teve problemas com a CE (E12.74)
- Precisando ter uma experiência maior (E12.74)
- Fazendo inúmeras CE na graduação e especialidades (E12.74)
- Considerando que faltou fazer mais CE na graduação (E12.74)
- Fazendo bastante CE em saúde da mulher na graduação (E12.74)
- Fazendo poucas CE de puericultura na graduação (E12.74)
- Considerando que a graduação ajudou bastante (E12.75)

Subcategoria A.1.1 Os cursos de graduação e pós-graduação como sustentação à CE.

- Tendo experiência com CE desde a graduação. (E1.1)
- Fazendo consulta na graduação (E1.1)
- Querendo seguir tudo conforme aprendeu. (E3.11)
- Tendo a faculdade como uma base. (E4.23)
- A graduação dando uma base (E11.66)
- Utilizando método PBL de ensino (E11.62)
- Realizando a CE sem limites de tempo (E11.63)
- Fazendo residência. (E1.1)
- Discussão de caso com preceptores. (E1.1)
- Especializando e capacitando-se para suprir as demandas e as necessidades. (E4.22)
- Considerando a demanda grande de CE (E5.27)
- Parecendo que não teria tantas CE quando fez graduação (E5.27)
- Considerando a época de faculdade não pensava que realizaria tanto CE. (E5.27)
- Considerando não dar para parar só na graduação. (E11.66)
- Precisando ter uma experiência maior. (E12.74)
- Tendo 10 anos de experiência (E7.38)
- Desde sempre trabalhando com a CE. (E7.38)
- Considerando a CE como recém-formada mais limitada (E7.38)
- Se vendo diferente de quando começou (E7.38)
- Tendo uma anotação diferente (E7.38)
- Considerando os longos anos de trabalho (E7.38)
- Tendo uma visão diferente (E7.38)

Subcategoria A.1.2 Tendo contato insuficiente com CE durante graduação.

- Considerando pouco contato com diagnóstico na graduação (E2.7)
- Considerando que na graduação não tinha professoras que gostasse da atenção básica (E2.7)
- Considerando suas professoras da área hospitalar. (E2.7)
- Considerando ter aprendido pouco na formação sobre saúde pública (E6.31)
- Considerando ter aprendido sobre UBS (E6.31)
- Considerando não ter aprendido sobre PSF. (E6.31)
- Considerando que na graduação teve pouco contato com a prática (E8.51)
- Tendo mais contato com área hospitalar (E8.51)
- Considerando que na graduação a CE é mais voltada a área hospitalar. (E10.56)
- Lembrando da graduação (E10.57)
- Considerando diagnóstico hospitalar mais fácil de realizar. (E10.57)
- Formação em Faculdade de medicina, no município de Marília. (E11.62)
- Tendo um método de ensino diferenciado (E11.62)
- Utilizando método PBL de ensino (E11.62)

Subcategoria A.1.3 Não tendo contato com a CIPE na graduação.

- Considerando não ter contato com CIPE na graduação (E2.9)
- Considerando falta de experiência com a CIPE. (E4.16)
- Considerando que os códigos CIPE difícil. (E1.4)
- Implementando a CIPE no município junto ao departamento de enfermagem. (E2.7)

Quadro 11- Categoria B.1 Aprendendo a realizar consulta de enfermagem.**Categoria B.1 Aprendendo a realizar consulta de enfermagem**

- Descobrimos a CE na AP através da prática. (E2.7)
- Colocando o ensino em prática. (E5.25)
- Aprendendo Saúde da família logo que entrou no trabalho. (E6.25) Experiência surgindo na unidade de saúde em que trabalha. (E8.48)
- Considerando que a experiência surgiu na unidade de saúde em que trabalha (E8.48)
- Chegando na unidade (E10.57)
- Sentindo dificuldade para trabalhar (E10.57)
- Aprendendo muito na marra (E11.63)
- Sofrendo bastante (E11.63)
- Vendo que na prática é diferente (E11.63)
- Considerando uma doença (E11.63)
- Realizando atitudes clínicas (E11.63)
- Vendo a realidade de vida do paciente (E11.63)
- Aprendendo a clínica ampliada com o tempo (E11.63)
- Tendo que aprender a interpretar exames (E11.66)
- Entrando na ESF quando já era implementado a CE (E12.73)
- Não tendo dificuldades com implementação da CE (E12.73)
- Atentando-se na ajuda de um roteiro (E12.74)
- Não esquecendo de avaliar nenhum ponto (E12.74)
- Aprendendo com as discussões de caso (E14.84)
- Realizando pesquisas (E5.27)
- Tirando as dúvidas através da pesquisa (E5.27)
- Pedindo ajuda para outros profissionais. (E5.27)
- Acreditando não ter dificuldade na CE. (E5.27)
- Referindo uma experiência muito enriquecedora (E6.31)
- Trabalhando com estratégia da família mesmo (E6.31)
- Considerando sua experiência muito boa (E6.32)
- Considerando 14 anos de experiência (E6.32)
- Sabendo direcionar os casos (E6.32)
- Sabendo qual órgão deve contatar (E6.32)
- Tendo 10 anos de experiência (E7.38)
- Desde sempre trabalhando com a CE. (E7.38)
- Considerando a CE como recém-formada mais limitada (E7.38)
- Se vendo diferente de quando começou (E7.38)
- Tendo uma anotação diferente (E7.38)
- Considerando os longos anos de trabalho (E7.38)
- Tendo uma visão diferente (E7.38)
- Considerando sua experiência (ruim no hiperdia) (E7.40)
- Considerando que a experiência torna as ações práticas (E7.42)
- Tendo um raciocínio clínico (E7.42)

Quadro 12 - Categoria B.2 Prezando a qualidade ao realizar a consulta de enfermagem.**Categoria B.2 Prezando a qualidade ao realizar a consulta de enfermagem.**

- Desejando qualificar a CE (E2.9)
- Tendo um trabalho árduo para manter a qualidade (E11.67)
- Tendo que ter uma qualidade (E11.68)
- Não conseguindo dar conta da qualidade sempre (E11.68)
- Considerando que a qualidade deveria ser mais relevante. (E4.20)
- Fazendo o máximo possível para manter a qualidade. (E6.31)
- Pensando em um instrumento que garanta qualidade (E7.40)
- Considerando o atendimento individual ineficiente pelo tempo. (E1.3)
- Considerando que se a demanda não fosse tão alta a CE seria mais qualificada. (E1.4)
- Considerando não ter a qualidade que deveria. (E3.13)
- Realizando as atividades com pressa. (E9.54)

Quadro 13 - Categoria C.1 Considerando as experiências diferentes da CE.**Categoria C.1 Considerando as experiências diferentes da CE.**

- Sentindo dificuldade em realizar CE em município diferente. (E1.1)
- Atendendo uma população muito grande. (E6.31)
- Considerando a cidade pequena. (E6.31)
- Considerando que as unidades maiores são mais pesadas o atendimento. (E14.89)
- Os auxiliares de enfermagem não sabiam diferenciar CE da consulta médica. (E1.2)
- Causando estranhamento a CE. (E7.43)
- Tendo menos aceitação com a CE. (E7.43)
- Sendo chamada de doutora. (E7.43)
- A população considerando que quem examina é o médico. (E7.43)

Quadro 14 - Categoria D.1 A agenda do enfermeiro e a CE.**Categoria D.1 A agenda do enfermeiro e a CE.**

- Fazendo CE com os grupos populacionais. (E2.7))
- Realizando consulta para gestante (E1.1)
- Realizando consulta para criança. (E1.1)
- Realizando consulta para coleta de papa. (E1.1)
- Realizando a consulta do dia. (E1.1)
- Fazendo CE em pré Natal (E2.7)
- Fazendo CE em saúde do adulto (E2.7)
- Fazendo CE em saúde da mulher. (E2.7)
- Consultando diabéticos (E4.20)
- Consultando Hipertensos (E4.20)
- Considerando a agenda programática. (E4.20)
- Ensinando os alunos. (E4.20)
- Dividindo a agenda para os pacientes programados (E5.27)
- Tendo horários marcados. (E6.31)
- Considerando os atendimentos agendados organizados (E7.41)

- Considerando o número de pacientes agendados (E11.63)
- Intercalando a consulta com o médico (E13.77)

Quadro 15 - Tema 2 A apresentação da CE para o enfermeiro.

Tema 2 A apresentação da CE para o enfermeiro

- Não conseguindo imaginar o posto sem CE. (E4.19)
- Considerando a CE essencial na atenção básica. (E4.20)
- Considerando a CE algo legítimo (E7.43)
- Considerando a CE essencial para a profissão (E7.43)
- Considerando a CE uma ferramenta essencial para profissão (E7.44)
- Conseguindo identificar as necessidades de saúde (E7.44)
- Considerando ir evoluindo no trabalho. (E9.52)
- Considerando a CE rica. (E10.60)
- Considerando que a CE pode ser muito rica (E14.83)
- Considerando que a CE agrega autonomia para o profissional (E8.48)
- Considerando excelente. (E8.48)
- Demonstrado habilidade (E8.48)
- Demonstrando conhecimento técnico perante a equipe. (E8.49)
- Considerando que a CE traz empoderamento ao enfermeiro. (E9.52)
- Tendo autonomia para fazer algumas coisas (E9.52)
- Dando condutas (E9.52)
- Dando orientações para paciente (E9.52)
- Solicitando exames (E9.52)
- Considerando ter bastante autonomia. (E9.52)

Quadro 16 - Categoria E.1 A CE sendo reconhecida pelo enfermeiro, aceita pela equipe e comunidade.

Categoria E.1 A CE sendo reconhecida pelo enfermeiro e aceita pela equipe e comunidade.

- Considerando que o trabalho em equipe é um potencial facilitador (E7.44)
- Considerando que a equipe deve acreditar na CE (E7.44)
- Entrando na ESF quando já era implementado a CE (E12.73)
- Não tendo dificuldades com implementação da CE (E12.73)

Quadro 17 - E.2 A CE fazendo parte do planejamento da unidade.**Categoria E.2: A CE fazendo parte do planejamento da unidade**

- Considerando a CE na unidade está consolidada (E4.18)
- CE consolidada para equipe (E4.18).
- CE consolidada para população atendida. (E4.18)
- Paciente sendo consultado pelo enfermeiro. (E4.18)
- Vindo para unidade (E13.79)
- Sabendo que vai ter que atender com CE (E13.79)
- Tendo bastante segurança em atender mulheres (E13.80)
- Tendo eficácia no atendimento de mulheres (E13.80)
- Tendo bastante experiência com pré natal (E13.80)
- Não precisando de conduta médica no pré natal (E13.80)
- Pegando bastante experiência no atendimento com crianças (E13.80)
- Principalmente em consultas de rotina (E13.80)
- Sabendo lidar com queixas respiratórias (E13.80)
- Vendo certinho o exame físico (E13.80)
- Sabendo tratar queixas mais leves (E13.80)
- Considerando o trabalho complexo (E13.81)
- Trabalhando na atenção primária há 18 anos.
- (E14.83)
- Considerando que as vezes quer fazer de modo mecânico (E14.85)
- Tendo que prestar atenção no que eles querem dizer (E14.85)

Quadro 18 - Categoria E.3 A CE conquistando visibilidade para o enfermeiro.**Categoria E.3 A CE conquistando visibilidade para o enfermeiro**

- Considerando o reconhecimento ao longo do tempo (E4.23)
- Considerando a demonstração do trabalho (E4.23)
- Desconstruindo o preconceito da população com a CE. (E4.23)
- Vendo a satisfação dos pacientes com a CE. (E5.26)
- Tirando o modelo de que só o médico resolve. (E5.26)
- Considerando que no município atual é bem aceita a CE (E7.44)
- Considerando que a população respeita (E7.44)
- Tendo um pouco de resistência de alguns (E7.44)
- Pacientes pedindo para passar com a enfermeira e não com o médico (E11.68)
- Tendo a confiança dos pacientes (E11.68)
- Tendo reconhecimento da capacidade profissional pelo paciente. (E11.69)
- Não tendo dificuldade com a aceitação da população (E11.70)
- Pacientes conhecendo o atendimento de enfermagem (E11.70)
- Recebendo o reconhecimento da população (E11.70)
- Tendo boa aceitação com a CE (E12.73)
- Tendo preferências pela população com a CE (E12.73)
- Não tendo problemas com os pacientes (E12.76)
- A CE estando incorporada na saúde da família (E13.79)

Quadro 19 - Categoria E.4 O enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF.**Categoria E.4 O enfermeiro como suporte no processo de trabalho em ESF.**

- Considerando que o enfermeiro acaba sendo o apoio dos funcionários (E3.13)
- Dando empoeiramento aos funcionários (E3.13)
- Recebendo dúvidas dos funcionários (E3.14)
- Considerando que o trabalho em equipe é um potencial facilitador (E7.44)
- Sendo importante no fluxo do trabalho (E8.50)
- Delegando funções a equipe de enfermagem (E9.53)
- Considerando difícil passar as informações para equipe de enfermagem
- Sentindo falta das reuniões em equipe (E14.88)
- Os instrumentos não chegam até a enfermeira (E8.51)
- Tendo uma boa equipe (E12.75)
- Tirando dúvidas com a equipe (E12.75)
- Tendo que fazer reuniões quinzenais. (E14.88)
- Sentindo-se segura em realizar a CE (E12.75)
- Recebendo ajuda médica em avaliações (E12.75)
- Considerando que os médicos estão sempre prontos a ajudar (E12.75)

Quadro 20 - Categoria E.5 Experienciando a CE na prática.**Categoria E.5 Experienciando a CE na prática**

- Melhorando o trabalho através de conquistas (E10.60)
- Gostando de fazer o que faz (E10.60)
- Gostando de atender (E10.60)
- Tendo contato com o paciente (E10.60)
- Considerando mais contato do que com o médico (E10.60)
- Tendo uma vivência (E10.60)
- Conhecendo o paciente (E10.60)
- Considerando importante (E10.60)
- Considerando estar melhorando (E10.60)
- Considerando estar evoluindo (E10.60)
- Apresentando pouco tempo de experiência (E5.27)
- Considerando sua experiência como boa hoje. (E5.27)
- Tentando se desenvolver cada vez mais. (E5.27)
- Tendo dúvidas. (E5.27)
- Tendo dificuldades (E5.27)
- Realizando pesquisas (E5.27)
- Tirando as dúvidas através da pesquisa (E5.27)
- Pedindo ajuda para outros profissionais. (E5.27)
- Acreditando não ter dificuldade na CE. (E5.27)
- Considerando que a experiência torna a CE mais fácil. (E7.44)
- Considerando que a experiência traz raciocínio clínico. (E7.44)
- Considerando que só o médico atendendo não daria conta da demanda (E9.53)

Quadro 21 - E.6 Tendo dificuldade para a realização da CE.**Categoria E.6 - Tendo dificuldade para a realização da CE**

- Considerando a unidade pequena. (E1.3)
- Sendo a segunda unidade pequena do município. (E1.3)
- Considerando dificuldades a unidade ser uma casa adaptada. (E1.3)
- Considerando o espaço físico um dificultador (E6.34)
- Tendo uma casa como espaço físico (E6.34)
- Sentindo falta de mais salas (E6.34)
- Tendo outros profissionais utilizando as salas (E6.34)
- Tendo apenas uma sala para enfermeira que é a sala ginecológica (E6.34)
- Tendo que sair da sua sala para outro atender pacientes ginecológico (E6.34)
- Considerando difícil (E6.34)
- Tendo um espaço físico pequeno (E6.35)
- Considerando a maior dificuldade as limitações (E12.73)
- Tendo dificuldade no município quanto ao diagnóstico CIPE (E12.73)
- Sendo difícil acompanhar os livros CIPE (E12.73)
- Tendo dificuldade em encontrar um diagnóstico compatível ao do médico (E12.74)
- Considerando não ser fácil de tocar os grupos (E13.82)
- Tendo que se preparar com as faltas nos grupos (E13.82)
- Chamando as pacientes para atendimento individual também (E13.82)
- Tendo dificuldades em falar que não sabe (E14.86)
- Considerando que o diagnóstico não é fácil de fazer (E14.86)
- Considerando não saber a opinião de seus colegas. (E3.12)
- Não tendo tempo para conversar com outros enfermeiros (E10.59)
- Considerando que vai ficando difícil para todos os enfermeiros (E10.58)
- Considerando difícil escrever muito. (E10.59)
- Considerando não ser fácil (E10.59)
- Tendo dificuldades em aplicar o diagnóstico (E10.60)
- Sentindo dificuldade com CIPE. (E11.64)
- Achando muito complicado usar CIPE (E11.64)
- Considerando que a rotatividade dos profissionais dificulta bastante (E11.68)
- Tendo dificuldades com profissionais (E11.69)
- Tendo um grande rodizio de médicos (E11.70)
- Considerando a maior dificuldade as limitações (E12.73)
- Tendo dificuldade no município quanto ao diagnóstico CIPE (E12.73)
- Sendo difícil acompanhar os livros CIPE (E12.73)
- Percebendo defasagem grande nas anotações. (E7.41)
- Considerando outras unidades de saúde (E7.41)
- Considerando a qualidade da anotação (E7.41)
- Considerando que quando se faz, se anota (E7.41)
- Quando não se faz, não se anota (E7.41)
- Considerando que há defasagem de informações (E7.41)
- Considerando que algumas questões importantes não são anotadas. (E7.41)
- Evidenciando falta de qualidade nas anotações (E7.41)
- Olhando o prontuário (E7.41)
- Fazendo uma avaliação (E7.41)
- Não refletindo no trabalho (E7.41)

Quadro 22 - Fenômeno 2: A CE na prática de ESF.**Fenômeno 2: A CE na prática de ESF**

- Tendo desafios diários (E11.69)
- Tendo que alcançar devagar (E11.69)
- Não realizando apenas CE (E1.2)
- Relatando a dificuldade de realizar uma CE resumida. (E1.3)
- Considerando que os códigos CIPE difícil. (E1.3)
- Considerando difícil as demandas administrativas. (E1.4)
- Apresentando inúmeras tarefas administrativas. (E1.5)
- Considerando uma meta para cumprir. (E4.20)

Quadro 23 - Tema 1 Enfrentando sobrecargas no processo de trabalho com a CE.**Tema 1 Enfrentando sobrecargas no processo de trabalho com a CE.**

- Sentindo uma sobrecarga de trabalho (E9.53)
- Sentindo sobrecarga em realizar a gerencia (E10.57)
- Considerando muito pesado (E11.67)
- Considerando a quantidade de pacientes muito alta (E11.67)
- Considerando isso uma realidade de todas as enfermeiras (E11.67)
- Tendo que realizar coisas sozinha (E11.67)
- Considerando que a demanda da assistência e gerencia pesa bastante (E11.68)
- Considerando a alta demanda espontânea um problema. (E4.20)
- Ajudando no acolhimento (E6.33)
- Ajudando na coleta (E6.33)
- Ajudando na pré consulta (E6.33)
- Resolvendo casos pontuais. (E6.33)
- Realizando consultas de rotina (E6.33)
- Solicitando exames (E6.33)
- Sendo enfermeira assistente (E6.33)
- Sendo enfermeira gerente (E6.33)
- Encaminhando os pacientes (E6.34)
- Considerando muita consulta não programada relevante para a gestão do município. (E4.20)
- Situações agudas com mais relevância para gestão municipal. (E4.20)
- Considerando que quanto mais atende mais interessante é para a gestão. (E4.20)
- Considerando que mais se ganha (financeiramente) (E4.20)

Quadro 24 - Categoria A.1 Tendo problemas com a demanda espontânea.**Categoria A.1 Tendo problemas com a demanda espontânea.**

- Considerando que a CE é constituída por uma demanda espontânea. (E1.1)
- Tendo aumento dos números da demanda espontânea. (E6.31)
- Tendo 40 pessoas em consulta extra (E6.33)
- Tendo que dar um diagnóstico para a escuta. (E7.41)
- Considerando uma conversa (E7.42)
- Tendo que dar um diagnóstico para a escuta (E7.42)
- Tendo dificuldades para nomear a conduta (E7.42)
- Indo para um caminho inverso da CE. (E8.49)
- Tendo muitas situações agudas. (E4.20)

- Atendendo como queixa e conduta. (E8.49)
- Não utilizando o diagnóstico de enfermagem. (E8.49)
- Encaminhando para avaliação médica. (E12.75)

Quadro 25 - Categoria A.2 Não conseguindo programar a demanda espontânea.

Categoria A.2 Não conseguindo programar a demanda espontânea.

- Tendo em um dia ou outro maior número de pacientes (E14.89)
- Não tendo uma consulta tranquila (E10.57)
- Não estando preparada para resolver as demandas que o paciente trazia. (E11.63)
- Não sabendo o que fazer com as complicações. (E11.63)
- Realizando queixa e conduta. (E3.12)
- Sendo o mais rápido possível. (E3.12)
- Considerando os dias como hoje com 28 eventuais na manhã. (E3.12)
- Tendo também produção para cumprir (E11.64)
- Tendo um mínimo de produção para realizar (E11.65)
- Tendo que dar conta da demanda que vem (E11.65)
- Sendo cobrado (E3.11)
- Cobrada por produção (E3.11)
- Tendo metas (E3.11)
- Tendo que cumprir as metas (E3.11)
- Considerando que isso tem atrapalhado (E3.11)
- Tendo uma meta de produção para cumprir (E11.65)
- Sendo muito cobrada por isso (E11.67)
- Sendo cobrada pelos números de atendimento (E11.69)
- Passando por fiscalização (E11.69)
- Sendo cobrada pelo diagnóstico de enfermagem (E11.69)

Quadro 26 - Categoria B.1 Interfaces entre assistência e gerência.

Categoria B.1 Interfaces entre assistência e gerência.

- Realizando ao mesmo tempo a gerência (E3.11)
- Sendo uma única pessoa responsável. (E3.13)
- Controlando recursos humanos (E3.14)
- Controlando recursos materiais. (E3.14)
- Fazendo a gerência. (E10.57)
- Resolvendo problemas (E6.35)
- Tendo que treinar pessoas. (E11.68)
- Tendo que ver escala de enfermagem (E13.81)
- Fazendo assistência e gerência ao mesmo tempo (E1.2)
- Considerando não conseguir fazer tudo ao mesmo tempo (E2.9)
- Dividindo duas funções (E3.11)
- Considerando que duas funções acabam implicando. (E3.11)
- Considerando as coisas que acontecem simultaneamente (E3.13)
- Considerando as duas funções do enfermeiro (E11.67)
- Dando conta de tudo (E13.81)
- Dando conta da farmácia (E13.81)
- Auxiliando os serviços gerais (E13.81)

Quadro 27 - Categoria B.2 Dando potência ao enfermeiro assistencial na CE.**Categoria B.2 Dando potência ao enfermeiro assistencial na CE.**

- Fazendo atendimento em Grupo. (E1.2)
- Realizando mais CE em saúde da mulher. (E5.26)
- Estando em campanha de vacinação. (E3.12)
- Realizando curativos. (E3.12)
- Atendendo a toda população. (E3.15)
- Fazendo a parte clínica. (E4.19)
- Realizando teste rápido. (E4.21)
- Vendo exames alterados (E5.27)
- Fazendo as orientações (E5.28)
- Fazendo coletas de Papanicolau (E6.31)
- Ajudando na coleta (E6.33)
- Discutindo casos (E6.34)
- Atendendo a todos (E6.35)
- Atendendo o dia todo (E6.35)
- Realizando todos os acolhimentos diários (E6.35)
- Resolvendo problemas (E6.35)
- Solicitando exames (E6.35)
- Oferecendo sorologias, (E6.35)
- Divulgando grupos (E6.35)
- Oferecendo testes rápidos. (E6.29)
- Fazendo o teste rápido (E6.35)
- Oferecendo teste rápido para hepatite B (E6.35)
- Oferecendo teste rápido para hepatite C (E6.35)
- Realizando o rastreamento através do exame. (E7.39)
- Avaliando o paciente (E7.42)
- Tentando fazer a prevenção (E11.70)
- Fazendo visitas para pacientes acamados (E13.81)

Quadro 28 - Categoria C.1 Sobrecarga de trabalho do enfermeiro na ESF.**Categoria C.1 Sobrecarga de trabalho do enfermeiro na ESF**

- Percebendo uma sobrecarga para o Enfermeiro (E4.19)
- Considerando que a demanda da assistência e gerencia pesa bastante (E11.68)
- Tendo que realizar coisas sozinha (E11.67)
- Fazendo a agenda da CE como segunda agenda da consulta médica. (E1.2)
- Sobrelotação de ambas agendas, sem resolutividade. (E1.2)
- As demandas administrativas (E1.4)
- Mudanças políticas um dificultador da CE. (E1.5)
- Muita procura por consulta médica (E5.27)
- Notando a alta rotatividade dos profissionais (E8.50)
- Dificuldade de realizar uma CE resumida. (E1.3)
- Os códigos CIPE difícil. (1.3)
- Muito difícil ter um período de silêncio. (E2.9)
- Difícil para anotar a CE. (E2.9)
- Dificuldade em se dedicar. (E3.12)
- Sendo difícil seguir toda a SAE. (E3.13)

- Sentindo dificuldade no diagnóstico de enfermagem. (E5.26)
- Considerando o diagnóstico longo para se escrever. (E10.57)
- Tendo dificuldade com as limitações (E12.73)
- Tendo que se preparar com as faltas nos grupos (E13.82)
- Considerando não saber a opinião de seus colegas (E3.12)
- Não tendo tempo para conversar com outros enfermeiros. (E10.59)

Quadro 29 - Categoria C.2 Considerando o tempo escasso para realizar as consultas de enfermagem na ESF.

Categoria C.2 Considerando o tempo escasso para realizar as consultas de enfermagem na ESF.

- Considerando que se houvesse mais tempo para planejamento. (E1.4)
- Desejando ter mais tempo para CE (E2.9)
- Considerando que cada dia tem menos tempo. (E3.11)
- Reduzindo o tempo do paciente no consultório. (E3.15)
- Acumulando atendimento. (E10.59)
- Paciente vindo com uma bagagem gigante. (E11.64)
- Deslocando-se para as áreas rurais. (E11.67)
- Considerando que a CE completa leva um tempo para ser realizada. . (E3.11)
- Atrasando a demanda (E12.74)
- Não tendo tempo suficiente no momento da CE (E9.55)
- Considerando o tempo para realizar tudo que descreve a CIPE. (E11.64)
- Não conseguindo tempo para descrever todas as ações e sistematizações (E11.64)
- Tendo dificuldades de tempo para procurar diagnóstico (E12.74)
- Não tendo esse tempo (E12.74)
- Atrasando a demanda (E12.74)
- Perdendo um pouco com essas dificuldades (E12.74)

Quadro 30 - Tema 2 Desafios da SAE.

Tema 2 Desafios da SAE

- Considerando na APS a possibilidade de usar o método SOAP (E1.3)
- Considerando que para utilizar NANDA, NIC e NOC demanda muito tempo (E1.3)
- Utilizando CIAP para identificar doenças (E1.4)
- Realizando dois diagnósticos CIPE e CIAP (E1.4)
- Implementando a CIPE no município junto ao departamento de enfermagem (E2.7)
- Considerando que o NANDA não se assemelhava com a situação real (E11.64)
- Considerando a CIPE demorado e pouco prático (E2.7)
- Considerando sua experiência inicial negativa com CIPE (E2.7)
- No momento considerando sua experiência com a CIPE desfavorável (E2.8)
- Procurando diagnóstico na frente do paciente (E5.26)
- Apresentando fácil diagnóstico na saúde da mulher. (E5.26)
- Tendo modelos de CE já pré-sistematizadas (E3.13)
- Considerando a integralidade do cuidado (E7.38)
- Tendo roteirinhos para agilizar (E3.13)

- Utilizando um padrão para todos os profissionais (E7.39)
- Mantendo foco nas especialidades (E7.39)
- Acrescentando as condutas (E9.54)
- Garantindo todos os aspectos considerados importantes (E7.38)
- Falando a mesma língua com o médico (E7.39)
- Considerando a agilidade (E7.40)
- Saindo do modelo queixa e conduta (E7.41)
- Considerando a anamnese (E4.19)
- Considerando histórico. (E4.19)
- Considerando exame físico. (E4.19)
- Considerando diagnóstico. (E4.19)
- Considerando condutas. (E4.19)
- Considerando planejamento (E4.19)
- Considerando um processo terapêutico (E4.19)

Quadro 31 - Categoria D.1 Sistematizando a CE e subcategorias.

Categoria D.1 Sistematizando a CE

- Tentando seguir os passos (E3.15)
- Utilizando a CIPE para sistematização (E6.32)
- Fazendo a CE com garantia da SAE (E7.38)
- Considerando não ter tempo para a realização de todas as etapas da CE (E7.42)
- Considerando a CE uma ferramenta essencial para profissão (E7.44)
- Conseguindo identificar as necessidades de saúde (E7.44)
- Considerando que a sistematização veio para organizar a CE (E7.44)
- Utilizando o embasamento teórico (E8.50)

Subcategoria D.1.1 Aplicando a SAE na prática da ESF

- Vendo a necessidade de se atualizar (E8.50)
- Tendo que crescer quanto CE (E8.50)
- Sentindo necessidade do apoio da gestão (E8.50)
- Vendo uma zona de conforto (E8.50)
- Vendo as queixas para nortear a conduta (E8.50)
- Fazendo a CE com garantia da SAE (E7.38)
- Considerando anamnese (E7.38)
- Considerando exame físico (E7.38)
- Considerando o levantamento de problemas (E7.38)
- Considerando o diagnóstico de enfermagem (E7.38)
- Considerando a prescrição (E7.38)
- Pensando em um instrumento que garanta qualidade (E7.40)
- Fazendo algumas perguntas (E14.83)
- Abrindo um leque de coisas (E14.83)
- Gostando de ir perguntando durante a CE (E14.83)
- Perguntando se tem algum problema (E14.83)
- Perguntando se tem alguma dúvida (E14.83)
- Direcionando a CE através de perguntas (E14.83)
- Pensando em que perguntar (E14.83)
- Pensando no que vai fazer no exame físico (E14.83)
- Considerando difícil seguir toda a SAE (E3.13)
- Considerando difícil seguir ao pé da letra (E3.13)
- Não conseguindo estabelecer um padrão em todas as CE. (E3.13)
- Considerando difícil fazer as CE de forma completa. (E3.13)

Subcategoria D.1.2 Potencialidades do protocolo

- Considerando que o protocolo de enfermagem que ajuda na CE. (E1.2)
- Considerando as condutas baseadas no protocolo. (E2.7)
- Sendo respaldado (E3.15)
- Dando autonomia. (E3.15)
- Fazendo uma CE mais completa. (E3.15)
- Solicitando exames (E3.15)
- Prescrevendo alguns medicamentos. (E5.28)
- Considerando que o protocolo enriquece a CE (E3.15)
- O protocolo norteando o atendimento (E5.25)
- Considerando o protocolo como um meio facilitador. (E7.44)
- Facilitando a vida da enfermeira (E14.86)

Subcategoria D.1.3 Utilizando instrumentos para realização do diagnóstico de enfermagem

- Implementando a CIPE no município junto ao departamento de enfermagem. (E2.7)
- Considerando a CIPE demorado e pouco prático. (E2.7)
- Considerando CIPE longo. (E2.7)
- Considerando sua experiência inicial negativa com CIPE (E2.7)
- Considerando que com a pratica a CIPE pode ficar melhor. (E2.7)
- Considerando com a experiência maior em CIPE pode haver melhoras. (E2.7)
- Não ficar se reportando ao livro. (E2.8)
- No momento considerando sua experiência com a cipe desfavorável (E2.8)
- Tendo CIPE (E3.13)
- Utilizando a CIPE como embasamento teórico. (E4.19)
- Considerando falta de experiência com a CIPE. (E4.16)
- Usando CIPE (E5.26)
- Decorando a CIPE (E5.26)
- Antes não utilizava um instrumento específico para diagnóstico (E11.64)
- Considerando que o NANDA não se assemelhava com a situação real (E11.64)
- Considerando CIPE muito novo (E11.65)
- Tendo 5 livros gigantes como resumo da CIPE (E11.65)
- Tendo um livro CIPE para cada especialidade (E11.65)
- Parando no meio da consulta para procurar o diagnóstico no livro (E11.65)
- Considerando muito difícil (E11.65)
- Considerando que na prática utiliza os diagnósticos mais comuns (E11.65)
- O diferencial não sendo o diagnóstico (E11.65)
- Tendo que implementar a CIPE recentemente (E12.73)
- Sendo um diagnóstico diferente do que costumava a fazer (E12.73)
- Antes seguindo o diagnóstico do protocolo (E12.73)
- Usando CIPE (E5.26)
- Decorando a CIPE (E5.26)
- Atendendo a paciente já identificando o diagnóstico (E5.26)
- Apresentando fácil diagnóstico na saúde da mulher. (E5.26)
- Apresentando muitos diagnósticos (E5.26)
- Explicando a diferença do diagnóstico médico e de enfermagem. (E5.26)
- Procurando diagnóstico na frente do paciente. (E5.26)
- Prescrevendo em cima daquele diagnóstico (E5.27)
- Utilizando CIPE para diagnóstico de enfermagem. (E7.42)
- Considerando difícil utilizar a nomenclatura da CIPE (E7.42)

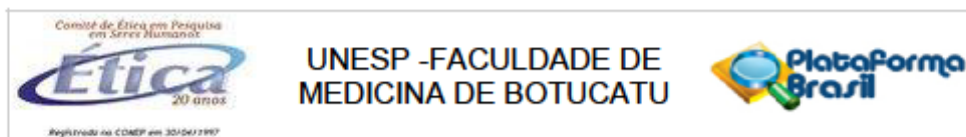
- Legitimando a profissão (E7.42)
- Legitimando a CE para realizar a prescrição (E7.42)
- Sendo questionada pela residente sobre o diagnóstico (E8.48)
- Não colocando o diagnóstico de enfermagem no check list para puericultura (E8.48)
- Tendo diagnóstico de enfermagem para pré natal. (E8.48)
- Utilizando CIPE. (E8.49)
- Utilizando CIPE para diagnósticos de enfermagem. (E9.54)
- Não fazendo muito diagnóstico de enfermagem (E9.55)
- Precisando procurar e achar o diagnóstico certo (E9.55)
- Sentindo que falta de melhorar quanto o diagnóstico (E9.55)
- Considera que precisa melhorar a questão do diagnóstico. (E9.55)
- Considerando a CIPE um pouco complicada. (E9.55)
- Considerando ter dificuldades com CIPE. (E9.55)

Quadro 32 - Categoria E.1 Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE.

Categoria E.1 Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no exercício da CE.

- Sentindo-se útil para o indivíduo. (E1.5)
- Considerando gratificante a evolução do indivíduo (E1.5)
- Desejando aperfeiçoar-se na CE. (E2.9)
- Sentindo satisfação em desenvolver CE. (E5.26)
- Sentindo a necessidade de padronizar (E7.38)
- Sentindo-se perturbada pela falta de vagas na agenda. (E1.3)
- Referindo medo de perder a CE. (E1.5)
- Sentindo-se perdida ao colocar diagnóstico em consultas compartilhadas. (E2.8)
- Sentindo tristeza em relação a qualidade. (E3.12)
- Sentindo tristeza com a realidade do momento. (E4.20)
- Percebendo uma frustração (E4.23)
- Sentindo dúvidas quanto diagnóstico de enfermagem. (E7.42)
- Sentindo frustração em gerenciar tudo sozinha (E11.67)
- Ficando ansiosa para dar conta da demanda (E12.76)

Anexo I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO.

Pesquisador: Stella Godoy Silva e Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65642417.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.997.099

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de natureza qualitativa, sem menção a obtenção de título acadêmico, tendo por base os processos de enfermagem, seus padrões de prática e ainda a atenção primária à saúde.

Apresenta como hipótese entender como os enfermeiros compreendem as situações do cotidiano da consulta de enfermagem, considerando seu conhecimento, valores e crenças, padrões de comportamento. Esta compreensão permitirá propor modelos representativos acerca desse trabalho na Atenção Primária.

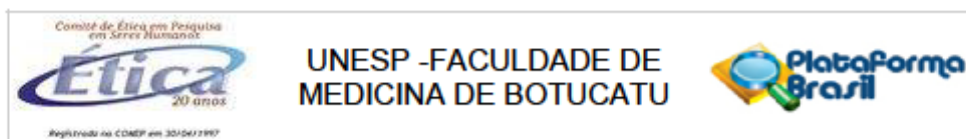
Objetivo da Pesquisa:

No que tange aos objetivos define a pesquisadora que se visa compreender a experiência da consulta de enfermagem (CE) no contexto da Atenção Primária à Saúde na visão de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior paulista e propor modelos representativos dessas experiências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto não há demonstração de riscos, vez que os participantes da pesquisa serão apenas entrevistados, bem como foi garantido pela pesquisadora que suas formas, locais de

Endereço: Chácara Butignoll, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.518-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.997.099

organização no seu cotidiano serão respeitadas.

Além do mais o sigilo mostra-se garantido, haja vista expressa menção no TCLE.

Quanto aos benefícios, o resultado da pesquisa poderá contribuir na formulação de políticas públicas de ensino na melhoria dos procedimentos em enfermagem, visando apresentar uma proposta inovadora de análise de dados.

Ademais, o conhecimento das experiências com educação permanente em saúde dos enfermeiros, permite subsidiar, organizar e apoiar as políticas de práticas de atividades educacionais no ambiente de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encontra-se estruturado.

A técnica utilizada para coleta de dados será a entrevista aberta tendo como questão de partida: "conte-me qual é sua experiência com a consulta de enfermagem na sua unidade?"

Após a realização de cada entrevista, as narrativas serão gravadas em modo digital e transcritas após os encontros. As gravações e seu conteúdo serão mantidos em sigilo e sob a guarda da pesquisadora e da orientadora e serão eliminadas após a conclusão do trabalho. A coleta de dados será realizada nos períodos de julho a novembro de 2017 e será finalizada após saturação teórica das narrativas para categorização e codificação dos dados, ou seja, os códigos de mesmo significado serão agrupados e desse agrupamento derivarão as categorias.

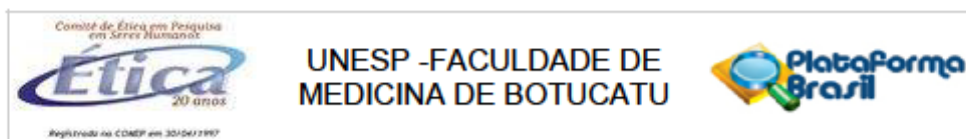
Salientou-se que poderão ser incluídas perguntas circulares que permitam elucidar dúvidas, caso seja necessário. As questões circulares são direcionadas às informações reveladas pelo próprio participante e auxiliam na obtenção de melhores esclarecimentos quanto à compreensão dos significados e vivências dos participantes acerca do trabalho em equipe. As entrevistas serão agendadas previamente com cada participante da pesquisa de acordo com suas disponibilidades individuais de tempo e local, sendo desejado o agendamento em local fora de seu ambiente de trabalho.

Por fim os dados serão divulgados em reuniões formais da sociedade organizada local como também para os gestores e em eventos acadêmicos

A pesquisa será realizada no município de Botucatu-SP, mais especificamente em suas unidades de saúde, totalizando-se vinte.

Assim, estima-se o número de vinte e oito participantes nessa pesquisa, tendo por critério de inclusão ser profissional enfermeiro da atenção primária (ESF e UBS) e realizar consultas de enfermagem.

Endereço: Chácara Butignotti, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.997.099

Apesar de constar no preenchimento das informações da Plataforma Brasil que o estudo terá início em 01/03/2017, tem-se que para fins de análise bioética da pesquisa a data de 03/07/2017, haja vista tratar-se efetivamente da coleta de dados, não havendo de se falar em quaisquer prejuízos tanto para os participantes, como para o pesquisador, por tratar-se de mera formalidade, bem como evidenciar-se que o estudo não está em andamento. Posteriormente o estudo terá por término a data de 27/02/2019.

Ao final a pesquisadora indica que o trabalho terá um custo estimado de R\$ 2.200,00 que se dará através de financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No que tange aos termos e autorizações, tem-se que foram devidamente apresentados nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam a autorização e cumprimento do diretor Faculdade de Medicina de Botucatu; autorização do escritório de apoio à pesquisa do Fluxo Institucional da FMB-UNESP e HC-UNESP e declaração de ciência e autorização do responsável pela instituição onde a pesquisa será realizada, qual seja do Secretário de Saúde do Município de Botucatu-SP.

Em relação ao TCLE há de se dizer que foi apresentado no formato de convite e em linguagem adequada. Muito embora conste alguns termos técnicos, tem-se que por serem termos utilizados no cotidiano dos participantes, não há que se falar em qualquer prejuízo ou ausência de linguagem acessível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

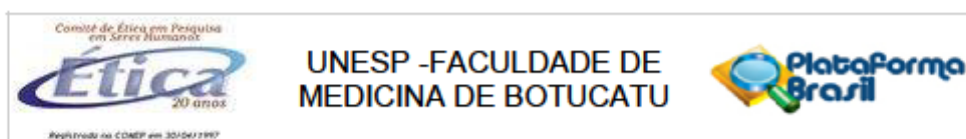
Diante dos termos supra relatados, o projeto poderá ser aprovado sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 03/04/2017, sem necessidade de envio à CONEP.

Solicitamos aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

Endereço: Chácara Butignotti, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.997.099

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 03/04/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_862794.pdf	13/03/2017 14:46:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Stella_CEP.pdf	10/03/2017 09:26:08	Stella Godoy Silva e Lima	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	10/03/2017 09:12:14	Stella Godoy Silva e Lima	Aceito
Outros	InstrumentodeColetadeDados.pdf	21/02/2017 14:46:03	Stella Godoy Silva e Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.pdf	21/02/2017 14:41:55	Stella Godoy Silva e Lima	Aceito
Outros	392StellaGodoySilvaeLima.pdf	21/02/2017 14:38:47	Stella Godoy Silva e Lima	Aceito
Folha de Rosto	PlatBrasil392StellaGodoySilvaeLima.pdf	21/02/2017 14:37:21	Stella Godoy Silva e Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 03 de Abril de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignotti, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo II

Artigo de Revisão Integrativa submetido e publicado pela revista Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde.

Consulta de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa.

Nursing Consultation in Primary Health Care: Integrative Revision.

Stella Godoy Silva e Lima: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. SP, Brasil. E-mail: stella.godoy.lima@hotmail.com

Regina Stella Spagnolo: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. SP, Brasil. E-mail: rstella10@yahoo.com.br

Carmen Maria Casquel Monti Juliani: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. SP, Brasil. E-mail: carmen.juliani@unesp.br

Lucía Silva: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. SP, Brasil. E-mail: silva.lucia@unifesp.br

Violeta Campolina Fernandes: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. SP, Brasil. E-mail: vicampolina@gmail.com

Luana Bassetto Martin: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. SP, Brasil. E-mail: luana_bassetto@hotmail.com

Resumo

Na atenção primária em saúde, a consulta de enfermagem é apresentada como importante estratégia tecnológica de cuidado utilizada pelos enfermeiros, também considerada de caráter resolutivo na promoção de saúde. Este trabalho tem por objetivo analisar as evidências científicas, nacionais e internacionais, sobre a consulta de enfermagem na atenção primária à saúde. Trata-se de revisão integrativa partir das bases de dados: LILACS, Scopus, Web of Science, Medline, IBECs e CINAHL, sendo incluídos artigos publicados no período de 2013 a 2018. Os critérios de inclusão foram artigos completos, nos idiomas português, inglês e espanhol, originados de periódicos nacionais e internacionais, excluindo artigos repetidos, do tipo revisão e comentários, bem como estudos cujo objeto principal não se relacionava com a pergunta do estudo. Foram selecionados 14 artigos que desvelaram quatro categorias analíticas: 1) Consulta de enfermagem para o fortalecimento da atenção primária em saúde; 2) Sistematização da assistência de enfermagem como instrumento de sustentação da consulta de enfermagem; 3) Práticas da consulta de enfermagem e o uso de protocolos; e 4) Desafios para implementação da consulta de enfermagem. Os enfermeiros podem utilizar estes resultados para melhoria da Consulta de Enfermagem, em todos os ciclos da vida em um cenário de práticas dinâmicas e em constante transformação como a Atenção Primária.

Palavras-chaves: Processo de Enfermagem. Enfermagem no Consultório. Atenção Primária à Saúde.

Anexo III

Artigo: Consulta de enfermagem na estratégia saúde da família e a percepção do enfermeiro: Teoria Fundamentada, submetido na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) dia 13 de novembro de 2020.



ARTIGO ORIGINAL

Consulta de enfermagem na estratégia saúde da família e a percepção do enfermeiro: teoria fundamentada.

Nursing consultation in the family health strategy and the nurse's perception: Grounded theory.

La consulta de enfermería en la estrategia de salud de la familia y la percepción del enfermero: teoría fundamentada.

RESUMO

Objetivo: compreender a experiência da consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família e propor um modelo representativo dessa experiência. **Método:** pesquisa qualitativa utilizando a Teoria Fundamentada por *Strauss e Corbin*, com 14 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família por meio de entrevistas não diretivas. Para discussão dos dados foram utilizadas três etapas consecutivas: codificação aberta, axial e seletiva, que originaram fenômenos, temas, categorias e subcategorias, que, em constante comparação embasaram a construção da categoria central e consequentemente o modelo teórico. **Resultados:** a discussão emergiu a essência da experiência do enfermeiro, revelando a categoria central: Da formação do enfermeiro à prática da Consulta de Enfermagem desvelando aprendizados, desafios e autonomia como componentes intervenientes. **Considerações finais:** a experiência do enfermeiro é positiva apesar de inúmeros desafios no cotidiano. Novos estudos agregarão compreensão que possibilitem ampliação das condições de trabalho, valorizando a consulta de enfermagem e o Enfermeiro.

Descritores: Enfermagem no Consultório; Estratégia Saúde da Família; Teoria Fundamentada, Enfermagem; Enfermagem de atenção primária.

Anexo IV

Artigo: Consulta de enfermagem na estratégia saúde da família: do início da práxis do enfermeiro ao cotidiano, submetido na Revista Gaúcha de Enfermagem no dia 15 de Dezembro de 2020.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DO INÍCIO DA PRÁXIS DO ENFERMEIRO AO COTIDIANO.

NURSING CONSULTATION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: FROM THE BEGINNING OF THE NURSE'S PRACTICE TO DAILY LIFE.

CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: DESDE EL INICIO DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERA HASTA LA VIDA DIARIA.

RESUMO

Estudo qualitativo com objetivo de compreender o significado da consulta de enfermagem a partir da graduação seguida pela prática profissional. Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados e a entrevista aberta, não diretiva, como técnica para coleta de dados. Participaram 14 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família. Para discussão dos dados foram utilizadas três etapas consecutivas: codificação aberta, axial e seletiva. A análise dos dados possibilitou a identificação do fenômeno denominado “O significado da consulta de enfermagem para o enfermeiro” e dos temas: “A Consulta de enfermagem organizando o processo de trabalho do enfermeiro” e “O significado da consulta de enfermagem para o enfermeiro” abrangendo categorias e subcategorias organizadas com base no paradigma de Strauss e Corbin. A consulta de enfermagem é a atividade mais importantes da práxis do enfermeiro e, por meio dela, pode-se identificar o aperfeiçoamento, o reconhecimento e a valorização profissional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem de Atenção Primária. Estratégia Saúde da Família. Teoria Fundamentada.

ANEXO V



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Objetivo Acadêmico: Dissertação de Mestrado ()
Tese de Doutorado (X)

Título constante no parecer de aprovação do projeto pelo CEP/CEUA:
A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO.

Título final do trabalho (constante na capa da dissertação ou tese):
A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DA
FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO À PRÁTICA PROFISSIONAL.

Data da reunião do CEP/CEUA que aprovou o projeto 03/04/2017

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP e/ou CEUA.


Nome/assinatura original do(a) Orientador(a)


Nome/assinatura original do(a) Aluno(a)