

ALINE BIONDO ALCANTARA
MARIA JOSE CAETANO FERREIRA DAMACENO

**AS PRÁTICAS DOS
ENFERMEIROS DAS
UNIDADES DE
ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE ASSIS,
CONFORME A
PORTARIA 648/06**

EDITORA INOVAR



**AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
ASSIS, CONFORME A PORTARIA 648/06.**

Aline Biondo Alcantara

Maria Jose Caetano Ferreira Damaceno

AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ASSIS, CONFORME A PORTARIA 648/06.

Copyright © da autora

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos da autora.

Aline Biondo Alcantara; Maria Jose Caetano Ferreira Damaceno

As práticas dos enfermeiros das unidades de estratégia saúde da família do município de Assis, conforme a portaria 648/06. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 112p.

ISBN: 978-65-80476-54-1

DOI: <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-54-1>

1. Enfermeiro. 2. Estratégia saúde da família. 3. Legislação. 4. Autoras. I. Título.

CDD – 614

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades das autoras.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Katyuscia Oshiro (RHEMA Educação/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil); Guilherme Antonio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Editora Inovar

www.editorainovar.com.br

79002-401 - Campo Grande – MS

2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, à minha mãe Dione e meu irmão Diego, que me acompanharam em todos os momentos, tanto de alegria como de dificuldade, durante todo o percurso da Graduação. Aos meus avós, em memória, por todo o cuidado e dedicação que ofereceram a mim, a todos os meus familiares que sei que me dão apoio na carreira profissional e acadêmica. A todos os amigos e docentes da Turma do Quarto Ano de Enfermagem da Fema 2011 e aos profissionais da Atenção Básica que acreditam e confiam na Saúde, em especial os meus amigos enfermeiros.

AGRADECIMENTOS

Ao Grande Deus, em primeiro lugar, a quem sou grata desde o princípio, pois me proporciona graça e sabedoria para que eu continue a caminhada.

A todos os meus familiares, em especial minha mãe Dione, que é a minha base e ao meu irmão Diego meu companheiro para todos os momentos.

A minha orientadora, Maria José Caetano Ferreira Damaceno, pela orientação e por toda sua dedicação oferecida a mim durante o trabalho.

Aos Docentes da FEMA, em especial à professora Rosangela Gonçalves da Silva e Fernanda Censi Queiróz que sempre me apoiaram e me mostraram “o caminho das pedras”, até hoje são referências para mim... todos os amigos companheiros de Turma, em especial a minha querida amiga Camila pela paciência e apoio durante estes quatro anos de estudos, e também a Josiane Batista, que me incentivou a realizar a graduação em Enfermagem quando trabalhávamos na UESF em Tarumã-SP.

A todos os usuários e Equipe da Unidade de Estratégia Saúde da Família da Vila Progresso Assis/SP pela paciência e compreensão das minhas atividades durante o Curso.

A todos os Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família do Município de Assis-SP que colaboraram para que este trabalho fosse possível.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-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 Nightingale

(1820-1910)

RESUMO

Considerando a evolução história da Política de Saúde no Brasil e do município de Assis-SP e relacionando-a com a profissão de Enfermagem, percebe-se que as atribuições deste profissional vêm se aprimorando, fato confirmado pela Portaria nº 648/06 de 28 de Março de 2006 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dentre as várias especificações define as atribuições do profissional enfermeiro. Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo geral descrever a atuação dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família (UESF) do Município de Assis-SP, conforme a Portaria 648/06. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem quali – quantitativa. A amostra foi composta por nove enfermeiros e o local de estudo foi as UESF do município de Assis-SP. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semi-estruturado com questões abertas e fechadas, adaptado de um modelo presente no livro “CIPESC - O trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário Cítese”, que abordou informações referentes aos dados pessoais, formação profissional, tempo de trabalho na UESF que atua atualmente, atividades realizadas conforme frequência e as facilidades e/ou dificuldades para o desenvolvimento destas ações. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo e entre suas várias modalidades, escolheu-se a análise temática para analisar as questões abertas e os dados oriundos das questões fechadas foram tabulados e apresentados sob a forma de figuras. Observou-se que a realidade de Assis é convergente com a realidade nacional. Estes profissionais desenvolveram a criação de vínculo com sua população/equipe e desenvolvem as ações propostas pelo Ministério da Saúde, entretanto, sobressaíram algumas dificuldades encontradas em realizar determinadas atividades como a prescrição de medicamento conforme protocolos, atuação nas ações burocráticas, administrativas e de supervisão da equipe e educação permanente do auxiliar de saúde bucal. Revelou-se uma predominância do papel assistencialista destes profissionais. Conclui-se que o município de Assis-SP vem se desenvolvendo no que se diz respeito à saúde, no entanto, alguns aspectos merecem ser reavaliados para favorecer as práticas do profissional enfermeiro, sugerindo como proposta final a implantação de um Enfermeiro Coordenador para esta Estratégia de Saúde. Acrescenta-se que este trabalho é de grande relevância, uma vez que esta temática é de interesse nacional, pois a saúde brasileira amparada pelos princípios do Programa Saúde da Família é recente, o momento é de avaliações e reformulações.

Palavras-chave: Enfermeiro; Estratégia Saúde da Família; Legislação

ABSTRACT

Considering the evolution history of Health Policy in Brazil and the Municipality of Assis-SP and relating to the profession of nursing, it is clear that the roles of these professionals have been improving, a fact confirmed by Order No. 648/06 of 28 March 2006 Ministry of Health, which approves the National Primary and among the various specifications define the duties of the professional nurse. So, this study aims to describe the overall performance of the Units Nurses Family Health Strategy (UESF) of the municipality of Assis-SP, according to Decree 648/06. This is an exploratory study with qualitative approach - quantitative. The sample consisted of nine nurses and the study site was the UESF the municipality of Assis-SP. To collect the data we used a semi-structured questionnaire with open and closed questions, adapted from a model in this book "CIPESC - Work in Public Health Nursing in CIPESC Scenario", which addressed information regarding personal data, training, working time in which it operates currently UESF, activities and facilities as frequency and / or difficulties for the development of these actions. For data analysis, we used content analysis and between its various forms, we chose the thematic analysis to analyze the response and the data from the closed questions were tabulated and presented in the form of figures. Allowed to confirm that these professionals have as a positive bond with the creation of its population and with the team and develop the actions proposed by the Ministry of Health, however, highlights the difficulties encountered in performing the tasks such as prescription medicine as protocols, activity in the bureaucratic actions, administrative and supervisory staff and education of the auxiliary oral health. Like this, it was revealed a predominance of the welfare role of nurses. Therefore, it is concluded that the municipality of Assis-SP has been developing as regards health, however, in many aspects need to be improved, as the final proposal suggesting the establishment of a Nurse Coordinator for this health strategy, adds that this work is of great importance, since this issue is of national interest, because the health supported by the principles of the Brazilian Family Health Program is recent, it is time to review and reformulation.

Keywords: Nurses, Family Health Strategy, Legislation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, conforme a Faixa Etária.....	36
Figura 2. Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, conforme o Sexo. Assis-SP, 2011	37
Figura 3. Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, conforme o Estado Civil. Assis-SP, 2011	38
Figura 4. Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, conforme o Tempo de Formado em Anos. Assis-SP, 2011	39
Figura 5. Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, conforme as Titulações. Assis-SP, 2011.	40
Figura 5.1. Especificações do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, quanto ao aprimoramento. Assis-SP, 2011	41
Figura 5.2. Descrição das Especializações dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis. Assis-SP, 2011.....	41
Figura 6. Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis quanto ao Tempo (em anos) de Trabalho na Unidade de Saúde da Família. Assis-SP, 2011	42
Figura 7. Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP quanto ao Trabalho em Outros Serviços. Assis-SP, 2011	43
Figura 8. Atividade I A1.....	45
Figura 9. Atividade I B1	46
Figura 10. Atividade I A2.....	48
Figura 11. Atividade I B2.....	48
Figura 12. Atividade I A3.....	50
Figura 13. Atividade I B3	50
Figura 14. Atividade II A1	53

Figura 15. Atividade II B1.....	53
Figura 16. Atividade II A2	55
Figura 17. Atividade II B2.....	56
Figura 18. Atividade III A1	58
Figura 19. Atividade III B1	58
Figura 20. Atividade IV A1.....	60
Figura 21. Atividade IV B1	60
Figura 22. Atividade V A1	62
Figura 23. Atividade V B1	62
Figura 24. Atividade VI A1.....	64
Figura 25. Atividade VI B1	65
Figura 26. Percentual dos Enfermeiros em relação às atividades que têm mais condições para desenvolver nos últimos meses. Assis-SP, 2011	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação da ESFSB - Bonfim do Município de Assis-SP, 2011	26
Tabela 2. Classificação da ESF Jardim 3 Américas do Município de Assis- SP, 2011.....	26
Tabela 3. Classificação da ESFSB Vila Cláudia do Município de Assis-SP, 2011	26
Tabela 4. Classificação da ESFSB COHAB IV do Município de Assis-SP, 2011	27
Tabela 5. Classificação da ESFSB Jardim Eldorado do Município de Assis- SP, 2011.....	27
Tabela 6. Classificação da ESF Vila Glória do Município de Assis-SP, 2011.	27
Tabela 7. Classificação da ESFSB Parque Universitário do Município de Assis- SP, 2011	28
Tabela 8. Classificação da ESFSB Vila Progresso do Município de Assis-SP, 2011.	28
Tabela 9. Classificação da ESF Prudenciana do Município de Assis-SP, 2011.....	28
Tabela 10. Classificação da ESF Vitória do Município de Assis-SP.	29
Tabela 11. Caracterização dos Enfermeiros das UESF do Município de Assis- SP, conforme a Faixa Etária, Sexo, Estado Civil, Tempo de Formado em Anos, Titulações, Tempo de Trabalho na Unidade, e Trabalho em outro Setor. Assis - SP, 2011	35
Tabela 12. Atividade I.....	44

Tabela 13. Atividade II	52
Tabela 14. Atividade III	57
Tabela 15. Atividade IV	59
Tabela 16. Atividade V	61
Tabela 17. Atividade VI	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	- Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
ASB	- Auxiliar de Saúde Bucal
CAPs	- Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS	- Centros de Apoio à Saúde
CTPS	- Carteira de Trabalho e Previdência Social
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HRA	- Hospital Regional de Assis
IAPs	- Instituto de Aposentadoria e Pensão
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PSF	- Programa Saúde da Família
RS	- Rio Grande do Sul
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
THD	- Técnico de Higiene Dental
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UESF	- Unidade Estratégia Saúde da Família
USF	- Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. OBJETIVOS.....	20
1.1.1. OBJETIVO GERAL.....	20
1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
1.2. ESTRUTURA DO TRABALHO.....	21
2. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO.....	23
2.1. UMA BREVE HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DO PSF NO BRASIL.....	23
2.2. UMA BREVE HISTÓRIA DA EVOLUÇÃO DO SETOR DA SAÚDE EM ASSIS-SP ..	24
2.3. DADOS ESTATÍSTICOS DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ASSIS.....	25
2.4. UMA BREVE HISTÓRIA DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL ATÉ OS DIAS ATUAIS	29
2.5. A PORTARIA 648/06	31
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	33
4. RESULTADOS.....	35
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
6. REFERÊNCIAS	74
7. ANEXOS	77
7.1. PORTARIA 648/06.....	77
7.2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
7.3. ENTREVISTA PARA LEVANTAMENTO DE DADOS.....	102
7.4. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	108
SOBRE AS AUTORAS.....	109

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a área no âmbito da Saúde Pública que escolhi para atuar como enfermeira, uma vez que, os quatro anos de experiência como Técnica de Enfermagem em uma unidade de ESF no município de Assis-SP e o período de graduação em Enfermagem propiciaram conhecer os princípios e diretrizes que embasam a práxis, vislumbrando a busca pelos cuidados biopsicossociais e espirituais através de um trabalho caracterizado pela multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

O Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 648/06 de 28 de Março de 2006, criada para a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), evidencia a descrição das atribuições gerais e específicas do enfermeiro da ESF nos setores de Assistência individual e coletiva, Educação em Saúde, Supervisão e Gerenciamento.

Vale ressaltar que, de acordo com as características de cada serviço de saúde pode haver fatores que beneficiam e que podem dificultar a execução destas atribuições.

Ao realizar revisão bibliográfica acerca do assunto encontra-se que esta temática tem relevância nacional, por apresentar a realidade da saúde atual e os interferentes existentes para o alcance dos princípios do SUS e da ESF.

Despertando em nós profissionais o desejo de olhar de maneira crítica e reflexiva as práxis que realizamos diante da Portaria, visando melhorar a qualidade da assistência e contribuir para o desenvolvimento da Atenção Básica do Brasil, compreendendo que esta ainda é uma “Criança”.

Os autores Ermel e Fracolli (2005, p. 534) afirmam que com a Reforma Administrativa da Saúde, no Estado de São Paulo, a inserção do Enfermeiro nos serviços de Atenção Básica tem início a partir da década de 70, quando a assistência à saúde se dava por médicos ou educadores sanitários passando a ser intermediada pelo enfermeiro, cabendo a ele atividades como supervisão, treinamento, controle e coordenação de enfermagem, bem como reuniões com grupos na comunidade, atividades educativas e realização de visitas domiciliárias. No final da década de 80, através do processo de revisão do modelo assistencial, se instituiu o SUS, já em meados da década de 90 há novamente necessidades de rever o modelo de assistência, onde surge a idéia e posteriormente a implantação do Programa Saúde da Família.

Conforme Giroti et al (2008, p. 24 e 25) em uma pesquisa realizada com enfermeiras do PSF do município de Londrina, estado do Paraná, verificou-se que nos serviços de atuação há dois cargos distintos de enfermeiros, isto é, enfermeiros assistenciais e enfermeiros coordenadores, os enfermeiros assistenciais desenvolvem mais atividades relacionadas ao cuidado assistencial e as atividades gerenciais, supervisão e administração da unidade são realizadas com maior frequência pela enfermeiro coordenador.

Este mesmo estudo apresenta que o foco principal de atenção fundamenta-se nos programas estabelecidos pelo MS, e segundo o relato destes profissionais as suas atribuições são amplas e direcionam suas atividades, entretanto, difíceis de serem realizadas na sua plenitude, levantando em questão fatores como a organização do trabalho, número de pessoas que compõe a equipe e sobrecarga de trabalho.

Percebe-se o quanto há dificuldade na execução das atribuições, quando Ermel e Fracolli (2005, p. 538) demonstram em seus estudos de relatos de pesquisa em uma UESF do município de Marília-SP sobre processo de trabalho, ao ser relatado pelos enfermeiros entrevistados a presença de dificuldades na interação com a equipe, sobreposição de função com outro profissional de saúde e a realização das ações de outros profissionais de saúde.

Ainda neste assunto, Santos (2003, p. 39) colabora ao relatar sua experiência em analisar as dificuldades e facilidades de médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família de alguns municípios do estado do Rio Grande do Sul, já que identificou que enfermeiros têm facilidade em relação à coordenação e pelo relacionamento com a equipe, embora tenha como maior dificuldade a falta de capacitação para fazer grupos e supervisionar, ressaltam ainda que certas dificuldades podem ser resolvidas através da busca pelo conhecimento; e outro importante fator dificultante para executar suas funções adequadas é o acúmulo de funções.

No mesmo seguimento Pavoni e Medeiros (2009, p. 271) expôs que o enfermeiro desenvolve inúmeras funções, das quais poderiam ser compartilhadas, e de tal modo não o sobrecarregando e não dificultando a realização das atribuições inerentes à sua profissão.

Em um estudo realizado por Centa et al (2004, p. 11, 13, 14 e 15) com doze enfermeiros em um município do Paraná, foi analisado o agir e o pensar destes enfermeiros, onde consideraram que a falta de tempo é um fato vivido por eles para executar todas as ações preconizadas pela ESF. Concluem também que estes profissionais têm o desejo de atuar de forma humana às famílias, contudo há dificuldades encontradas para atuar com estas famílias por falta de preparo para interagir

com elas, a sobrecarga de trabalho e que os profissionais devem ser melhor preparados pelos órgãos formadores para atuar no referido programa.

Novamente Beck et al (2010, p. 492, 493 e 494) proporcionou pela sua pesquisa o levantamento de fatores que favorecem a atuação destes profissionais, estes são a valorização da comunidade e reconhecimento de seu trabalho, a capacitação em educação permanente para o melhor desempenho de suas tarefas, o vínculo com a população, o qual possibilita que interpretem e busquem soluções para suas reais necessidades e o elo que os agentes de saúde têm com a comunidade.

No entanto, este mesmo estudo traz como fatores prejudicantes ao desenvolvimento do trabalho a falta de recursos humanos, já que impedem que eles dêem uma maior atenção aos pacientes; falta de recursos materiais em determinados momentos de necessidade; a falta de compreensão e paciência da comunidade em determinadas situações, como em falta de medicamentos, pois não consideram uma responsabilidade apenas dos profissionais enfermeiros e o último fator citado pelo pesquisador que dificulta o trabalho é o acesso do usuário ao serviço pela extensa área geográfica.

Pavoni e Medeiros (2009, p. 271) consideraram ao término de seu estudo realizado em uma ESF localizada em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul (RS), que o enfermeiro executa muitas atividades sozinho, das quais poderiam ser também delegadas a outros profissionais. Em relação às atividades de coordenação, alguns membros da equipe reconhecem que este profissional acaba exercendo esta função, mesmo compartilhada com o médico e o profissional odontólogo. Relatam também que este profissional representa o elo entre a ESF e a Secretaria Municipal de Saúde e que pelo seu acúmulo de atividades, fica sobrecarregado, impossibilitando-o de se dedicar mais às suas atribuições.

Diante do contexto apresentado, percebe-se que mesmo o enfermeiro estando habilitado a desenvolver distintas atividades na ESF e ter obtido grande avanço em relação a sua autonomia e processo de trabalho ao longo dos anos este tem dificuldades em desenvolvê-las por presença de vários fatores.

Assim, nota-se a importância de analisar como tem se dado a atuação destes profissionais no município de Assis-SP após a aprovação da portaria em questão, favorecendo reflexões acerca das facilidades e dificuldades, com a finalidade de dar subsídios para um adequado desenvolvimento deste momento crucial na Atenção Básica, no que tange o papel do profissional Enfermeiro.

A presente pesquisa buscará analisar se as atribuições propostas pelo MS estão sendo possíveis de serem realizadas pelos enfermeiros nas ESF do município de Assis-SP

A iniciativa em desenvolver este trabalho partiu do fato de já trabalhar na área da saúde e identificar que existe uma portaria regida pelo Ministério da Saúde, a qual traz subsídios e ampara o trabalho não só do enfermeiro, mas de toda a equipe, sendo delineada a função de cada categoria profissional.

Contudo, é um trabalho em conjunto em que todos desempenham uma importante função e que algumas atividades podem ser desenvolvidas em comum, isto é, em equipe, tanto no que diz respeito aos cuidados das necessidades do indivíduo e de forma mais ampla ao abordar a sua família; como também no que se refere ao processo de trabalho relacionado à algumas atividades burocráticas internas do serviço.

Enfim, sinto-me motivada em desenvolver esta pesquisa por poder descrever a atuação dos enfermeiros do município referido, embasando meu estudo nos parâmetros legais existentes no país e deste modo ampliar meus conhecimentos em Saúde Pública, atuando ativamente e de forma contínua na área mesmo ainda graduanda.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GERAL

Descrever a atuação dos Enfermeiros nas Unidades Estratégias de Saúde da Família do Município de Assis de acordo com suas atribuições, conforme a Portaria 648/06, preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estabelecer parâmetros entre a idade de cada profissional, o tempo de formação destes, títulos, tempo de atuação na unidade, empregos em outros setores exercidos por estes enfermeiros.

Identificar as atividades realizadas pelos enfermeiros das unidades de saúde da família do município de Assis conforme as frequências delas.

Relacionar as atividades: I, II, III, IV, V, VI, (conforme anexo da entrevista) aos itens propostos pelo Ministério da própria Portaria e quais deles estão sendo possíveis para serem desenvolvidos por estes enfermeiros.

Identificar no relato destes enfermeiros os fatores que beneficiam e fatores que dificultam a realização destas atividades conforme a legislação.

1.2. ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho tem início no Capítulo 1, o qual descreve a Introdução, identificando a área a ser estudada, os objetivos propostos nesta pesquisa, assim como a revisão da literatura, justificativa e motivações.

Através do Capítulo 2 identificado como Desenvolvimento do Trabalho, subdivide-se em cinco subseções, os quais brevemente abordaram o contexto histórico da Saúde Pública, revisando a implantação do Programa Saúde da Família e como foram às práticas de enfermagem até os dias atuais, evidenciando a Portaria 648/06 do Ministério da Saúde (em anexo).

Através da subseção 2.1 apresentou-se como foram estes movimentos históricos para que na Saúde Pública houvesse a implantação do PSF no Brasil.

Na subseção 2.2, para se ter um sucinto conhecimento do local onde foi realizado o Cenário da Pesquisa descreveu-se como foram os primeiros setores da Saúde no Município de Assis, a implantação das Unidades de ESF e a realidade atual do PSF no Município.

Com a subseção 2.3 tem-se o registro dos dados estatísticos, segundo o sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) das equipes de Saúde da Família do Município de Assis, os quais foram classificados em ESF e ESFSB quando se retratou das Unidades com Saúde Bucal.

A subseção 2.4 relatou historicamente as Práticas de Enfermagem no Brasil até os dias atuais.

Na subseção 2.5 foram expostas as Atribuições Específicas do Enfermeiro do PSF conforme a Portaria 648/06.

Por meio da metodologia explicou-se como a pesquisa foi planejada e desenvolvida, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Assis-SP (HRA).

A análise do conteúdo do questionário aplicado aos enfermeiros da estratégia saúde da família do município de Assis foi realizada através de gráficos segundo as respostas fechadas e abertas apresentadas pelos participantes.

Para finalizar o estudo, foram descritas as considerações finais abordando todos os objetivos do trabalho.

2. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

2.1. UMA BREVE HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DO PSF NO BRASIL

O Brasil passou por diversas mudanças políticas no setor da Saúde e para que seja relatado como foi o processo de implantação do PSF há necessidade de se buscar referências na História.

Conforme relatado por Figueiredo e Tonini (2008, p. 15) no Brasil, em 1808, iniciou-se a criação das normas sanitárias nos portos para o impedimento de doenças contagiosas e integralidade da saúde da realeza. Em 1903, período em que o país já era considerado uma República houve uma evolução das políticas públicas de saúde, como a Criação do Departamento Federal de Saúde Pública, tendo primeiramente como diretor Oswaldo Cruz e posteriormente, em 1920, Carlos Chagas. O objetivo deste Departamento era a criação de programas educacionais, com intervenções campanhistas, bem como ampliação dos Institutos de Pesquisas Especializados.

Mesmo com estas mudanças, nem todos os cidadãos brasileiros tinham acesso à saúde. Para garantir um seguro social à saúde, como um instrumento previdenciário ao trabalhador, o Estado interviu através da Lei Elói Chaves, de 1923, a fim de regular a Criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), as quais foram substituídas na década de 1930 pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs), este assegurava assistência médica e farmacêutica. (FIGUEIREDO e TONINI 2008, p. 16 e 17).

Por volta de 1967 a assistência passou a ser também para o Trabalhador Rural, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), logo também por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual favorecia exclusivamente os trabalhadores com Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). (FIGUEIREDO e TONINI, 2008, p. 17).

O INAMPS deixou de exigir a carteira de trabalho no atendimento dos hospitais sendo estes próprios ou conveniados pela rede pública, na década de 1980, com a criação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), chegando o mais próximo de uma cobertura universal dos atendimentos. E finalmente em 1988 com ações de políticas de Saúde estabelecidas a partir de uma nova visão para a coletividade, onde todos deveriam ter o acesso à saúde por intermédio do Estado, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem diretrizes e

princípios determinados como a Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização Político-Administrativa e Participação da Comunidade. (FIGUEIREDO e TONINI, 2008, p. 17 e 18).

Para alcançar estes princípios do novo sistema de saúde, segundo Santos (2007, p. 58 e 59), foram criados programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual foi pioneiro em alguns estados do Nordeste em 1991, como no Ceará e em Paraíba. Idealizava-se a promoção da Saúde e melhores condições de vida na comunidade.

Pelo fato deste programa ter sido considerado como uma experiência positiva estabeleceu-se em 1996 o Programa Saúde da Família (PSF), com características peculiares de propostas e projetos, como descritos por Ermel e Fracoli (2005, p. 534), ao afirmar que o objetivo do PSF se caracteriza em reorganizar a Atenção Básica, ou seja, as práticas assistenciais direcionadas a família.

Através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi possível levantar dados referentes à implantação do PSF no Brasil até o ano de 2009, sendo 30.328 o número total de Equipes de Saúde da Família, para 5.251 municípios, cobrindo 50,7% da população brasileira, correspondente a cerca de 96,1 milhões de pessoas. (SIAB, 2009)

2.2. UMA BREVE HISTÓRIA DA EVOLUÇÃO DO SETOR DA SAÚDE EM ASSIS-SP

Natural de Baependi-Mg, o Capitão Francisco de Assis Nogueira, em 01 de julho de 1905 adquiriu terras de seu amigo José Teodoro de Souza, das quais fez uma doação de 80 alqueires para a constituição de um patrimônio, a paróquia de Campos Novos do Paranapanema. (IBGE, 2011)

A este povoado, o qual foi se desenvolvendo em torno da capela, onde hoje se situa a Catedral, foi dado o nome de Assis. O crescimento desta povoação também se deu pela separação de Campos Novos, a extensão denominada Estrada de Ferro Sorocabana, gerando a vinda dos primeiros trabalhadores. No ano de 1913, ocorreu um marco no crescimento de Assis, o início de algumas atividades comerciais como padaria, armazém, serraria, a primeira farmácia e a atuação do primeiro médico, o Dr. José Vieira da Cunha e Silva. (IBGE, 2011)

Através da Lei Estadual nº 1581, em 1917 de 20 de dezembro de 1917, Assis torna-se Município, sendo desmembrado de Platina. (IBGE, 2011)

Desta forma, este município foi se desenvolvendo tanto nas atividades supracitadas, quanto em outras, como no setor da Educação e da Saúde, pois respectivamente, criou-se os primeiros colégios e instituída em sete de dezembro de 1919 e instalada em oito de dezembro de 1920 a Santa

Casa de Misericórdia, recebendo constantes melhoras e reformas ao longo dos anos. Na gestão do Prefeito José Augusto Ribeiro, 1948-1951, o Hospital Regional de Sorocabana foi implantado, este prestava serviços aos ferroviários da Estrada de Ferro Sorocabana. (Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2010)

A partir de um sistema de saúde já bem estruturado conforme apresentado por Ferreira et al (2002), integrando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Apoio à Saúde (CAPS), o Programa de Saúde da Família foi implantado pioneiramente em Assis no ano de 1994, com o intuito de completar esta estrutura. Foram cinco os primeiros bairros selecionados para a implantação das Unidades de Estratégia Saúde da Família, segundo as características socioeconômicas da população residente, na sua maioria, trabalhadores rurais e bóias-frias, estabelecidos entre aqueles com menores faixas de renda do município.

As outras Unidades de Saúde da Família continuaram a serem implantadas e atualmente neste município existem onze UESF, uma instalada na zona rural e as outras na zona urbana, como a Bonfim, Jardim 3 Américas, COHAB IV, Jardim Eldorado, Vila Glória, Parque Universitário, Vila Progresso, Prudenciana e Vitória. (Saúde Assis, 2011)

A maioria destas unidades permanece com equipe mínima multidisciplinar, trabalhando com território de abrangência definido e acompanhamento da área adscrito, destacando os três projetos de ações na área da prevenção como Agita Assis, Germinar e Saúde bucal. (Saúde Assis, 2011).

2.3. DADOS ESTATÍSTICOS DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ASSIS

Para melhor compreensão da realidade do município de Assis, obteve-se dados referentes aos tipos de Equipes de Saúde da Família da Zona Urbana deste Município e os Profissionais pertencentes a estas Unidades.

Os profissionais descritos nas tabelas abaixo como “outros profissionais” representam os Educadores Físicos do Projeto Agita Assis, conforme o próprio Ministério da Saúde (1997) propõe que as equipes das UESF devem ser compostas no mínimo por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); entretanto, podem ser acrescentados outros profissionais, uma vez que de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais pode haver estas modificações.

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF - Bonfim	ESF com Saúde Bucal Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 5 agentes comunitários de saúde • 1 cirurgião dentista • 1 auxiliar em saúde bucal • 1 outro profissional

Tabela 1 – Classificação da ESFSB - Bonfim do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF - Jardim 3 Américas	Equipe de Saúde da Família (ESF) Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médicos • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 4 agentes comunitários de saúde • 2 outros profissionais

Tabela 2 – Classificação da ESF Jardim 3 Américas do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF – Vila Cláudia	ESF com Saúde Bucal Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 4 agentes comunitários de saúde • 1 cirurgião dentista • 1 auxiliar de saúde bucal • 1 outro profissional

Tabela 3 – Classificação da ESFSB Vila Cláudia do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF – COHAB IV	ESF com Saúde Bucal Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 5 agentes comunitários de saúde • 1 cirurgião dentista • 1 auxiliar de saúde bucal • 1 outro profissional

Tabela 4 – Classificação da ESFSB COHAB IV do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF – Jardim Eldorado	ESF com Saúde Bucal Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médicos • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 6 agentes comunitários de saúde • 1 cirurgião dentista • 1 auxiliar de saúde bucal • 1 outro profissional

Tabela 5 – Classificação da ESFSB Jardim Eldorado do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF – Vila Glória	Equipe de Saúde da Família (ESF) Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 4 agentes comunitários de saúde • 1 outro profissional

Tabela 6 – Classificação da ESF Vila Glória do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF – Parque Universitário	ESF com Saúde Bucal Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 4 agentes comunitários de saúde • 1 cirurgião dentista • 1 auxiliar de saúde bucal • 1 outro profissional

Tabela 7 – Classificação da ESFSB Parque Universitário do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF - Progresso	ESF com Saúde Bucal Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico • 1 enfermeiro • 3 auxiliares de enfermagem • 4 agentes comunitários de saúde • 1 cirurgião dentista • 1 auxiliar de saúde bucal • 1 outro profissional

Tabela 8 – Classificação da ESFSB Vila Progresso do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF - Prudenciana	Equipe de Saúde da Família (ESF) Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 5 agentes comunitários de saúde • 1 outro profissional

Tabela 9 – Classificação da ESF Prudenciana do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

Equipe Saúde da Família	Tipo de Equipe	Profissionais
ESF - Vitória	Equipe de Saúde da Família (ESF) Modalidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico • 1 enfermeiro • 2 auxiliares de enfermagem • 4 agentes comunitários de saúde • 1 outro profissional

Tabela 10 – Classificação da ESF Vitória do Município de Assis-SP. (Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / DATASUS SIAB, 2011).

2.4. UMA BREVE HISTÓRIA DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL ATÉ OS DIAS ATUAIS

Para descrever as Práticas de Enfermagem no Brasil e sua relação com o Programa Saúde da Família de acordo com a Legislação do Ministério da Saúde, houve a necessidade de se fazer um breve relato a respeito da sua origem no país e no mundo e como se sucedeu essas práticas no Brasil até os dias de hoje.

Segundo Avello e Grau (2008, p. 51), ao papel de mãe sempre foi denominado a função de “Enfermeira da Família”, pois sempre existiram doenças e de alguma forma as pessoas “cuidavam” destes doentes.

Esta questão vem ilustrar as considerações que Avello e Grau (2008 p. 52), relacionam as práticas de cuidar desde seu início através dos sacerdotes e feiticeiros, os quais atuavam junto às pessoas doentes, já que as doenças eram consideradas como castigo ou poder diabólico. Posteriormente, no Cristianismo este “cuidar” era realizado por pessoas envolvidas em movimentos religiosos, mas ainda caracterizado como intuitivo e desorganizado.

A enfermagem tem seu início como Profissão através de *Florence Nightingale*, nascida na Inglaterra em 1820, superintendente de um pequeno hospital para mulheres, recrutada para a Guerra da Criméia, na qual se preocupou em cuidar da saúde e bem-estar dos soldados. (AVELLO e GRAU, 2008 p. 52)

No Brasil, na época do Império, destaca-se Ana Néri, voluntária de guerra participou de algumas guerras como a de Curupaiti, Humaitá, Assunção e Corrientes (AVELLO e GRAU, 2008 p. 53 e 54).

Em 1921, no Brasil, com a chegada das primeiras Enfermeiras Norte Americanas, o cuidado de Enfermagem foi voltado para a higiene infantil, pré-natal, doenças transmissíveis, sendo instituídos os tipos de formação profissional para a enfermagem de supervisora de serviço e de atendimento direto ao paciente, propostos de *Florence Nightingale*. (AVELLO e GRAU, 2008 p. 55).

De acordo com Rizzotto (1999, p. 2 e 3) foi para atender as novas exigências dos Sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde Pública do país, que determinou-se a categoria profissional da enfermeira diplomada, em que atuaria principalmente na área de Saúde Pública.

Afirma Rizzotto (1999, p. 05) que os registros históricos da Escola de Enfermagem Anna Nery reforçavam a interpretação de que a Enfermagem Brasileira nunca priorizava efetivamente a Saúde Pública, ou seja, não eram, portanto, preparadas para atuarem no campo de Saúde Pública, na Atenção Primária e na prevenção e sim na assistência hospitalar.

Esta informação é corroborada por Santos (2007, p. 42), ao relatar que por volta de 1850 a enfermagem executava seu trabalho em hospitais e sua formação era pouco profissionalizada, sendo evidente a predominância da supervisão médica sobre o setor hospitalar. Acrescenta-se que antes mesmo da escola de Enfermagem Ana Nery que inaugura a enfermagem moderna, a esfera hospitalar já era presente, como representado por diversas escolas como Alfredo Pinto (1890), que estava ligada a um hospital psiquiátrico. A realidade para a enfermagem até o fim dos anos de 1960 ainda era no setor hospitalar e poucos enfermeiros seguiam para a atenção primária que embora a gestão se desse por médicos sanitaristas. (SANTOS, 2007, p. 48)

Segundo constatado por Santos (2007, p. 49), ao que se diz respeito aos cuidados entre saber, fazer, executar as ações, houve uma subdivisão do trabalho de enfermagem em atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro, este último passaria a controlar a organização do trabalho de enfermagem. Na atenção primária verificava-se também o trabalho dos visitantes sanitários, os quais não tinham alguma formação em enfermagem.

Até ao final dos anos de 1970 o enfermeiro assumiria a responsabilidade do gerenciamento das ações da equipe de enfermagem, levando-o à direção das UBS até os anos de 1980, e através das primeiras experiências da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em alguns estados do Nordeste e que obtiveram resultados positivos em relação à morbidade e à mortalidade da população local, ao enfermeiro foi incumbido à responsabilidade também da coordenação. (SANTOS, 2007, p. 59) Como apresentado ainda por Santos (2007, p. 55, 56, 57) da década de 1990 até a atualidade, através da reforma sanitária e criação do SUS, baseado

minuciosamente por seus princípios e diretrizes, o enfermeiro aponta-se também em outras áreas como diagnóstico de saúde, com visão mais coletiva do âmbito da saúde, assumindo ações muitas vezes respaldadas por protocolos.

2.5. A PORTARIA 648/06

Considerando toda a história política de saúde no Brasil e do município de Assis, relacionando-a com a profissão de Enfermagem, observa-se que as atribuições profissionais vêm se aprimorando, como são designadas no modelo do Programa de Saúde da Família (PSF), no qual é determinado as atribuições específicas de cada profissional da equipe, inclusive as do enfermeiro como citadas na Portaria nº 648/06 de 28 de Março de 2006.

Visto como uma necessidade de revisar e adequar as normas nacionais já existentes ao atual momento do desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), tal portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela revisão de diretrizes e normas para a organização Básica para o Programa Saúde da Família e para o Programa Agente Comunitários de Saúde.

Esta mesma Portaria ainda descreve sobre todas as responsabilidades e esferas do governo, e como citado anteriormente também estabelece as atribuições em comum e específica de cada membro da equipe multidisciplinar, apresentando abaixo as específicas do Enfermeiro.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II – conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III – planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV – supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V – contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (PORTARIA 648/GM, MS, 2006)

Diante destas atividades atribuídas ao Enfermeiro no PSF observam-se inúmeras competências em distintos âmbitos, como o de Assistência individual e coletiva, Educação em Saúde, Supervisão e Gerenciamento, atuando sempre com uma Equipe Multidisciplinar no seu processo de trabalho.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, assim como Figueiredo (2009, p. 93) descreve que a pesquisa exploratória pode adequar maior familiaridade do problema, aprimorando as idéias, tornando-a mais explícita, buscando conhecimento através de comprovações teóricas em uma determinada realidade.

Utilizou-se como cenário para coleta de dados desta pesquisa as Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Assis–SP/Brasil, situado a oeste do estado de São Paulo.

A partir de um universo de onze UESF, trabalhou-se com uma amostra de nove Enfermeiros, responsáveis pelas Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Assis-SP, justificando que dois enfermeiros de duas unidades estão aposentados e a inserção de novos enfermeiros por Concurso está em andamento.

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional de Assis do Município de Assis. Após sua aprovação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada Enfermeiro (em anexo), no qual é declarado sigilo em relação às informações prestadas, também o direito de deixar a pesquisa a qualquer momento sem danos aos sujeitos da pesquisa, o devido esclarecimento quanto aos objetivos, à forma como se dará a participação dos sujeitos, o nome, telefone e e-mail do pesquisador e orientador responsável e a sua anuência. Somente após a assinatura deste termo por cada sujeito pesquisado é que se iniciou o estudo.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semi-estruturado com questões abertas e fechadas (em anexo), uma adaptação do modelo presente no livro “CIPESC - O trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário Cipesc” (2006) tendo como autoria a Prof. Dra. Emiko Y. Egry e Márcia R. Cubas.

Para iniciar o questionário, foram abordadas sete perguntas de dados pessoais como a Faixa Etária, Sexo, Estado Civil, Tempo de Formado em Anos, as Titulações e Especificações, o Tempo de Trabalho na Unidade, se Trabalha em Outro Serviço como Enfermeiro.

Continuando a pesquisa, a questão de nº 8 incluiu seis tabelas (I, II, III, IV, V, VI) de perguntas fechadas, sendo que cada uma delas representou uma subdivisão da Portaria referida para serem checadas conforme a Frequência das Atividades (Diariamente, Semanal, Mensal, Semestral,

Anual, Não Realiza), as quais se relacionaram aos itens de I a VI, das Atribuições do Enfermeiro da Portaria 648/06.

Prosseguindo para a nona pergunta, aplicou-se uma questão fechada, a fim de verificar qual das atividades acima foi possível de se realizar mais vezes nos últimos seis meses.

E finalizando com as questões 10 e 11, constituídas de perguntas abertas e correspondentes a Fatores que descrevem as Facilidades e Dificuldades para desempenharem estas atividades.

Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo e entre suas várias modalidades, escolheu-se a análise temática para analisar as questões abertas e os dados oriundos das questões fechadas foram tabulados e apresentados sob a forma de figuras. (Minayo, 2010)

4. RESULTADOS

Os Enfermeiros responsáveis pelas nove Unidades de Estratégia Saúde da Família que participaram da pesquisa puderam proporcionar os seguintes resultados:

Os resultados das questões nº 1 a 7 são apresentados na sua totalidade no quadro abaixo, a fim de caracterizar as referências pessoais e profissionais dos participantes:

ENF.	FAIXA ETÁRIA	SEXO	ESTADO CIVIL	TEMPO DE FORMADO EM ANOS	TITULAÇÕES	TEMPO DE TRABALHO NA USF	TRABALHO EM OUTRO SETOR
Enf. 1	31-40 anos	F	Outros	15 anos	Especialização	13 anos	Não
Enf. 2	31-40 anos	F	Casada	17 anos	Especialização	2 anos	Não
Enf. 3	51-60 anos	F	Casada	16 anos	Aprimoramento Especialização	6 anos	Sim: Hospital Regional de Assis
Enf. 4	31-40 anos	F	Casada	13 anos	Especialização	10 anos	Não
Enf. 5	51-60 anos	F	Solteira	31 anos	Especialização	3 anos	Não
Enf. 6	31-40 anos	F	Casada	anos	Especialização	4 anos	Não
Enf. 7	41-50 anos	F	Casada	17 anos	Especialização	13 anos	Não
Enf. 8	41-50 anos	M	Solteiro	16 anos	Especialização	14 anos	Não
Enf. 9	41-50 anos	F	Casada	22 anos	Especialização	20 anos	Não

Tabela 11 - Caracterização dos Enfermeiros das UESF do Município de Assis-SP, conforme a Faixa Etária, Sexo, Estado Civil, Tempo de formado em Anos, Titulações, Tempo de Trabalho na Unidade, e Trabalho em Outro Setor. Assis-SP, 2011.

Para melhor visualização e interpretação dos dados da tabela 11, desmembrou-se cada questão em gráficos relacionados à faixa etária, sexo, estado civil, tempo de formado, titulações, tempo de trabalho e se trabalha em outros setores além da UESF, como mostra a seguir nas figuras de nº 1 a 7:

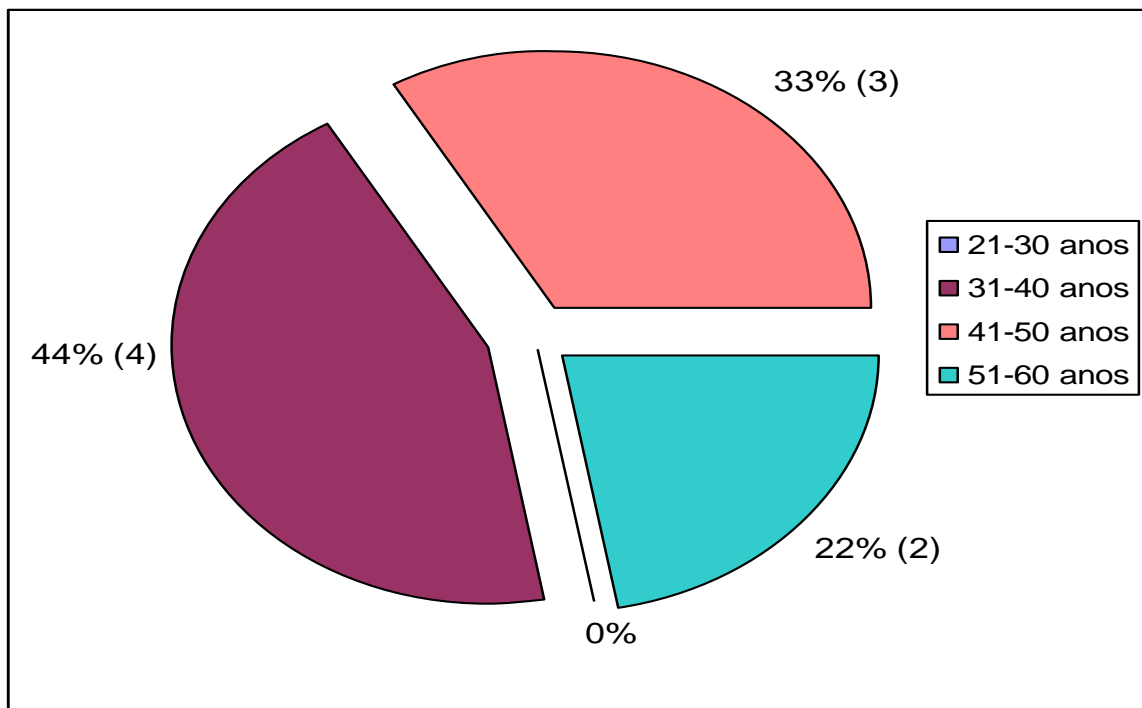


Figura 1 - Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, conforme a Faixa Etária. Assis-SP, 2011.

Ao analisar esta figura percebe-se que os profissionais entrevistados possuem faixa etária acima de 31 anos, sendo que a maioria está entre 31 a 40 anos, num total de 4 pessoas (44%). Não há nenhum deles que estão na faixa etária de 21 a 30 anos, o que diferencia de uma análise realizada a enfermeiros de um uma ESF do município de Maringá-PR, por predominar profissionais com faixa etária máxima de 29 anos (OLIVEIRA; MARCON, 2007, p. 4).

Isto indica que no município de Assis os profissionais não se encontram numa faixa etária tão jovem quando comparada a outro município como o de Maringá-PR.

O fato de possuírem maior idade pode ser favorável para a atuação profissional porque os anos de vida proporcionam maior experiência com situações sejam relacionadas às práticas técnicas e gerenciais, ou seja, relacionadas às inter-relações entre membros durante o processo de trabalho,

entretanto, existe “uma concepção popular” de que profissionais mais velhos possuem dificuldades em aderir a mudanças, o que é imprescindível no momento atual da realidade brasileira.

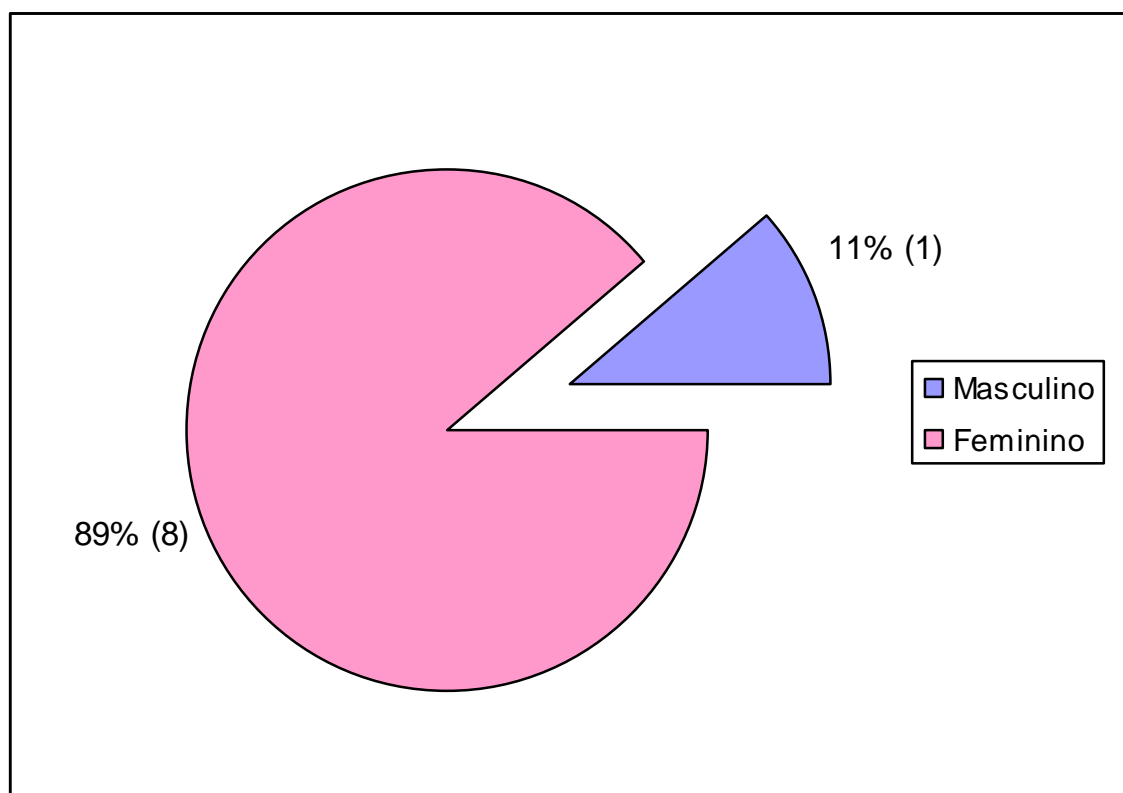


Figura 2 - Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, conforme o Sexo. Assis-SP, 2011.

Não só na pesquisa atual, mas num contexto geral do país, percebe-se que a enfermagem é representada na sua maioria pelo sexo feminino. Isto pode ser explicado pelas origens da enfermagem descritas na introdução desta pesquisa sobre as origens da enfermagem (AVELLO; GRAU 2008, p. 51 e 52).

Este estudo coincide a um trabalho realizado com enfermeiros de ESF de Goiânia-GO, onde 97,9% destes eram do sexo feminino (ROCHA et al., 2009, p. 231).

E o que estas informações nos faz pensar? Esta cultura ainda perdura na atual sociedade? A enfermagem ainda é conhecida como a profissão de “mulheres” ou está em transição como o curso

de engenharia, em que até então era representado em sua maioria por homens e hoje cada vez mais as mulheres estão se inserindo.

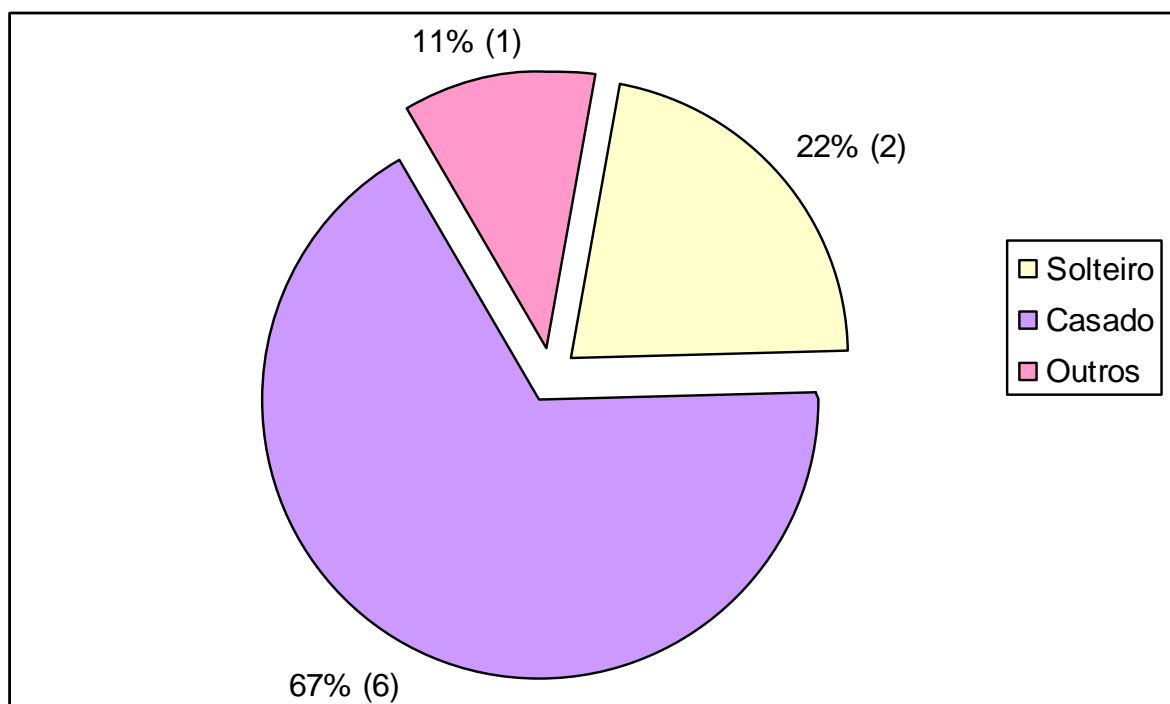


Figura 3 - Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis, conforme o Estado Civil. Assis-SP, 2011.

O estado civil casado prevaleceu neste estudo, a figura nos mostra isto ao apresentar 6 (67%) enfermeiros, mais da metade dos profissionais entrevistados. Realidade também no município de Goiânia-GO, onde predominou um percentual de 50% dos enfermeiros das UESF entrevistados em uma pesquisa com este mesmo estado civil (ROCHA et al.,2009, p.231).

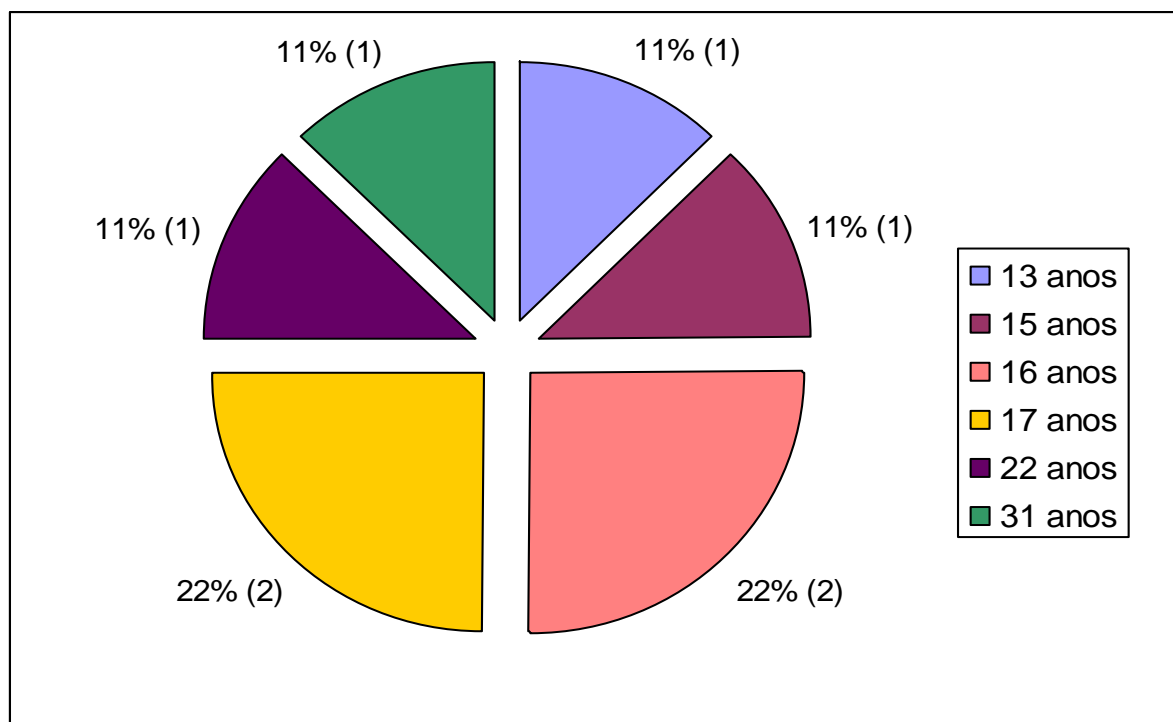


Figura 4 - Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis, conforme o Tempo de Formado em Anos. Assis-SP, 2011.

A maioria possuem muitos anos de formação na área, sendo o tempo mínimo de 13 anos, o que pode-se considerar que alguns destes profissionais vivenciaram a reforma do Sistema Único de Saúde ocorrida no ano de 1988, outros acompanharam a inserção do PSF no Brasil e também a implantação da própria Portaria 648/06.

Indaga-se, o fato de terem vivenciado em suas práticas profissionais tais acontecimentos históricos na evolução da área da Saúde no país pode auxiliar na atuação destes profissionais de enfermagem em seus processos de trabalho atuais? Isto, já que tiveram a oportunidade de adquirirem uma visão mais ampla da realidade da saúde brasileira? E consequentemente em suas atividades realizadas predominará atuações com um olhar mais amplo?

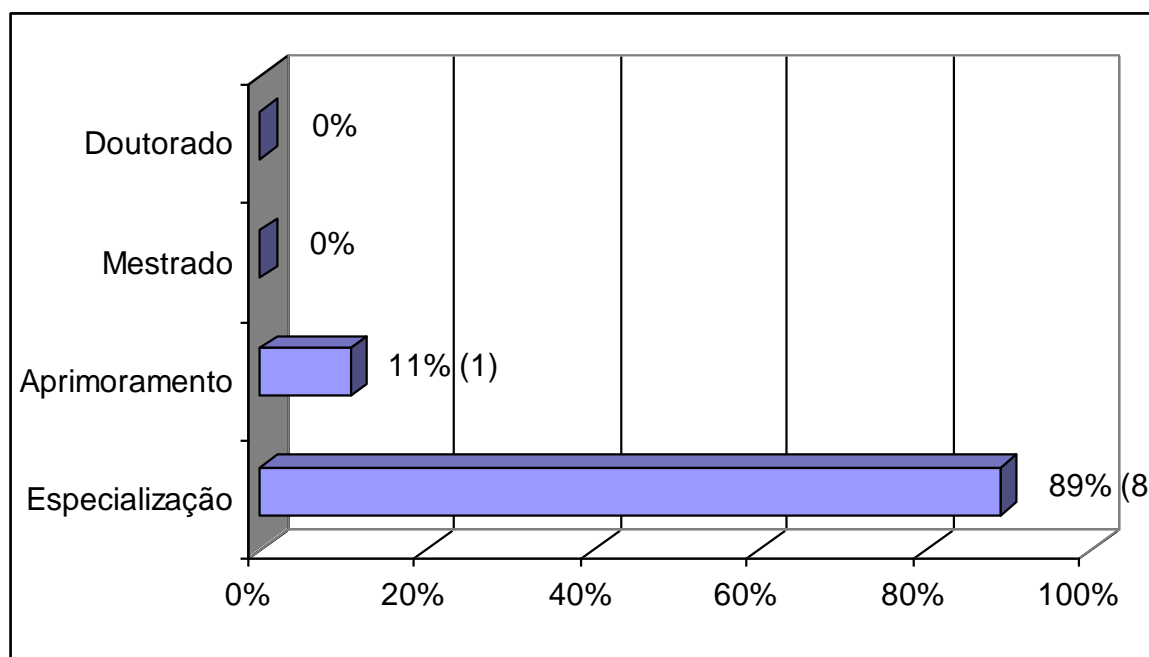


Figura 5 - Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, conforme as Titulações. Assis-SP, 2011.

Sabendo o quanto a continuidade dos estudos interfere no contexto profissional e que diante da figura apresentada acima se observa que todos os enfermeiros 9 (100%) possuem especialização e apenas 1 (11%) deles tem curso de aprimoramento, indaga-se o porquê não há mestres e doutores atuantes neste setor deste município? A Pós Graduação Stricto Sensu traria mais vantagens a este profissional? Quais fatores podem estar interferindo neste quesito?

A realidade da nossa região é marcante pela deficiência de Faculdades/Universidades Estaduais ou Federais, assim poderia estar influenciando a ter poucos profissionais com estas titulações? Uma vez que o fator financeiro e a disponibilidade de tempo dificultam tanto a se deslocarem onde o Estado oferece como a cidade de Ribeirão Preto, São Paulo ou a se inserirem em cursos privados mais próximos como na cidade de Presidente Prudente?

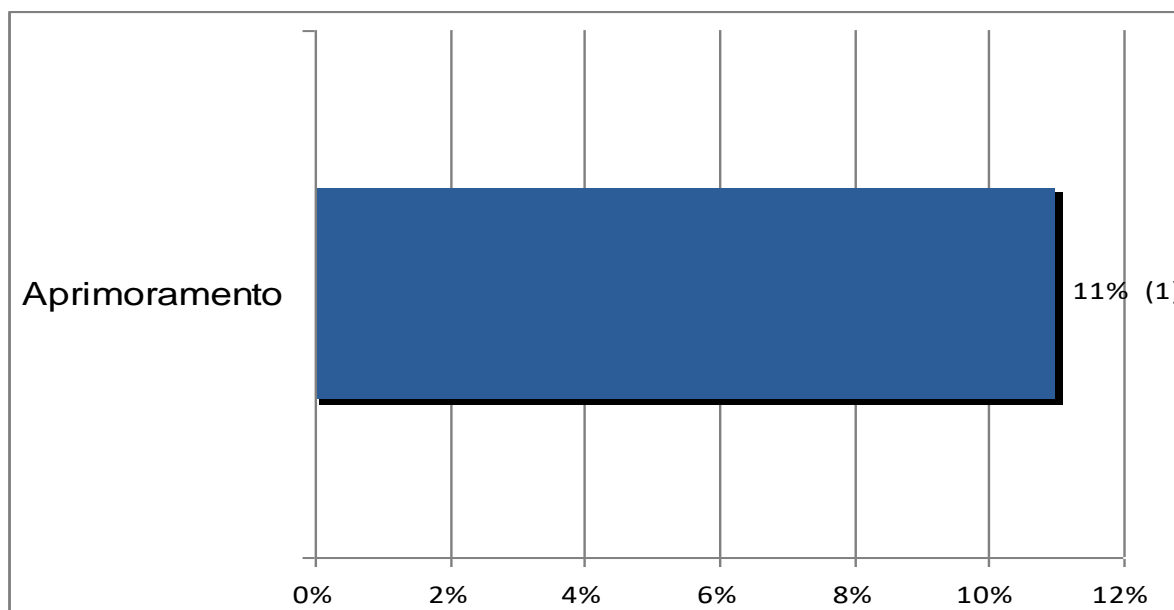


Figura 5.1 - Especificações do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis-SP, quanto ao aprimoramento. Assis-SP, 2011.

O interessante nesta pesquisa em relação a esta figura foi que apenas 1 (11%) enfermeiro dos entrevistados possuem aprimoramento e que na descrição este aprimoramento é em Saúde da Família.

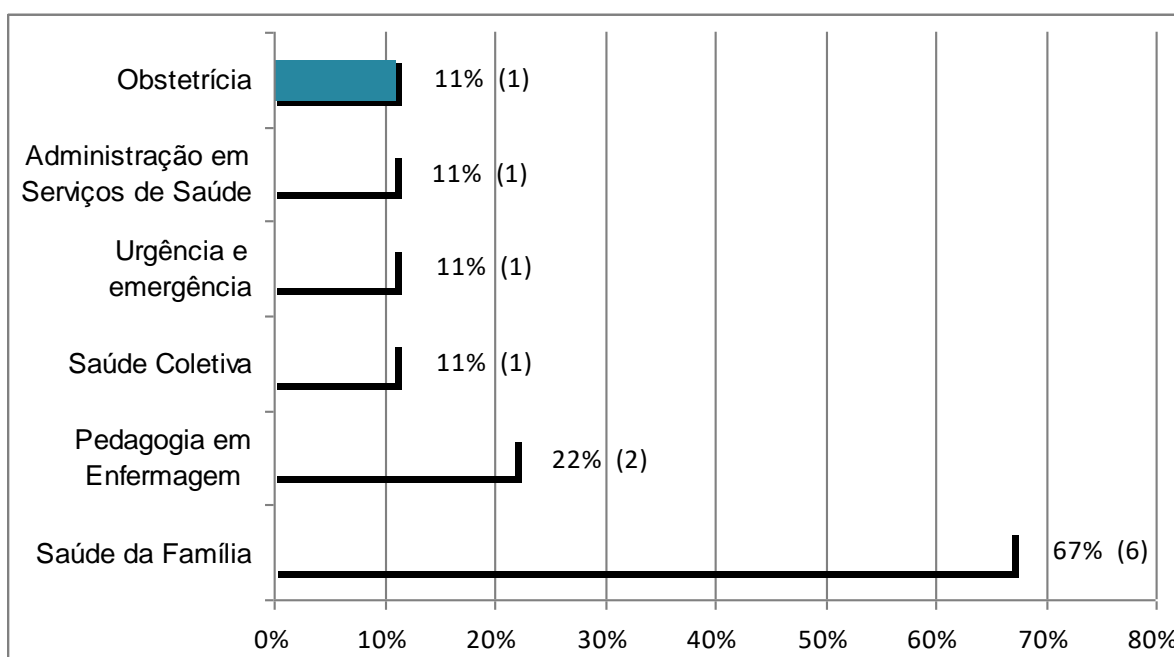


Figura 5. 2 - Descrição das Especializações do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis. Assis-SP, 2011.

Chama a atenção que a maioria dos profissionais são especialistas em Saúde da Família e a atuarem profissionalmente na área específica de sua pós-graduação, informação de grande valia, logo que a saúde do município de Assis tem muito a evoluir por conta disto. Destaca-se também os profissionais que possuem mais de uma especialização, como obstetrícia 1 (11%) e 2 (22%) pedagogia.

Desta forma ao atuarem no PSF, os conhecimentos especializados nestes setores proporcionarão ainda mais uma assistência com qualidade ao abordar suas gestantes e o conhecimento em didática facilitará a educação em saúde da população assistida, além de que o sistema municipal pode se favorecer do conhecimento destas profissionais para capacitações de educação continuada e permanente das outras equipes de trabalho do município, não ficando o conhecimento restringido apenas às equipes de trabalhos destes enfermeiros, bem como é uma forma de valorizar estes profissionais e estimular a realização contínua de novos cursos de aperfeiçoamento profissional.

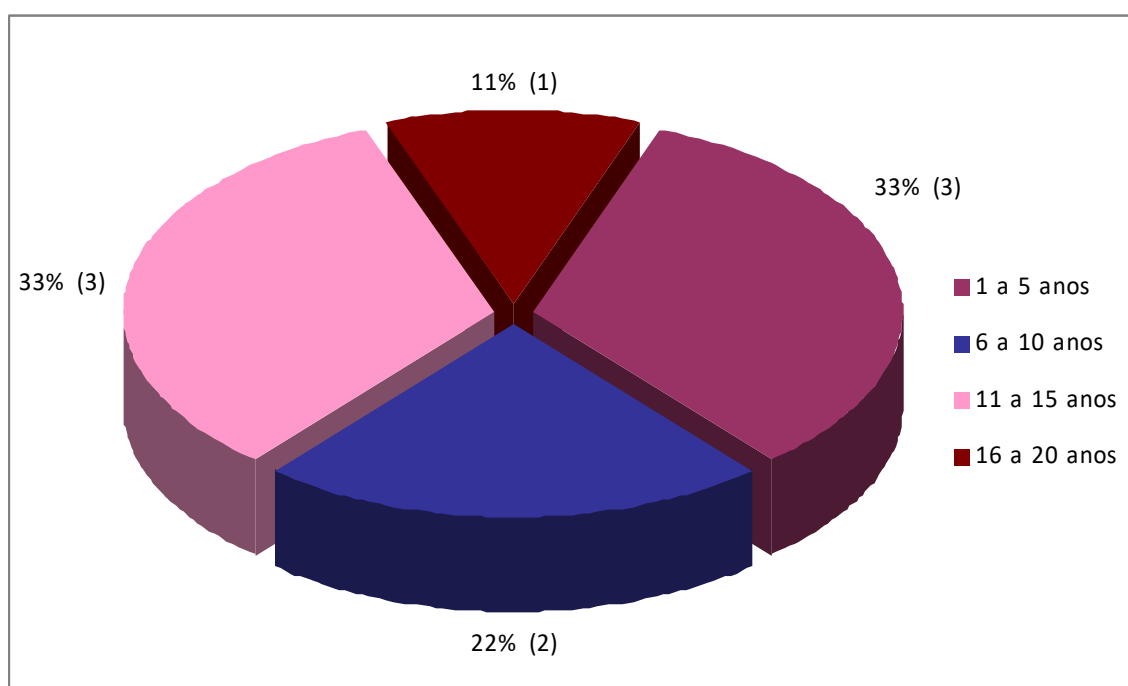


Figura 6 - Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis quanto ao Tempo (em anos) de Trabalho na Unidade de Saúde da Família. Assis-SP, 2011.

O tempo de trabalho mínimo neste gráfico é representado por 3 (33%) enfermeiros com 1 a 5 anos de trabalho na EUSF, interessante destacar que os outros 3 (33%) enfermeiros atuam entre 11-

15 anos. O restante (33%) corresponde a profissionais que atuam entre 6 a 10 anos e 16 a 20 anos, a porcentagem maior se encontra os que atuam entre 6 a 10 anos.

Este dado pode representar um ponto positivo à Saúde, pois Cecílio (1999) em seu estudo acerca das necessidades básicas humanas, afirma que uma assistência com qualidade só é alcançada se amparada nas necessidades básicas que o ser humano possui, sendo uma delas o vínculo entre o indivíduo e o profissional.

Enfim, observando que em Assis há um número relevante de profissionais com um tempo elevado de trabalho no setor, pode-se afirmar que a chance da criação de vínculo entre a população e este profissional é grande.

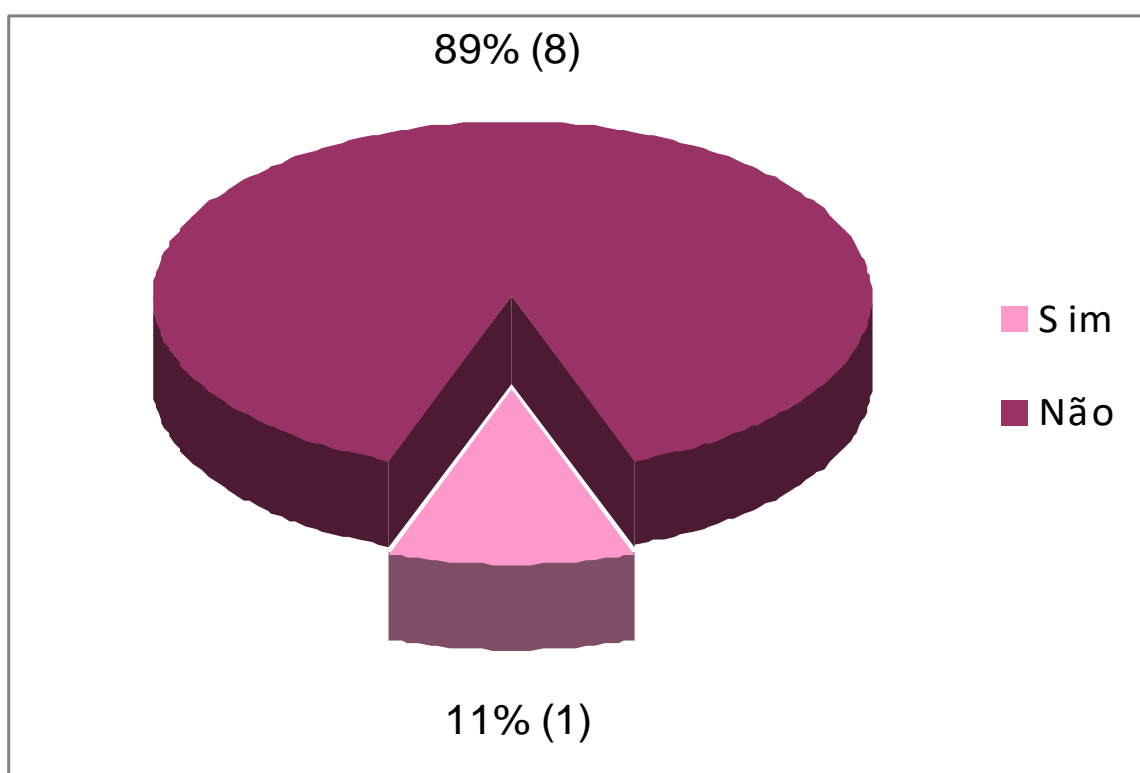


Figura 7 - Relação do Percentual dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Assis quanto ao Trabalho em Outros Serviços. Assis-SP, 2011.

No Brasil, muitos profissionais de enfermagem atuam em mais de um serviço, por conta do aspecto financeiro precisam de mais de um emprego; o que é visto como um fator predisponente à doenças ocupacionais com o tempo, além de realização de trabalho sem a qualidade necessária por conta do desgaste físico e mental.

Entretanto, nesta pesquisa, 8 (89%) dos profissionais referiram não trabalhar em outros setores, o que pode favorecer na qualidade do serviço e da saúde ocupacional do profissional em questão.

Continuando a pesquisa, em relação à questão 8 foram utilizadas seis tabelas caracterizadas por Atividade I, Atividade II, Atividade III, Atividade IV, Atividade V e Atividade VI, as quais se referem respectivamente aos seis incisos da Portaria 648/06.

A preocupação ao se utilizar deste instrumento foi em avaliar se as atividades estão sendo possíveis de serem realizadas pelos enfermeiros e a periodicidade que estas são desenvolvidas conforme a frequência: diariamente, semanal, mensal, semestral, anual e não realiza.

Para melhor análise, as tabulações referentes às tabelas da pesquisa foram apresentadas sob a forma de gráficos A e B e estes com algumas subdivisões para melhor visualização e análise.

O gráfico A refere-se ao período Diariamente, Semanal e Mensal.

O gráfico B refere-se ao período Semestral, Anual e Não Realiza.

Abaixo, é apresentado a primeira tabela que foi aplicada aos profissionais de enfermagem, descrita como Atividade I da questão 8:

<u>ATIVIDADES I</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Coletas de exames para investigação epidemiológica						
Coletas de exame preventivo de câncer de colo uterino						
Administração de medicamento						
Administração de Vacinas						
Curativos						
Marcação de consultas e exames para acompanhamento						
Visita domiciliar						
Palestra sobre determinados temas em escolas						
Palestra sobre determinados temas na comunidade						
Grupo com Crianças						

Grupo com Adolescente						
Grupo de Gestante						
Grupo de Hipertenso						
Grupo com Idosos						
Grupos sobre determinados assuntos em sala de Espera						

Tabela 12 - Atividade I

Para que as tabulações fossem melhor analisadas, devido à quantidade de atividades instigadas, os gráficos da Atividade I A e B foram subdivididos em Atividade I A1, B1; A2, B2; A3, B3, que serão apresentadas no decorrer deste trabalho:

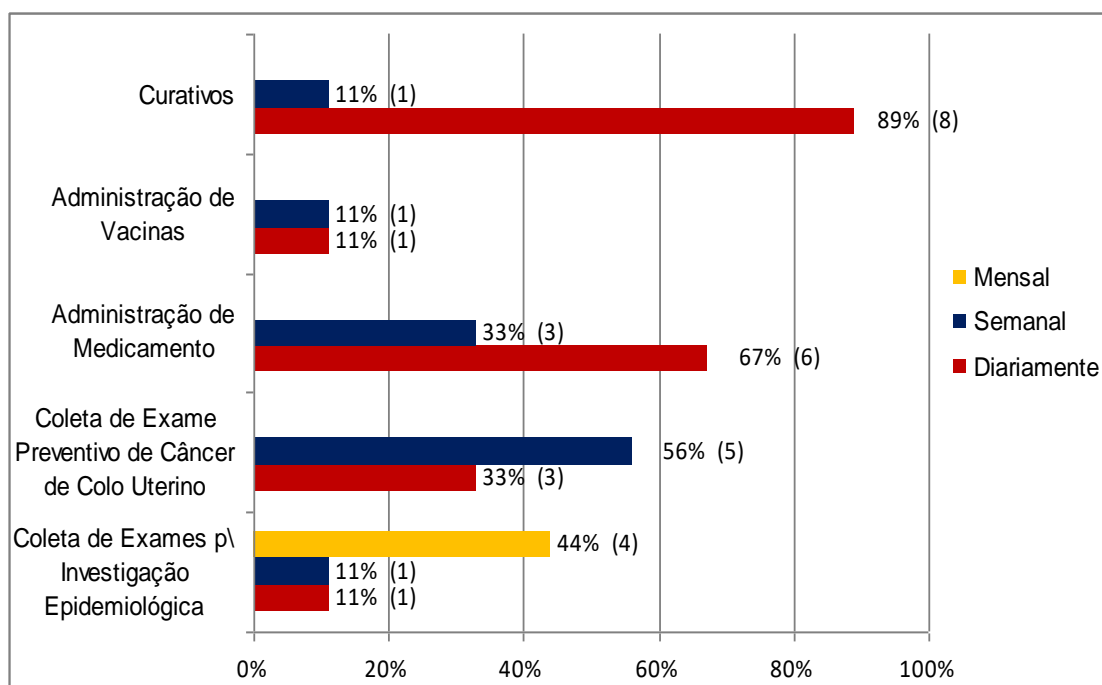


Figura 8 - Atividade I A1

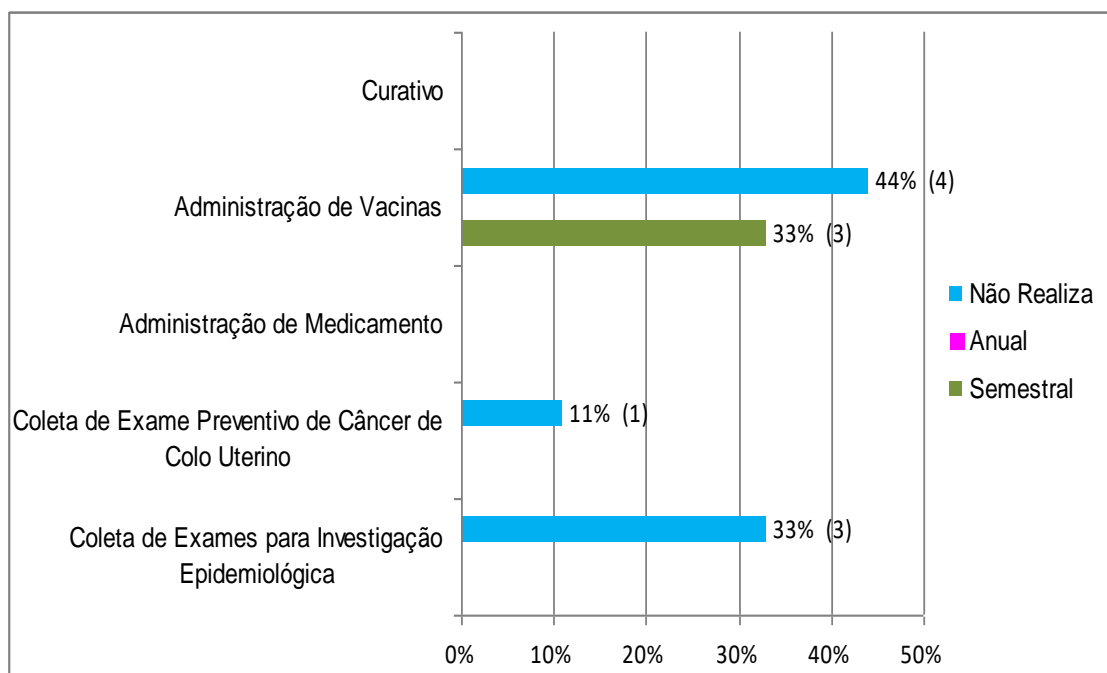


Figura 9 - Atividade I B1

Conforme mostrado nas figuras nº 8 e 9 iniciando a análise pela a atividade de coleta de exames para investigação epidemiológica como exemplos tem-se a sorologia para dengue, coleta de exames de escarro para BK, avaliou-se que quase metade dos enfermeiros das UESF de Assis-SP entrevistados, num total de 4 (44%) enfermeiros, realizam esta atividade no período mensal e que 3 (33%) destes profissionais não realizam. Este fato pode estar relacionado à quantidade de demandas nas UESF? E a resposta que os profissionais deram como “não realizam” pode ser justificada pela possibilidade de ser realizada por outros profissionais?

A segunda atividade corresponde a Coleta de Exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino proporcionou observar que 5 (56%) e 3 (33%) dos enfermeiros a realizam numa frequência semanal e todos os dias respectivamente, o que permite afirmar que esta ação preconizada pelo Ministério da Saúde tem sido desenvolvida. Salienta-se que 1 (11%) destes funcionários não realiza.

É válido ressaltar que rotinas de atividades dos serviços de saúde estão diretamente relacionadas com as características do serviço, como também com as características da população, portanto, os dados levantados permitem pensar que os serviços estão organizados de forma que possibilite maior possibilidade de acesso aos usuários, já que vários estabelecimentos oferecem a coleta todos os dias.

A forma de ofertar a coleta às mulheres é um dos tantos meios que o profissional precisa criar, pois para conseguir a adesão da população alvo deste exame é necessário ter criatividade e

assim conseguir prevenir cada vez mais o câncer do colo uterino, considerado como um dos tipos de câncer mais frequente nas mulheres e com uma mortalidade alta não só no Brasil, mas no mundo.

Ao abordar as atividades correspondentes a administração de medicamento e curativo, notou-se que todos os profissionais a realizam com mais frequência (diariamente e semanalmente), não sendo assinalado por nenhum participante da pesquisa na frequência “ mensal, semestral, anual e não realiza”. Enfatiza-se que diariamente houve índices de 6 (67%) e 8 (89%) de enfermeiros que realizam estas tarefas respectivamente.

Interpreta-se, ainda perdura algumas características curativas predominantes nas Unidades Estratégia Saúde da Família? Ou seriam as necessidades desta população, que trazem esta demanda maior?

Quando se pensa em prevenção e promoção da saúde, as atividades de vacinação vêm naturalmente, pois estas são preconizadas pelo Ministério da Saúde. Contudo, no município de Assis apenas 3 (33,3 %) das UESF possuem a Sala de Vacina, verificando-se em números que 1 (1%) dos enfermeiros executa semanalmente e 1 (1%) realiza mensalmente e que 3 (33%) têm realizado vacinas semestralmente, pode-se justificar este dado ao se pensar nas ações de Campanhas ocorridas durante o ano letivo, entretanto 4 (44%) responderam que não realizam vacinas, será que ao responderem esta questão não se referiram as campanhas como os outros?

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as referências para as UESFs para esta atividade. Realidade esta que com certeza dificulta o acesso da população para a vacinação, já que o ideal seria ter uma sala de vacina em cada unidade e com certeza deve dificultar para os enfermeiros o controle da sua população neste âmbito.

Este fato merece bastante atenção, fica a indagação: criar estratégias para que as salas de vacinas sejam implantadas é responsabilidade apenas do enfermeiro? Será que está dentro da governabilidade do município resolver em curto, médio ou longo prazo? Quais fatores que tem impossibilitado a implantação destas salas?

Continuando na mesma tabela referente a Atividade I da tabela 12 tem-se os gráficos:

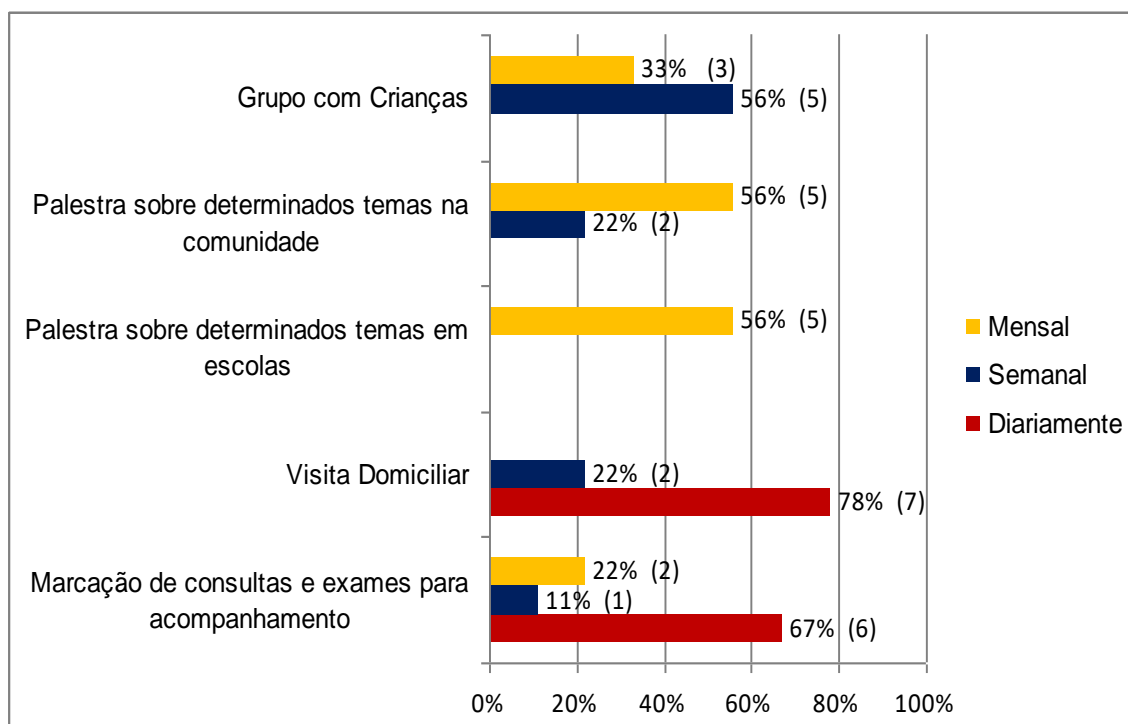


Figura 10 - Atividade I A2

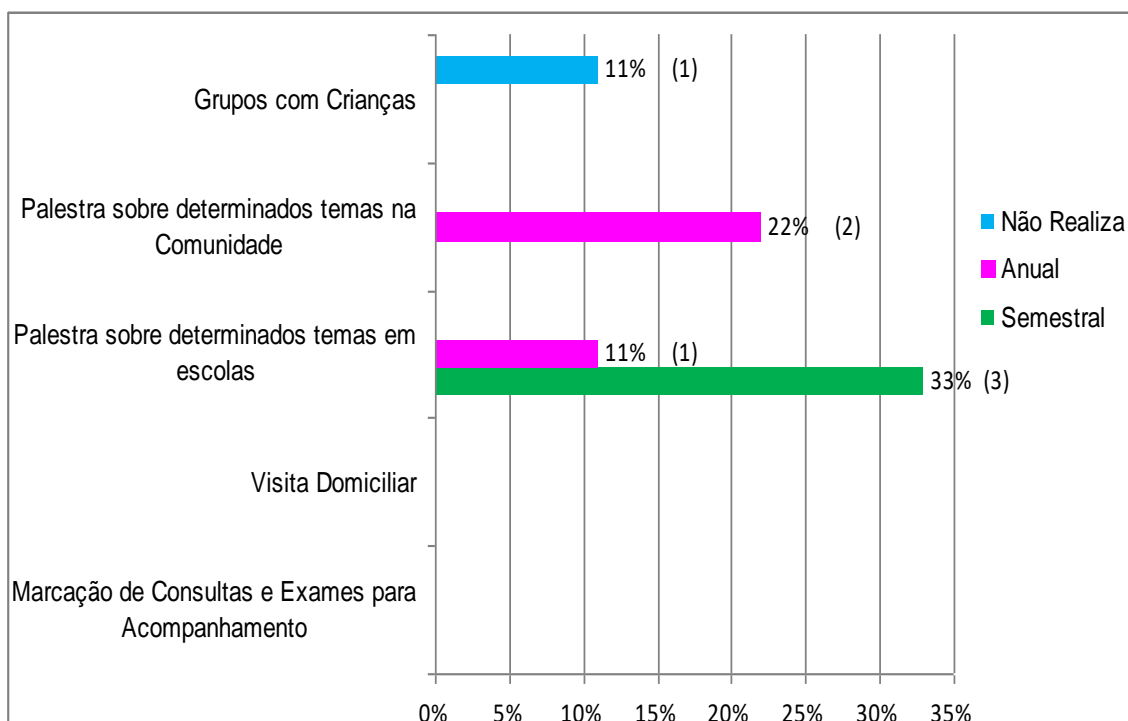


Figura 11 – Atividade I B2

Por meio da informatização nos serviços de saúde, considera-se que hoje este instrumento de trabalho tem possibilitado facilidades no que se diz respeito de marcação de consultas e exames para acompanhamento, para isto o município de Assis conta com o serviço Sistema de Regulação (Sisreg) (Saúde Assis, 2011), que permite aos enfermeiros e coordenadores de UBS terem acesso aos exames regulados entre outras especialidades, justificando o fato de todos os entrevistados realizarem esta ação.

Na figura 10 é mostrado que a maioria 6 (67%) deles realizam diariamente e os outros fazem semanal e mensal. Pode-se pensar que outros membros da equipe são capacitados na operação do sistema sob supervisão dos profissionais enfermeiros? Ou estes que realizam sem ser diariamente acumulam impressos para o agendamento? Seria uma forma de gestão por conta de acúmulos de tarefas? Se for isto, é uma técnica de gestão ideal e há como reavaliar?

O fato da maioria 7 (78%) dos enfermeiros realizarem a visita domiciliar diariamente, possibilita caracterizar a Estratégia Saúde da Família como estratégia diferenciada do Ministério da Saúde.

A metade 5 (56%) dos entrevistados descrevem que realizam palestras sobre determinados assuntos em escolas e na comunidade, salienta-se a importância em manter parceria com estas instituições escolares e com a população criando um elo, vínculo, logo sabendo-se que este programa é de base preventiva, o qual o faz diferir dos outros.

Programas como o Bolsa Família, Viva Leite contém determinadas normas como o acompanhamento das famílias, principalmente das crianças; podendo ser relevante frente ao resultado do grupo de criança, mostrado em respostas de 5 (56%) enfermeiros numa frequência semanal.

Concluindo a primeira tabela da pesquisa, apresenta-se os resultados em gráficos caracterizados como A3 e B3:

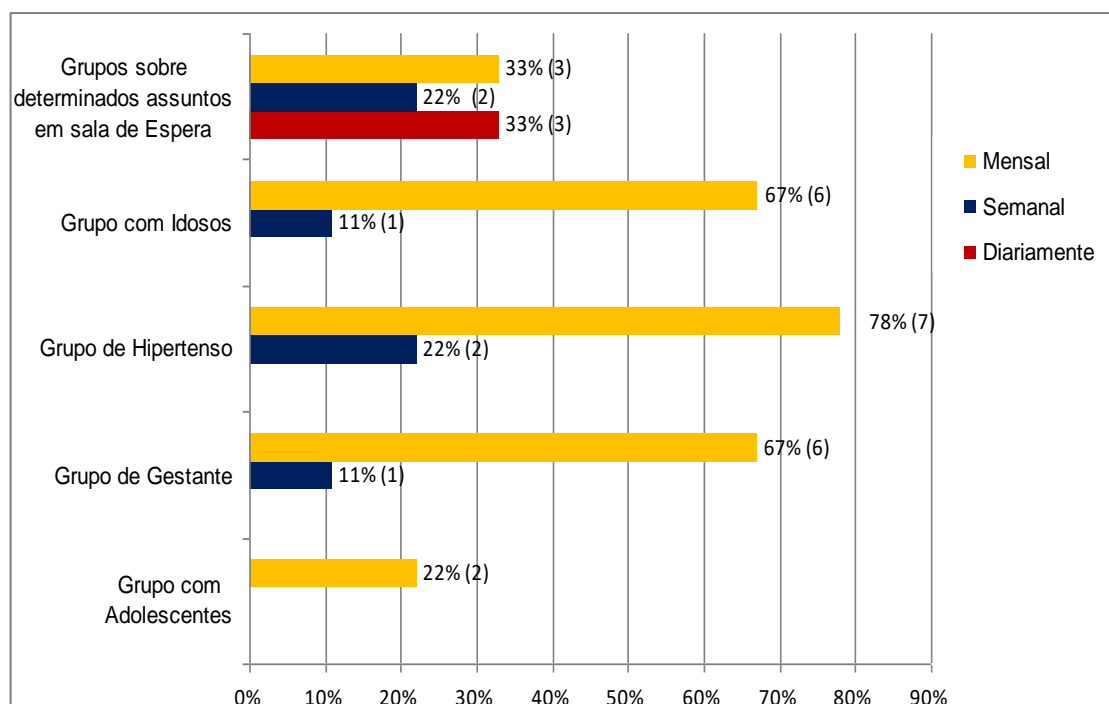


Figura 12 – Atividade I A3

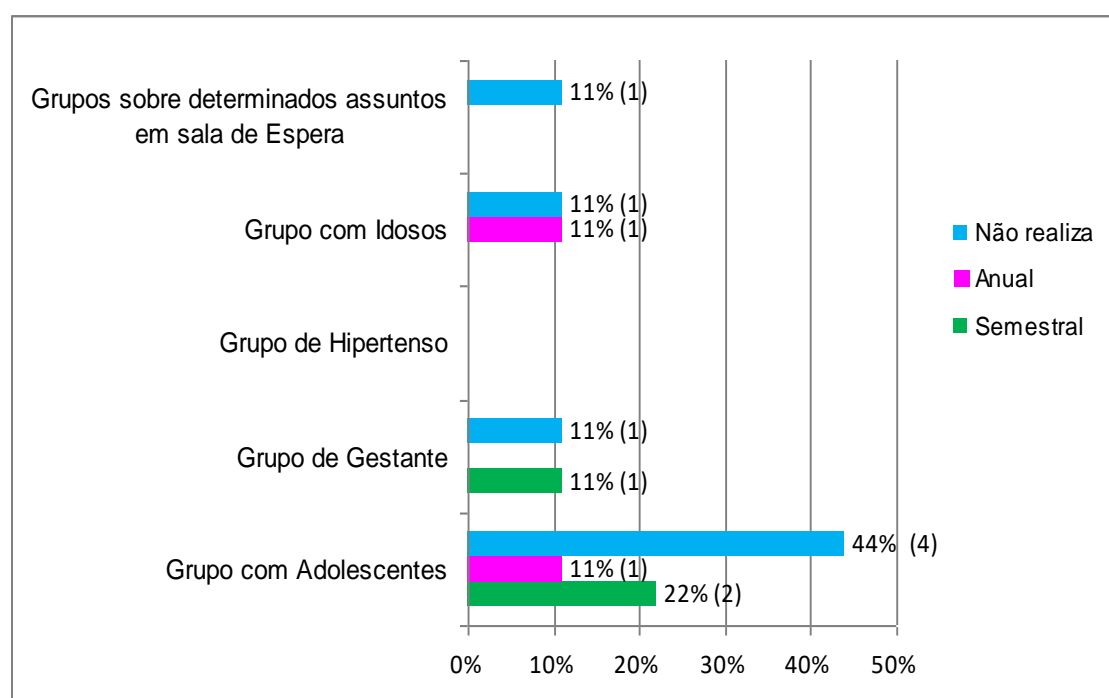


Figura 13 – Atividade I B3

Drogas, doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez na adolescência, aborto, são assuntos pertinentes à fase da adolescência. O que chamou a atenção na figura acima ao se retratar o grupo com adolescente é que de 4 (44%) dos profissionais entrevistados não realizarem esta atividade.

Mensalmente tem-se um índice de 6 (67%) enfermeiros que realizam grupos com gestante preconizado pelo Ministério da Saúde e grupos com idosos. Levando em consideração o aumento da expectativa de vida, logo os profissionais de saúde precisam estar cada vez mais atuantes à população idosa, e se preparem para a passagem transitória que o país está vivenciando, a inversão da pirâmide da faixa etária.

A expectativa de vida aumentada e a quantidade maior de pessoas idosas em nossa sociedade tem que ser vislumbrada no sentido de que os idosos devem viver com qualidade de vida, ativos na sociedade e não como um problema de saúde pública, caracterizado por exemplo, pelas doenças crônicas e dependência.

Obteve-se um índice acima de 50% dos profissionais de enfermagem que executam grupos sobre determinados assuntos em sala de espera, o que se pode esperar uma mais vínculos com a população e ações de educação em saúde, ao ser frequentemente abordado vários temas na unidade.

Concluindo esta etapa: A Tabela 12 caracterizada como Atividade I, desmembrada em gráficos anteriores, corresponde ao inciso I das atribuições específicas do Enfermeiro da Portaria 648/06, como já citado no início deste trabalho:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

Na primeira etapa, avaliou-se que este inciso corresponde a práticas assistenciais em todo o ciclo vital e em diversos locais, sendo assim, conforme analisado nos figuras acima, percebe-se que os enfermeiros deste município desenvolvem em grande frequência as práticas assistenciais, entretanto, a abordagem em determinados grupos etários, como adolescência, é menos frequente. O

planejamento está sendo pela demanda desta população ou não? Nas respectivas unidades que não se realiza não há uma demanda satisfatória de jovens?

A seguir será apresentado a tabela caracterizada como Atividade II da questão 8:

<u>ATIVIDADES II</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					
	Diaria nte	Semanal	Mensal	Semestra l	Anual	Não realiza
Consulta de Enfermagem para triagem						
Consulta de Enfermagem em Puericultura						
Consulta de Enfermagem Ginecológica						
Consulta de Enfermagem para Gestante						
Consulta de Enfermagem para Hipertenso						
Consulta de Enfermagem para Diabético						
Consulta de Enfermagem ao portador de Hanseníase						
Consulta de Enfermagem ao portador de Tuberculose						
Solicita exames conforme protocolos estabelecidos						
Prescreve medicamentos conforme protocolos estabelecidos						

Tabela 13 - Atividade II

Devido também à quantidade de atividades instigadas nesta figura, os gráficos da Atividade II A e B foram subdivididos em Atividade II A1, B1e A2, B2 que a seguir serão exibidas:

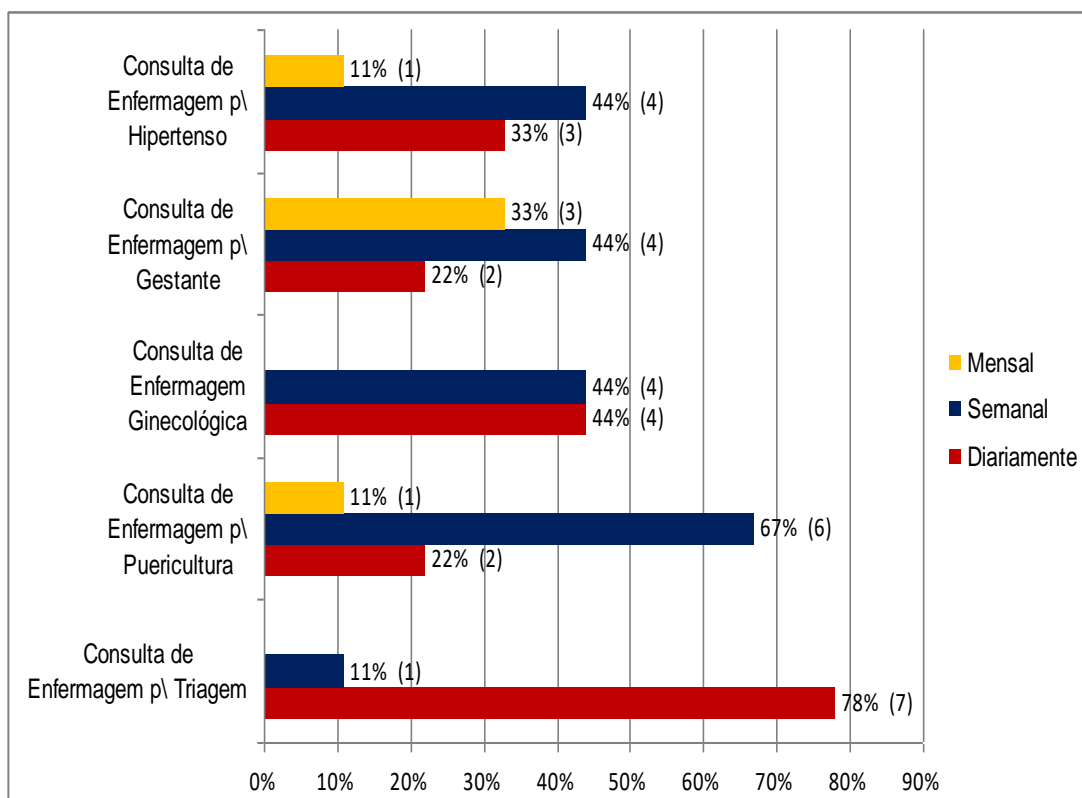


Figura 14 – Atividade II A1

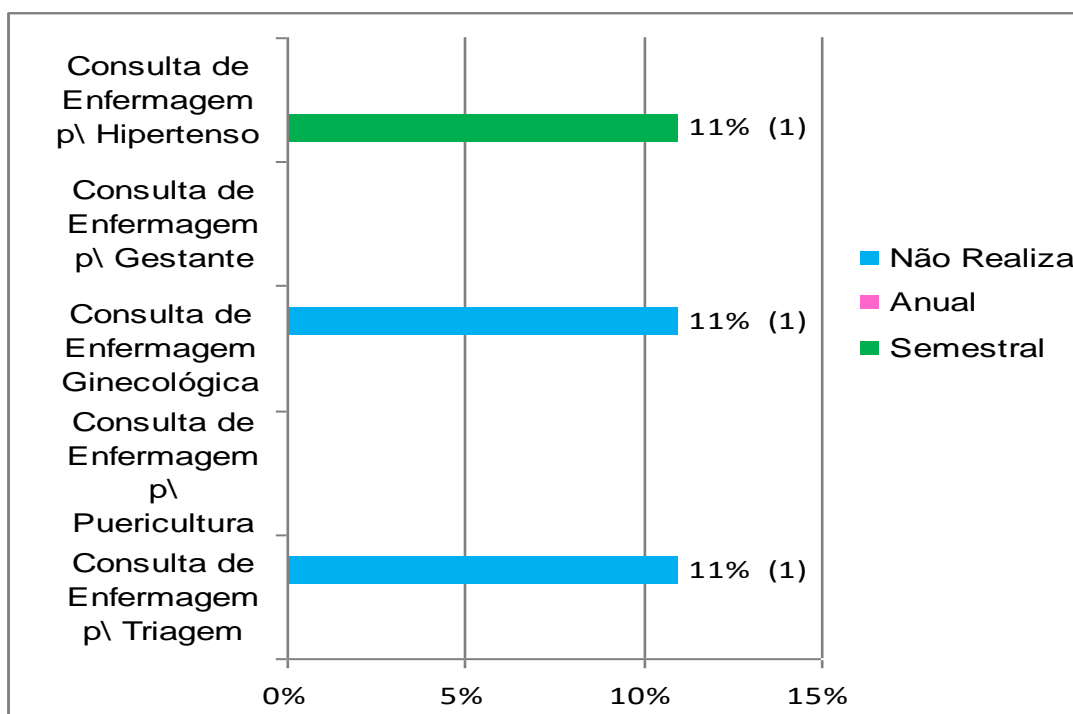


Figura 15 – Atividade II B1

Ao abordar estas duas figuras acima 14 e 15, evidenciou-se que a Consulta de Enfermagem, que é uma atribuição apenas do enfermeiro e como mostrado acima, ela pode ser aplicada nas diversas fases da vida e para todos os grupos de risco.

Quanto a consulta de enfermagem para triagem tem-se 7 (78%) dos entrevistados efetivando este tipo de consulta diariamente. Isto seria justificado pelas demandas da população? Contudo, como ponto positivo é de suma importância a criação do vínculo, o qual pode ser adquirido nesta etapa, além de que o profissional de enfermagem conhecerá os problemas levantados por estes usuários e terá condições para oferecer resolutividade.

Em relação a consulta de enfermagem para puericultura, percebe-se que na figura 15 equivalente a Atividade II B1, não há nenhum dado no gráfico. Portanto, os gráficos evidenciam que os profissionais realizam a puericultura frequentemente, sendo que 6 (67%) enfermeiros a fazem semanalmente. Ressalta que 1 (11%) realiza mensalmente, seria por pouca demanda ou não realiza a consulta de enfermagem como parte do Programa de Puericultura, preconizado pelo Ministério da Saúde?

Vale-se da informação de que o município de Assis, como citado na introdução deste trabalho, tem o Projeto Germinar, que enfatiza o atendimento à crianças com o objetivo de avaliar o seu crescimento e desenvolvimento.

Quase 100% dos profissionais entrevistados realizam a Consulta Ginecológica numa frequência diária 4 (44%) e semanal 4 (44%) enfermeiros, equivalente a 8 (89%) deles. Justificaria este dado pela demanda procedente na Unidade? Ou por a população ter predominância feminina? Espera-se que na Consulta de Enfermagem Ginecológica o Exame Preventivo de Câncer de Cérvix Uterino seja abordado, sendo que de acordo com esta mesma pesquisa na figura fica evidente uma frequência de 5 (56%) semanal e 3 (33%) equivalente a 8 (89%) dos enfermeiros realizando este exame, podendo-se dizer que a esta consulta e a este exame estão conciliados um ao outro sempre que possível.

A Consulta de Enfermagem para Gestante é realizada frequentemente, 4 (44%) semanalmente, isto se dá pelo fato de nenhum gráfico estar ilustrado na figura 15 que corresponde a Atividade II B1.

Quando se pensa nos Programas de Hipertensão oferecido pelo Ministério da Saúde, o enfermeiro é um dos protagonistas neste trabalho, ficando evidente nesta pesquisa ao ser mostrado um total de 8 (89%) destes profissionais realizarem numa frequência maior, sendo que 44% destes realiza semanalmente e 33% diariamente, Esta informação é justificada pela demanda de usuários.

Infelizmente a Hipertensão Arterial é considerada como uma epidemia no país e no mundo, mas que apesar de ser uma doença crônica, a pessoa pode ter uma vida sem sequelas, se o tratamento foi feito adequadamente. Sabe-se que na ESF, um paciente classificado como um hipertenso sem gravidade e com sua pressão arterial (PA) estável não precisa ser acompanhado mensalmente, e que o enfermeiro não é habilitado a acompanhar hipertensos graves.

Portanto, o que estes dados municipais nos revelam? Esta frequência alta é justificada por pacientes com suas PA instáveis, ou porque mesmo fazendo um acompanhamento de acordo com a periodicidade do MS existe muitos pacientes hipertensos sem risco ou existe muitos pacientes graves e enfermeiros, por conta da demanda e por vezes pela falta da presença do profissional médico tem realizado o acompanhamento destes pacientes ou estes dados correspondem a atendimentos de enfermagem como acolhimento?

Para mostrar a segunda parte dos resultados da tabela referente a Atividade II, apresentou-se gráficos caracterizados A2 e B2:

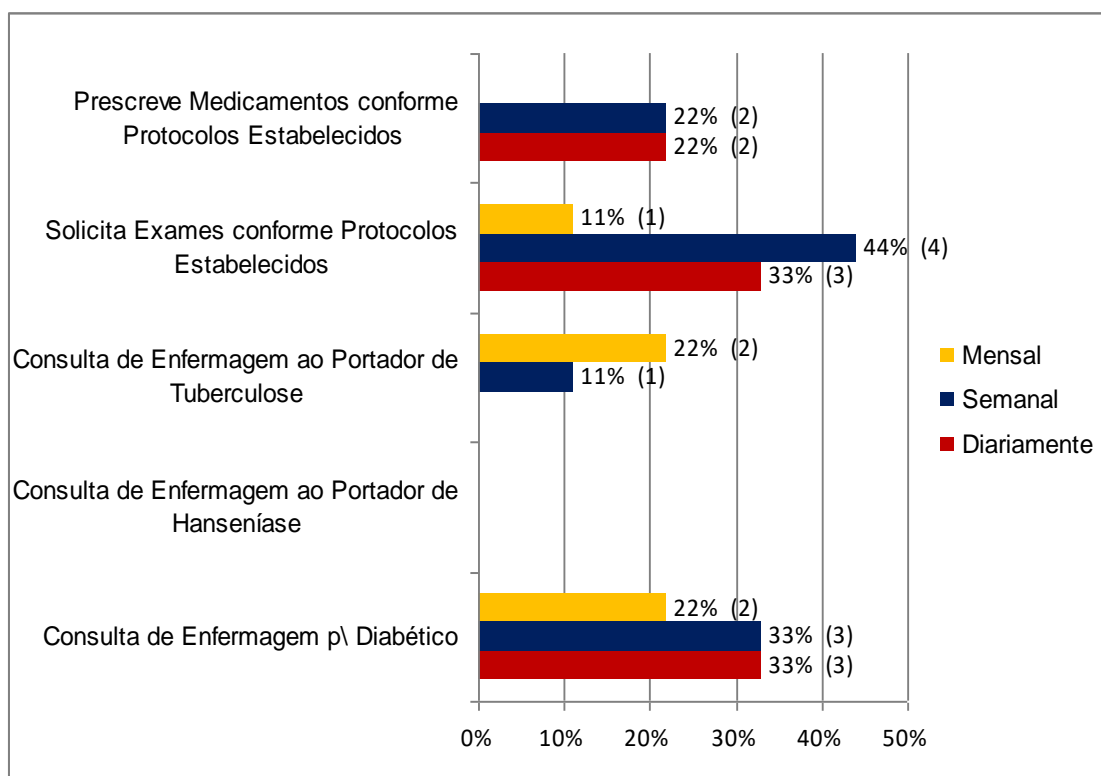


Figura 16 – Atividade II A2

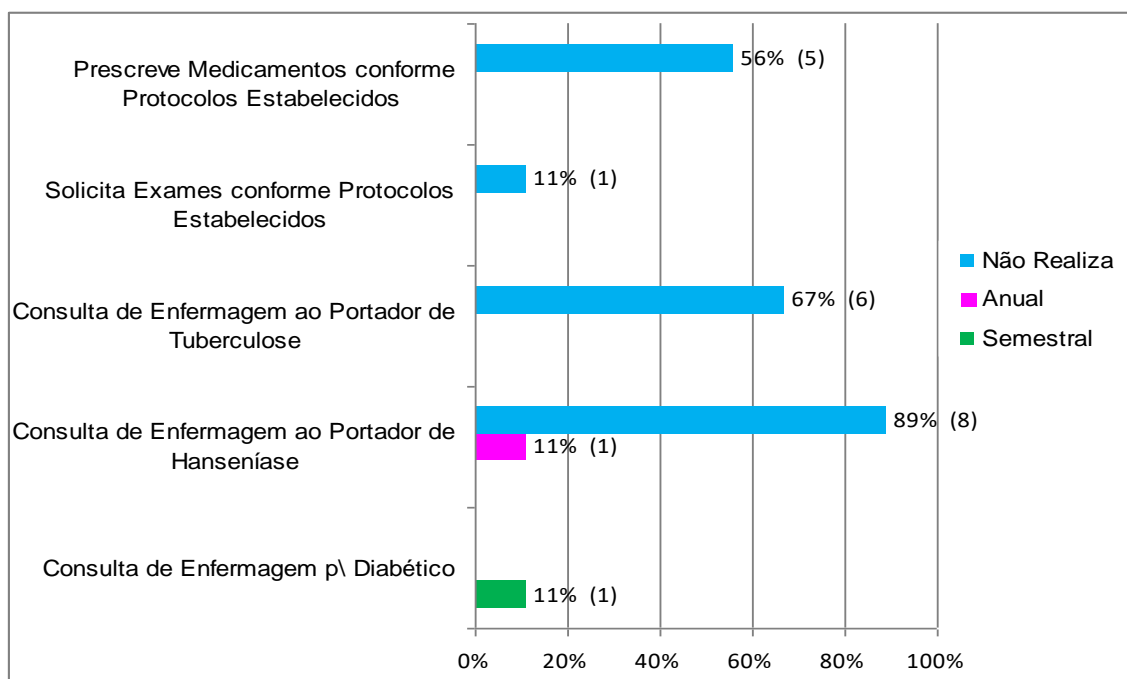


Figura 17 – Atividade II B2

Ainda no quesito de Consulta de Enfermagem, assim como avaliado a questão da hipertensão, para os diabéticos também se tem um índice total de 8 (89%) dos profissionais pesquisados, o que também pode-se justificar pela demanda e característica da população.

Ao avaliar a Consulta de Enfermagem ao Portador de Hanseníase, constatou-se que esta não é realizada, vale citar que a busca ativa é preconizada pela Secretaria da Saúde do Município. Mesmo esta questão sendo fechada no questionário, dois profissionais pesquisados descreveu que não se tem no momento esta demanda na população, interessante, esta postura, uma vez que, mesmo sendo a Secretaria da Saúde do Município a referência para tal patologia, não significa que o enfermeiro em suas atividades como visitas domiciliares ou em consultas de programas não possa estar investigando.

O que se diferenciou em uma pequena proporção na questão da consulta de Enfermagem ao portador de Tuberculose, já que no total apenas 3 (33%) deles avaliam em consulta este grupo de risco. Para estas unidades ainda se tem demanda? E podem estar em acompanhamento de rotina?

Normalmente, pelas diversas e muitas funções do enfermeiro, é impossível ter em suas agendas consultas específicas para avaliar a tuberculose ou até mesmo a hanseníase, apenas são realizadas consultas de acompanhamento para tuberculose se houver em sua área de abrangência. Considerando-se o quanto tem aumentado na sociedade estas patologias, é necessário cada vez mais adquirir o hábito em qualquer tipo de assistência a investigação, aproveitando qualquer momento em

que o usuário está no serviço, não necessariamente precisa ser feita apenas pelo enfermeiro, pois pode haver, por exemplo, conversas esclarecedoras em sala de espera por outros profissionais.

Concluindo, a Tabela 13 caracterizada como Atividade II corresponde ao inciso II das atribuições específicas do Enfermeiro da Portaria 648/06, assim como já trazido no início deste trabalho:

II – conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

Nesta fase do estudo, ponderou-se que este inciso está relacionado à Consulta de enfermagem para todos os grupos etários e de risco e que também este profissional tem autonomia para solicitar exames e prescrever medicamentos conforme protocolos estabelecidos.

No geral os enfermeiros deste município desenvolvem a consulta de enfermagem de acordo com a demanda estabelecida e característica da unidade; entretanto há uma divergência no quesito dos protocolos, pois grande parte deles não a realiza o que vem a questionar o motivo deste.

Ao retratar o que o MS requer na questão do enfermeiro solicitar exames e prescrever medicamentos conforme protocolos estabelecidos, num geral há uma maior parte do total dos profissionais 8 (89%) solicitando exames numa frequência diária, semanal e mensal; embora, ao se questionar a prescrição de medicamentos, 5 (56%) dos enfermeiros não a realizam; o que poderia explicar este quesito. No município existem protocolos para amparar estes enfermeiros, ou apenas aqueles do programa de hipertensão e para gestantes?

A seguir, será apresentado a tabela caracterizada como Atividade III da questão 8:

ATIVIDADES III	FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Planeja atividades junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)						
Executa atividades junto com os ACS						
Gerencia os serviços realizados pelos Agentes de Saúde						
Avalia as ações desenvolvidas pelos ACS						

Tabela 14 - Atividade III

Para mostrar os resultados tabulados em gráficos referentes à Atividade III Tabela 14, foi caracterizada por Atividade III A1 e B1:

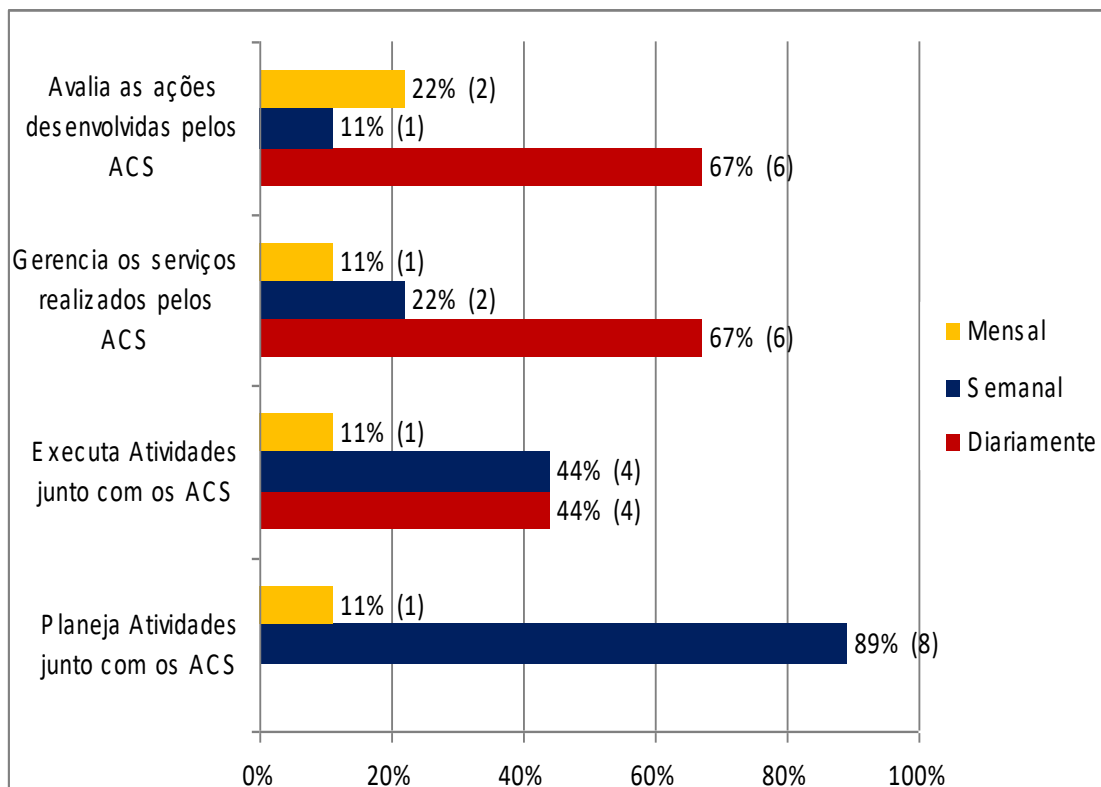


Figura 18 – Atividade III A1

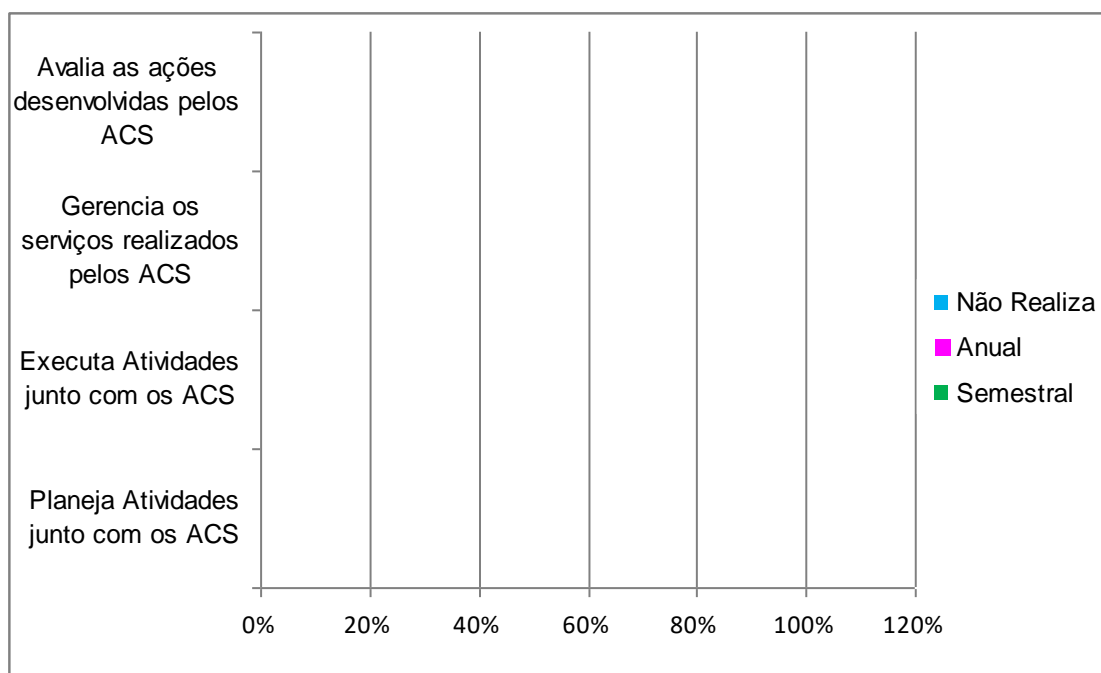


Figura 19 – Atividade III B1

A Tabela 14 caracterizada como Atividade III corresponde ao inciso III das atribuições específicas do Enfermeiro da Portaria 648/06, assim como já trazido no início deste trabalho:

III – planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

Nesta etapa, avaliou-se que este inciso do trabalho do enfermeiro é como Supervisor dos agentes comunitários de saúde, profissionais pelo qual se fundamentou o programa.

Cada unidade tem a sua forma pela qual são organizadas as reuniões; sendo assim o que o trabalho pode demonstrar foi que o enfermeiro desenvolve ativamente estas ações e numa frequência de acordo com a característica de cada unidade.

A tabela referente às figuras 18 e 19 está relacionada com atividades em que o enfermeiro desenvolve com a equipe de agente comunitário de saúde, tanto no que diz respeito a executar o planejamento e execução das tarefas junto com a equipe, quanto à supervisão e avaliação delas.

Logo, os gráficos apresentaram que estas ações sempre estão sendo realizadas pelos enfermeiros, nenhum deles assinalou a opção “não realiza, ou semestralmente ou anualmente”. Frequentemente são feitas, independentemente se é diariamente, semanalmente ou até mensalmente, pois elas podem ser executadas conforme as reuniões de equipe sejam elas semanal ou mensal e conforme a necessidade encontrada por este supervisor.

Abaixo, será apresentado a tabela caracterizada como Atividade IV da questão 8 da pesquisa:

ATIVIDADES IV	FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Realiza Educação permanente com ACS						
Supervisiona as atividades de Educação Permanente dos ACS						
Realiza Educação permanente com a equipe de enfermagem						
Supervisiona as atividades de Educação Permanente da equipe de enfermagem						

Tabela 15 – Atividade IV

Para melhor visualização dos resultados da figura acima os resultados foram apresentados em gráficos caracterizados como Atividade IV A1 e B1:

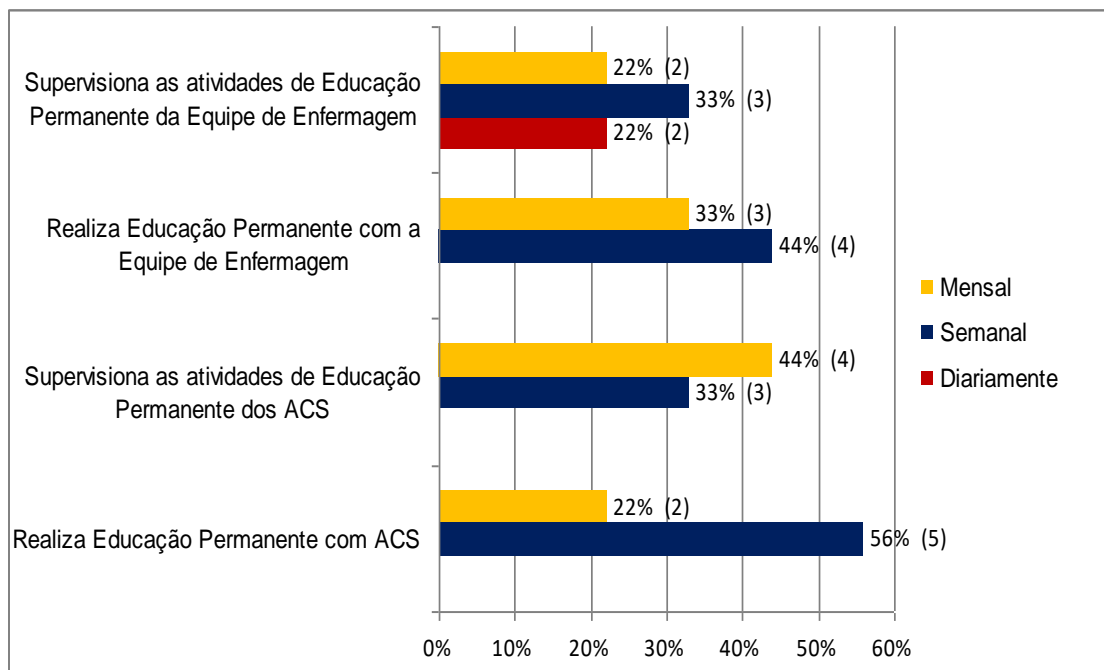


Figura 20 – Atividade IV A1

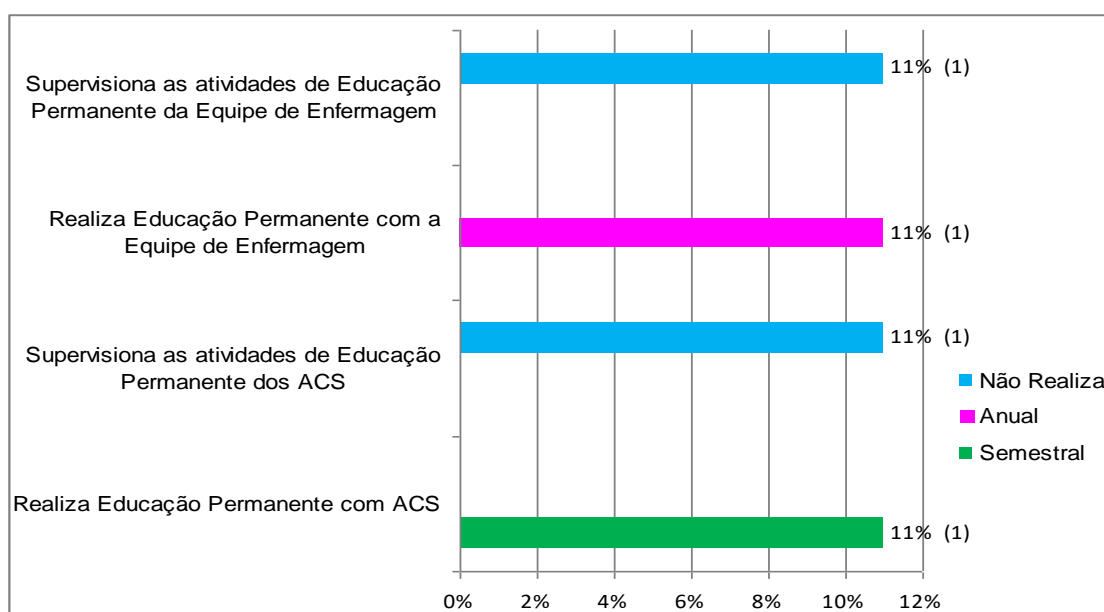


Figura 21 – Atividade IV B1

O que se entende com estas duas figuras acima é que a maioria dos enfermeiros das UESF de Assis-SP pratica atividades de Educação Permanente com frequência tanto com os ACS, quanto com a equipe de enfermagem, destacando-se que 1 (11%) enfermeiro não realiza a supervisão de Educação Permanente dos ACS e equipe de enfermagem, e que 1 (11%) deles realiza educação permanente com os ACS e equipe de enfermagem semestralmente e anualmente respectivamente.

Embora esta questão tenha sido fechada, um dos enfermeiros assinalou neste resultado descrevendo que realiza estas atividades apenas quando percebe a necessidade na equipe; este fato justifica esta resposta, entretanto salienta-se a importância da constante atualização entre os profissionais da equipe.

Dando sequência aos incisos referentes às atribuições específicas do Enfermeiro do PSF conforme a Portaria 648/06, a figura 27 foi relacionada ao Inciso IV desta mesma portaria:

IV – supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

Segundo este inciso põe-se em pauta a questão da Educação Permanente; e através dos resultados desta pesquisa avaliou-se que em Assis-SP os enfermeiros mantêm a Educação Permanente numa frequência ativa com a equipe de enfermagem e ACS.

Abaixo será mostrada a tabela da questão nº 8 da entrevista caracterizada como Atividade V:

ATIVIDADES V	FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA					
	Diária e	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Contribui para o desenvolvimento de Atividade de Educação Permanente do Auxiliar de saúde Bucal (ASB)						
Participa de Atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Saúde Bucal						
Contribui para o desenvolvimento de Atividades de Educação Permanente do auxiliar de Enfermagem						
Participa de Atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem						

Tabela 16– Atividade V

Os resultados da figura acima os foram demonstrados sob a forma de gráficos, assinalados por como Atividade V A1 e B1:

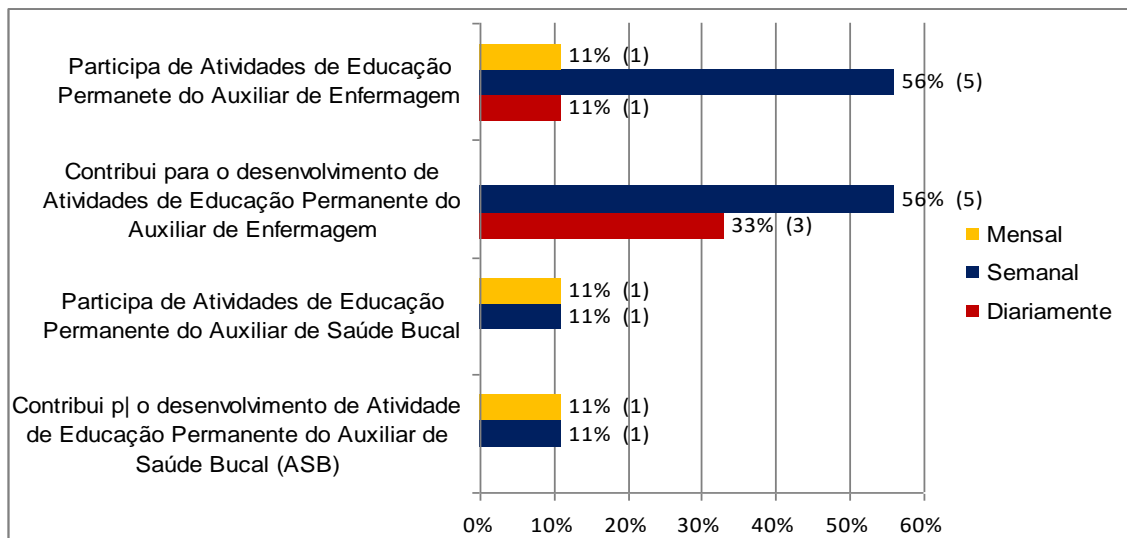


Figura 22 – Atividade V A1

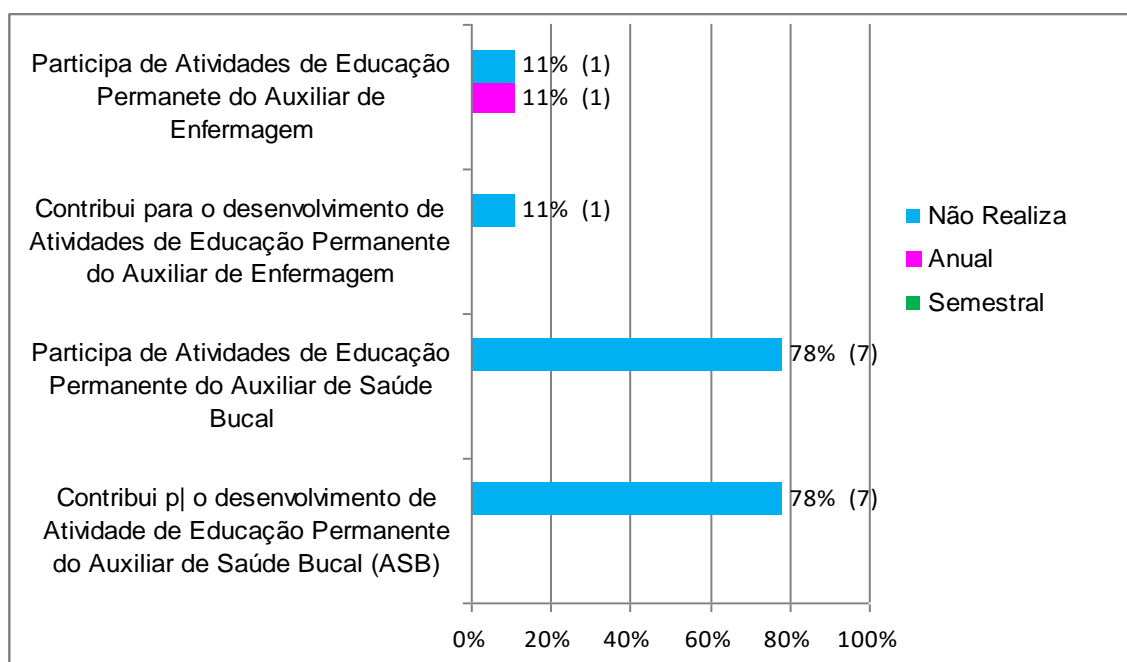


Figura 23 – Atividade V B1

Para descrever sobre a atuação do enfermeiro do programa saúde da família em relação a sua contribuição e participação para o desenvolvimento das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Saúde Bucal (ACD) chama a atenção nas figuras 23 e 24 pois 7 (78%) deles não realizam.

Conforme a introdução deste trabalho no município de Assis é implantada seis UESF com Saúde bucal, mas interroga-se o resultado evidente de 7 (78%) destes profissionais de enfermagem

não realizarem esta modalidade. Apenas os odontólogos destas equipes estão desenvolvendo esta ação? Pela equipe de enfermagem apenas 1 (11%) enfermeiro desenvolve esta ação anualmente, sendo esta resposta justificada pelo entrevistado ao descrever nesta mesma questão fechada que a realiza quando a equipe de enfermagem (ou o odontólogo) solicita.

Sendo função de o enfermeiro capacitar os membros da sua unidade, como fica esta realidade Assisense? O que se percebe é que o enfermeiro tem atribuições assistenciais, gerenciais e burocráticas e que está ficando evidente nesta pesquisa que por algum motivo não estão conseguindo realizá-las ou realizá-las numa frequência adequada, qual o motivo? Sobrecarga de funções? Necessidade de organização do processo de trabalho local ou mesmo reavaliar como a Política de Saúde Municipal está organizada?

Concluindo, trabalhou-se na tabela 16 correspondente ao Inciso V da Portaria 648/06 das atribuições específicas do enfermeiro:

V – contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD;

De acordo com o resultado da pesquisa relacionado a este inciso percebeu-se que embora tenha mais da metade 6 (67%) das equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal, a Educação Permanente com os auxiliares de saúde bucal aparentemente não é desenvolvido pelo enfermeiro, apenas dois deles descreveram que realizam numa frequência semanal e mensal. E em relação a participação da Educação Permanente com os Auxiliares de Enfermagem destaca-se apenas um enfermeiro que realiza conforme a solicitação destes funcionários. O papel do enfermeiro tem-se destacado no que diz respeito a supervisão e capacitação, logo é importantíssimo a presença deste no papel de educador a sua equipe.

Finalizando a questão 8, a última tabela da entrevista será mostrada a seguir, sendo esta descrita por Atividade VI:

<u>ATIVIDADES VI</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Realiza checagem e requisição de materiais de consumo						
Realiza checagem e requisição de medicamentos						

Tabela 17 – Atividade VI

Os resultados da Tabela 17 acima também foram representados em gráficos, para melhor visualização, sendo estes caracterizados como Atividade VI A1 e B1:

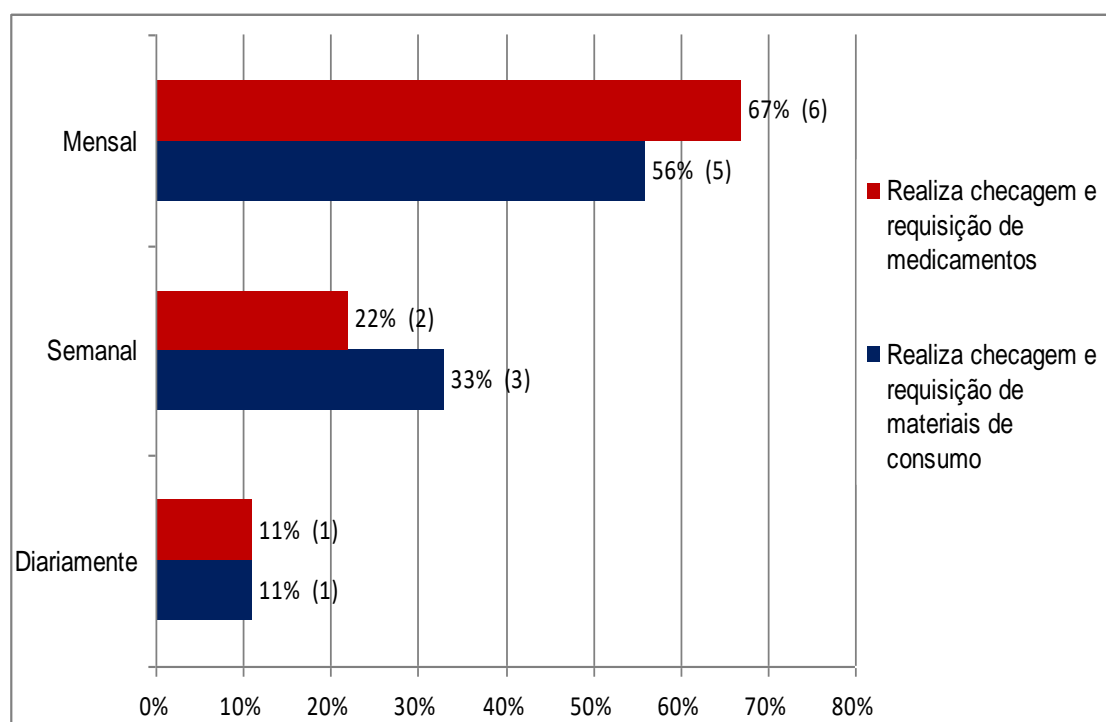


Figura 24 – Atividade VI A1

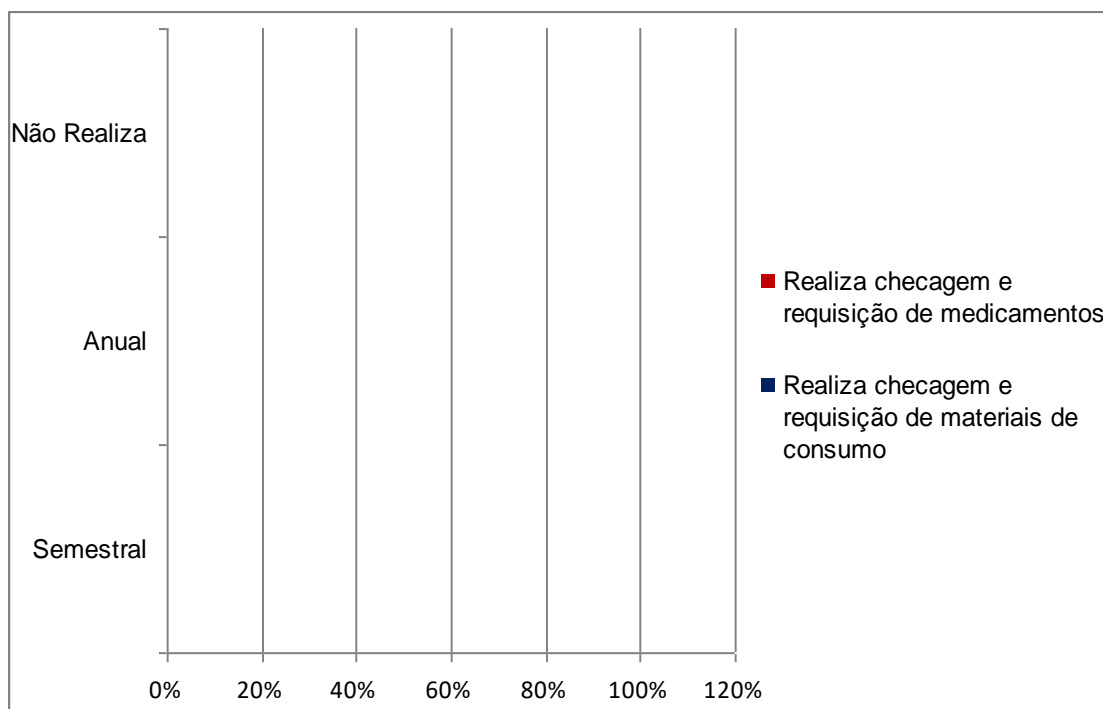


Figura 25 – Atividade VI B1

Ao avaliar estas duas figuras 24 e 25 tem-se como resultado que estas atividades de checagem e requisição de material e medicamento é uma atividade muito desenvolvida pelos profissionais enfermeiros e que todos eles as realizam principalmente numa frequência mensal, num percentual de 5 (56%) e 6 (67%) enfermeiros respectivamente

Concluindo a questão 8 a Tabela17 nomeada como Atividade VI correspondeu ao inciso ao Inciso VI da Portaria 648|06 das atribuições específicas do enfermeiro:

VI – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Como resultado dos dois últimos gráficos apresentados acima referentes à Atividade VI da pesquisa relacionada ao último inciso correspondente as atribuições específicas do enfermeiro, tem-se que no geral os Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família tem feito estas ações, diferenciando apenas as frequências, a maioria realiza mensalmente, alguns durante a semana e poucos diariamente.

Completando o quadro de perguntas fechadas a questão de nº 9, correspondeu qual atividade os enfermeiros têm mais condições de executarem numa maior frequência, como mostra o gráfico a seguir:

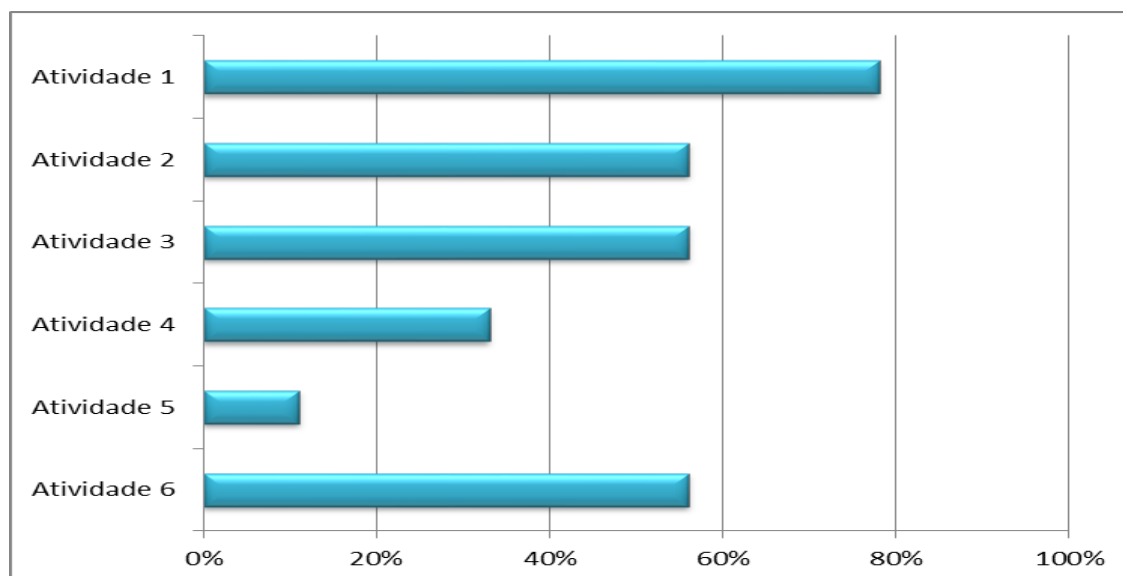


Figura 26 - Percentual dos Enfermeiros em relação às quais atividades têm mais condições para desenvolverem nos últimos meses. Assis-SP, 2011.

Ao avaliar esta última questão fechada, obtemos como resultados que a Atividade I predominou na maioria dos Enfermeiros num percentual de 7 (78%), lembrando-se que esta atividade é correspondente ao Inciso I da referida portaria, e que se refere às atividades assistencialistas. Sabe-se que o enfermeiro tem esta sensibilidade cultural assistencialista trazendo pontos positivos em muitos quesitos, lembrando ainda que este profissional tem condições de desenvolvê-las em vários locais e para os diversos grupos etários e de risco.

As Atividades II, III e VI foram assinaladas por 5 (56%) dos profissionais entrevistados, estas corresponderam respectivamente aos Incisos II, III e VI da mesma portaria; estes itens relacionam-se respectivamente a Consulta de Enfermagem e a solicitação de exames complementares e medicações; ao planejamento e supervisão das ações do ACS; e ao gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da USF.

Finalizando estas informações e com o trabalho em pauta avaliou-se que estes profissionais têm condições para desenvolverem uma atribuição só do enfermeiro como as Consultas de Enfermagem; executar as ações com os ACS que são a base desta estratégia, possibilitando a criação de vínculos de trabalho a estes profissionais, o que possibilita ao enfermeiro manter o controle de sua unidade e até o conhecimento peculiar de sua população. E no sexto item que se relacionou ao gerenciamento dos insumos, concluiu-se que o enfermeiro é o principal responsável por este quesito.

Na Atividade IV, 3 (33%) dos enfermeiros tem condições para realizar Educação Permanente com os ACS e Auxiliares de Enfermagem, o que significa que de acordo com o correspondente

inciso IV da portaria, estas atividades são realizadas frequentemente por poucos profissionais de enfermagem.

Para finalizar a questão nove, a Atividade V que correspondeu ao quinto inciso da portaria já descrita, foi confirmada pelos próprios profissionais que são as atividades que têm menos condições para realizarem dentre todas.

Dando início às questões abertas, sendo elas as de nº 10 e 11, correspondentes aos fatores que beneficiam e aos fatores que dificultam o desenvolver das atividades até então analisadas na pesquisa.

Dentre todas as atividades propostas, há um questionamento em relação aos fatores que auxiliam e aqueles que dificultam os Enfermeiros do município de Assis, para desenvolver estas atividades.

Quanto aos fatores que auxiliam a realização das atividades, 6 (67%) dos enfermeiros mencionaram o desempenho e livre acesso do enfermeiro nas atividades cotidianas; seu compromisso ou comprometimento e responsabilidade com a equipe, seguido de sua colaboração e participação para trabalhar em conjunto, num processo criativo e com instrumentos de trabalho (exemplo, vídeos) e com a missão coletiva, desenvolvendo estratégias e metas para serem cumpridas e materializadas; e assim, o bom relacionamento deste para a equipe e o trabalho desta também ao valorizarem o trabalho do enfermeiro ao ser pró-ativo, é o que consideram importante para fazer um empenho melhor para se realizarem as atividades (Enf. 3, Enf. 4, Enf. 5, Enf. 6, Enf. 7 e Enf. 8).

Sendo estas as afirmações, pode-se correlacionar a outras duas pesquisas realizadas com Enfermeiros do PSF de Londrina-PR e com outros de municípios do Rio Grande do Sul, em que também descreveram que as facilidades de trabalho do Enfermeiro do PSF estão relacionadas à questão do bom relacionamento interpessoal e a interação com toda equipe (GIROTI et al., 2008, p.22); (SANTOS,2003, p. 39).

Já para a Enf. 1 o que deixou claro que a ajuda para executar estas ações é por elas estarem relacionadas à execuções administrativas que não dependem da integração de outros profissionais; logo se compreende que embora o enfermeiro da ESF trabalhe em equipe, existem determinadas funções que são de sua própria autonomia, o que vêm mostrando o seu espaço profissional cada vez mais, conforme Sadala. (1996 apud GIROTI et al., 2008, p. 22):

A autonomia refere-se à habilidade da autodeterminação, de ser independente e o seu desenvolvimento se dá pelo processo em que os sujeitos ou grupos humanos ampliam suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida dos seus próprios desígnios, com a condição de não causar dano ou malefício a outrem ou à sociedade.

Ainda tem-se para a Enf. 9 como a necessidade do território como uma facilidade de trabalho, isto é, o que caracteriza bem a Estratégia Saúde da Família, uma vez que o território delimitado traz as características próprias daquela população, sendo um instrumento fácil de trabalho para implantar as ações conforme a necessidade daquela área.

Todavia, em relação aos fatores que dificultam o realizar destas atividades, foram citadas questões como a falta de incentivo e material; Internet para eventuais busca para Educação Continuada, Estrutura Física, também a visão “multitarefa” da enfermagem; a disposição de tempo para a realização de Eventuais Educações Continuada com a Equipe. (Enf. 3, Enf. 4, Enf. 5 e Enf. 7).

Sendo ainda que a realização das Atividades dos Grupos IV e V do questionário que se relacionam à atividades de supervisão e de educação permanente aos ACS, equipe de enfermagem, bem como auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental são possíveis conforme a demanda da necessidade identificada na equipe. (Enf. 6).

Para a Enf. 9 a sobrecarga da demanda de usuários para atender suas necessidades individuais e coletivas, foi declarada como um fator que não contribui para desenvolver o serviço, assim como Oliveira e Marcon (2006) consideraram ressaltar em uma pesquisa realizada com enfermeiros do PSF de Maringá-PR, sobre a necessidade de se promover reajustes na prática acerca do trabalho com as famílias, visto que o programa por si só não responde a todas as necessidades, sendo necessárias intervenções relacionadas à política agrária, assistência social, economia, educação e ao lazer.

Relembrar das Necessidades de Saúde, citadas por Cecílio as quais estão relacionadas às necessidades básicas do indivíduo, como ter boas condições de vida; acesso a tecnologia de saúde; criar vínculos afetivos entre membros da equipe de saúde e população e a necessidade de autonomia; o que justifica a dificuldade da enfermeira em declarar fator que dificulta, pois exige muito mais ações a se desenvolver pelas necessidades individuais e coletivas, limitadas pelas ações do enfermeiro.

Ao mencionar que a falta de um membro da equipe multiprofissional, o Farmacêutico, ou até mesmo alguém treinado por este, para que se desenvolvam as atividades de dispensação na farmácia da unidade, pois o Auxiliar de Enfermagem fica preso nela, logo considerado como um serviço de

ambulatório, e nos grupos entrega-se as medicações, ficando o restante de atendimento para as Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorro e Pronto Atendimento (Enf. 8).

E já para a Enf.1 a falta de integração entre membros da Equipe Multidisciplinar e também a falta do profissional médico permanente para juntos desenvolverem determinadas atividades como os grupos de gestante, já que as gestantes fazem o acompanhamento em outras unidades (Enf. 1);

Também é apresentado por Giroti et al. (2008), em sua pesquisa, os enfermeiros da ESF sobre a dependência deste profissional em muitas atividades, pois em determinadas ações de menor complexidade, o enfermeiro poderia executar por meio de protocolos clínicos. Este mesmo profissional ainda descreve a respeito da importância da figura de um Coordenador na Unidade, visto que as ações de supervisão, execução e acompanhamento das atividades ficam por conta do Enfermeiro, o que justifica também a Enf. 5 ao descrever que as atividades burocráticas ocupam muito o tempo do enfermeiro sendo esta uma dificuldade para executar todas estas atividades.

Percebe-se que os Enfermeiros, no geral, têm uma visão dos fatores benéficos e dificultantes em relação ao desempenho de seus papéis, no entanto, há convergências entre um profissional participante da pesquisa e outro, ao relatarem a questão de relacionamento e integração entre a equipe como sendo fator colaborador e também fator dificultante para desenvolverem determinadas atividades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde abordado no Brasil ao longo de sua história tem sofrido mudanças, com isso os profissionais da área necessitam de constantes atualizações e órgãos que os amparem. O município de Assis-SP vem se desenvolvendo no que se diz respeito à saúde, todavia alguns aspectos precisam ser aprimorados.

Ao procurar alcançar os objetivos propostos desta pesquisa, descrever a atuação dos Enfermeiros das UESF do Município de Assis-SP conforme a Portaria 648/06 observou-se que no geral estes profissionais desenvolvem as práticas propostas pelo MS, no entanto alguns pontos devem ser reavaliados.

Como objetivo específico deste trabalho, analisou-se que de um modo geral o perfil dos profissionais proporciona fatores positivos como a criação de vínculos com a população e outros membros da equipe por a maioria deles atuarem há mais de cinco anos nas unidades e não terem vínculos com outros empregos, podendo levar a um melhor planejamento em suas atuações, serem mais experientes por conta da idade como tempo de profissão da área, bem como ter maior chance de proporcionar equilíbrio de diversas situações.

Como resposta em relação às frequências das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem analisou-se que diariamente têm-se realizado atividades como curativos, administração de medicamentos, visita domiciliar, marcação de consultas e exames para acompanhamento, consulta de enfermagem para Triage, avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS e gerenciamento dos serviços realizados por estes ACS. Considerando como base da estratégia saúde da família a predominância da visita domiciliar que é um diferencial entre os outros programas e a supervisão dos agentes de saúde, pois a cada dia existem mudanças na área e com a população, logo o entrosamento com os ACS é de suma importância, entretanto, ainda predominam características curativas na rotina do enfermeiro de saúde da família.

Semanalmente determinou-se que os profissionais executam ações como a coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino, consulta de enfermagem em puericultura e grupo com crianças, planejamento das atividades e educação permanente com os ACS, além de participarem e contribuírem com as atividades de educação permanente dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Destaca-se novamente a importância do elo com os outros profissionais da saúde. Como uma ação de

prevenção e muito preconizado pelo MS, ao que se pode observar, o exame preventivo de câncer de colo uterino está disponível a população feminina semanalmente.

As consultas de enfermagem e os grupos com crianças também vêm ganhando espaço nas ações dos enfermeiros neste município.

Alguns grupos são realizados como as atividades mensais como o de Hipertenso, Gestantes e de Idosos, visto que varia conforme a demanda de cada unidade. Além também das palestras sobre determinados temas na comunidade e escolas serem praticadas mensalmente, o que mostra ser positivo por ser ação em conjunto com outros setores, como preconizada pelo próprio sistema de saúde (SUS) e por revelar que apesar das diversas demandas, o enfermeiro tem condições para sair das paredes da unidade.

Como principal responsável pela checagem e requisição de medicamentos e materiais de consumo o enfermeiro mensalmente assume este posto.

As atividades relacionadas às frequências Semestral e Anual não são descritas pela maioria dos profissionais, o que se percebeu com as análises dos resultados da pesquisa foi que um ou outro enfermeiro as realiza com esta frequência.

Para finalizar as frequências, obteve-se que as atividades que não são realizadas pela maioria dos enfermeiros foram às consultas aos portadores de Hanseníase e Tuberculose.

Dando sequência as atividades que não realizam, destaca-se a prescrição de medicamentos conforme protocolos estabelecidos, sabendo-se que no município não há protocolos preestabelecidos para isto, o que se tem são apenas protocolos dos manuais do Ministério da Saúde para alguns medicamentos como para Gestantes.

Além destes três citados acima se têm também a participação e contribuição do enfermeiro para o desenvolvimento das atividades de educação permanente com os Auxiliares de Saúde Bucal. Nota-se que há uma discreta distância entre as ações conjuntas entre estes profissionais, o que é pertinente a sequência de pesquisas e estudos destas informações.

Como também finalidade específica deste trabalho, relacionadas aos incisos da Portaria 648/06, as atividades que são mais possíveis de se realizarem por estes profissionais, ficaram na sequência: Atividade I, II, VI, III, IV e V, respectivas aos Incisos I, II, VI, III, IV e V. O que se pode observar, primeiramente as atividades assistenciais ainda predominam entre os profissionais de enfermagem, embora ficando em segunda sequência ações únicas do enfermeiro como a consulta de enfermagem. Destaca-se a atividade V determinada como a última na sequência daquelas possíveis

de se realizarem que é determinada pela contribuição e participação do enfermeiro nas atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário. Intermediariamente tem-se que os enfermeiros descrevem desenvolver em mais condições as atividades referentes aos Incisos VI, III, IV caracterizadas como atividades de gerenciamento de insumos materiais e medicamentos, planejamento, supervisão e gerência das ações dos ACS e Equipe de Enfermagem.

Ao serem retratadas as facilidades e dificuldades levantadas por estes profissionais de enfermagem para realizarem as atividades já referidas, eles descrevem que o comprometimento e responsabilidade do enfermeiro com a equipe e esta para com ele, o vínculo com a população promovem benefícios ao enfermeiro durante o desenvolver do trabalho; entretanto a falta de incentivo, de material, a estrutura física; a sobrecarga da demanda de usuários e até das atividades burocráticas das quais demandam tempo do enfermeiro, dificultam o processo destas tarefas.

Ao que se podem ver no trabalho do enfermeiro as atividades a serem desenvolvidas são amplas e contínuas, principalmente nas Unidades de Estratégia Saúde da Família.

Considera-se que esta pesquisa proporcionou não apenas analisar a frequência com que as atividades são feitas nas UESF do município de Assis-SP, pois isto dependerá muito da característica de cada unidade e da demanda da população pertencente a cada unidade; contudo os resultados permitiram constatar a predominância da assistência exercida pelo enfermeiro, e que com a colaboração da equipe isto se torna mais efetivo. Ressalta-se que as ações burocráticas, administrativas, de supervisão da equipe ainda têm um peso significativo para estes profissionais desenvolverem.

Diante da complexidade do processo de trabalho do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, argumenta-se sobre a implantação de um Enfermeiro Coordenador para esta Estratégia do Ministério da Saúde, como visto na revisão de literatura que ocorre em algumas cidades do país, como Londrina-PR, além de que nas atribuições específicas do enfermeiro referida na própria Portaria 648/06 relata-se apenas que o enfermeiro desenvolva a supervisão das atividades do ACS, Auxiliares de Enfermagem e de Saúde Bucal, e não que ele deva ser o coordenador da unidade. Sendo esta uma proposta para que se tenha uma operação mais efetiva para a Assistência e a Administração do trabalho da Enfermagem.

Finaliza-se, acrescentando que este trabalho é de grande relevância, uma vez que esta temática é de interesse nacional, pois a saúde brasileira amparada pelos princípios do Programa

Saúde da Família é recente, o momento é de refletir sobre os processos de trabalho, avaliar e reformular.

6. REFERÊNCIAS

AVELLO, Isabel M. Sancho; GRAU, Carme Ferré. **Enfermagem Fundamentos do Processo de Cuidar**, 6ª edição. Tradução de Torrieri Guimarães, São Paulo: Editora DCL Difusão Cultural do Livro, 2008.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; PROCHNOW, Andrea; SILVA, Rosângela Marion; PRESTES, Francine Cassol; TAVARES, Juliana Petri. **Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à Saúde**. Rio de Janeiro. Disponível em < http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&e_xprSearch=555759&indexSearch=ID > Acesso em 16 de Abril de 2011.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade da atenção**. Disponível em < http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf > Acesso em 04 de Outubro de 2011.

CENTA, Maria de Lourdes; ALBURQUERQUE, Leda Maria; ARCOVERDE, Marcos Augusto Moraes. **Realidade vivenciada pelos Enfermeiros em Programa Saúde da Família**. Curitiba. Disponível em < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/refased/article/view/8072/5690> >. Acesso em 02 de Abril de 2011.

EGRY, Emiko Yoshikawa; CUBAS, Marcia Regina. **O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC Guia para pesquisadores**, edição. Curitiba: Editor Multi-Graphit, 2006.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP**. Marília. Disponível em < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-454413> > Acesso em 02 de Abril de 2011.

FERREIRA, Fernanda; SILVA, Natália; PINAFL, Tânia; GOMES, Viviana. **O Programa Saúde da Família em Assis: uma avaliação do ponto de vista dos usuários**. Assis. Disponível em < http://www.assis.unesp.br/revistadiscenciapesquisa/docs/FerreiraF_3.pdf > Acesso em 04 de Outubro de 2011.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; TONINI, Teresa. **SUS e PSF para Enfermagem Práticas em Cuidado em Saúde Coletiva**, 1ª edição. São Caetano do Sul: Yendis Editora Ltda, 2007.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**, 3ª edição. São Caetano do Sul: Yendis Editora Ltda, 2009.

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira; NUNES, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes; RAMOS, Maria Lúcia Rocha. **As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação**

com as atribuições do exercício profissional. Londrina. Disponível em < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-514298> > Acesso em 30 de Março de 2011.

MINAYO, MCS. **Técnicas de Análise do Material Qualitativo. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília (DF): Ministério da Saúde. 1997. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf > Acesso em 05 de Setembro 2011.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná.** 2006. Maringá-PR. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf> >. Acesso em 07 de Julho de 2011 12:00 horas.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. **A opinião de Enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família.** Maringá-PR. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a11.pdf> >. Acesso em 07 de Julho de 2011 12:05 horas.

PORTARIA 648/GM de 28 de Março de 2006. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf > Acesso em 18 de Abril de 2011.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. **Processos de trabalho na equipe Estratégia Saúde da Família.** Lajeado. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015 > Acesso em 31 de Março de 2011.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon, **História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública,** Edição 1999. Goiânia: AB Editora cultura e Qualidade, 1999.

ROCHA, Bárbara Souza; MUNARI, Denize Boutellet; BEZERRA, Ana Lúcia Queiróz; MELO, Lícia Kamila Assis. **Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional.** Rio de Janeiro. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a16.pdf> > Acesso em 07 de Julho de 2011.

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende C. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde,** Edição brasileira – 2007. Barueri: Editora Manole Ltda, 2007.

SANTOS, Mariangela Romano. **Atribuições Legais do Enfermeiro no Programa Saúde da Família Dificuldades e Facilidades.** Porto Alegre. Disponível em < http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_07atribuicoesLegais.pdf > Acesso em 02 de Abril de 2011.

SAUDE ASSIS Disponível em http://saude.assis.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=63. Data do acesso 4 de outubro 2011.

SAUDE ASSIS Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=35040>. Data do acesso 04 de outubro de 2011.

7. ANEXOS

7.1 - PORTARIA 648/06

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da

União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, de 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39, nº 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº 2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº 873/GM, de 8 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO I

Da Atenção Básica

1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;

II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;

IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;

VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;

VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;

XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;

XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde; e

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;

XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;

XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;

XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;

XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;

XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e

XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável;

III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II – UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de atenção básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

CAPÍTULO II

Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e

XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

2.3. Compete ao Distrito Federal:

I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;

II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

- I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;
- II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;
- III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;
- IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;
- V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e
- VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

- I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;
- II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
- III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:
 - a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;
 - b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
 - c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;
- IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e
- V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

- I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;
- II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;
- III - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:
 - a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica. São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;

II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;

III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;

IV - definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e

V - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;

b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;

e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;

f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;

h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III

Do Financiamento Da Atenção Básica

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada “FMS – nome do município – PAB” de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;

- II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena – SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

- a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Política, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;

II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

- a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;
- b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;
- c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;

f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e

g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

II - Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou;

II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;

III - ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou;

IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes.

Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município.

Em caso de redução do número de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

I - Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e

II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

ANEXO I

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

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

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

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

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

ANEXO II

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Quadros Para Projetos de Implantação – ACS/SF/SB

Caracterização Geral

Nome ou nº da SF/SB.	Área geográfica de atuação (Nome do município / Bairro / Comunidade)	População estimada

Infra-Estrutura

Nome ou nº da ESF		Material Permanente			
		Existentes	Qtde.	A adquirir	Qtde.

Forma de contratação de recursos humanos

Profissional	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de enfermagem				
Agente comunitário de saúde				
Dentista				
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)				
Técnico em Higiene Dental (THD)				
Outros profissionais (especificar)				

Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Nome ou nº da ESF	Área estratégica de atuação	Ações propostas para a ESF	Quantitativo de ações programadas por ano, por ESF
	Saúde da Criança		
	Saúde da Mulher		
	Controle do Diabetes		
	Controle da Hipertensão		
	Eliminação da Hanseníase		
	Controle da Tuberculose		
	Saúde Bucal		
	Eliminação da desnutrição infantil		
	Promoção da saúde		
	Saúde do Idoso	-	-

Avaliação e acompanhamento das ações

Instrumento de Avaliação	Forma de acompanhamento proposta
SIAB	
Pacto de Atenção Básica	
Pacto de Gestão	
Outros (especificar)	

Quadro resumo de financiamento das áreas de implantação

Despesas	Despesas com pessoal	Despesas com material/manutenção.	Estruturação	TOTAL
Atual				
Proposta com SF/SB				

Receitas	Recursos municipais	Recursos estaduais	Incentivo Ministério da Saúde	TOTAL
Atual			PAB Fixo	
Proposta com SF/SB			?	

Definição das Referências na Média Complexidade

Ações de Referência	Nome e local da Unidade de Referência	Forma de Encaminhamento
Atendimentos especializados		
Atendimentos de urgência		
Exames de laboratório		
Radiodiagnóstico		
Ultra-sonografia		
Reabilitação		
Internação nas Clínicas Básicas		

ANEXO III

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS – ANO _____

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CÓDIGO IBGE: _____ COMPETÊNCIA: _____

TIPO DE INCENTIVO: CUSTEIO () ADICIONAL ()

ESF () ACS () ESB Mod I () ESB Mod II ()

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____

MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO SIAB: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL / IDENTIDADE

NOME DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, se o incentivo é de custeio (aquele transferido mensalmente) ou é o adicional. Em seguida, marcar se é relativo a equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal, modalidade I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior

IDENTIDADE/ REGISTRO PROFISSIONAL: Informar, para o médico, enfermeiro e dentista, o registro profissional; e para os demais, digitar o número do documento de identidade,

DATA: _____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO: _____

7.2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ASSIS, CONFORME A PORTARIA 648/06.

Nome da Pesquisadora: Aline Biondo Alcantara Peres

Nome da Orientadora: Maria Jose Caetano Ferreira Damaceno

A Sra. (Sr.) está convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade descrever a atuação dos Enfermeiros no Programa Saúde da Família no Município de Assis, de acordo com a Portaria 648/06.

A Sra. (Sr.) tem liberdade de se recusar a participar ou se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Sra. (Sr.).

Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do email da pesquisadora do projeto e, se necessário através do email do Comitê de Ética em Pesquisa.

Serão realizadas algumas perguntas que a Sra. (Sr.) tem liberdade em respondê-las ou não. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o orientador (a) terão conhecimento dos dados

O Projeto passou por avaliação do Comitê de Ética em pesquisas com seres humanos, conforme a resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde, não oferecendo nenhum tipo de risco.

A Sra. (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após este esclarecimento, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Preencha, por favor, os itens a seguir:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Email

Pesquisador: alinebiondo20@hotmail.com telefone: (18) 9609-9933

Orientador: marin.mjcf@hotmail.com telefone: (18) 8131-6024

Hospital Regional de Assis – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

7.3 - ENTREVISTA PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

1- Faixa etária:

() 21-30 anos

() 31-40 anos

() 41-50 anos

() 51-60 anos

2- Sexo:

() Masculino

() Feminino

3- Estado civil:

() solteiro

() casado

() outros

4- Tempo de formado em anos:

5- Apresenta titulações

() Aprimoramento: especifique _____

() Especialização: especifique _____

() Mestrado: especifique _____

() Doutorado: especifique _____

6- Tempo que trabalha nesta Unidade de Saúde da Família (em anos):

7- Trabalha em algum outro serviço como Enfermeiro? Quantas vezes na semana? Local?

8- Marque com um “X” as atividades que realiza na Unidade

<u>ATIVIDADES I</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Coletas de exames para investigação epidemiológica						
Coletas de exame preventivo de câncer de colo uterino						
Administração de medicamento						
Administração de Vacinas						
Curativos						
Marcação de consultas e exames para acompanhamento						
Visita domiciliar						
Palestra sobre determinados temas em escolas						
Palestra sobre determinados temas na comunidade						
Grupo com Crianças						
Grupo com adolescente						
Grupo de Gestante						
Grupo de Hipertenso						
Grupo com Idosos						
Grupos sobre determinados assuntos em sala de Espera						

<u>ATIVIDADES II</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Consulta de Enfermagem para triagem						
Consulta de Enfermagem em Puericultura						
Consulta de Enfermagem Ginecológica						
Consulta de Enfermagem para Gestante						
Consulta de Enfermagem para Hipertenso						
Consulta de Enfermagem para Diabético						
Consulta de Enfermagem ao portador de Hanseníase						
Consulta de Enfermagem ao portador de Tuberculose						
Solicita exames conforme protocolos estabelecidos						
Prescreve medicamentos conforme protocolos estabelecidos						

<u>ATIVIDADES III</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Planeja atividades junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)						
Executa atividades junto com os ACS						
Gerencia os serviços realizados pelos Agentes de Saúde						
Avalia as ações desenvolvidas pelos ACS						

<u>ATIVIDADES IV</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Realiza Educação permanente com ACS						
Supervisiona as atividades de Educação Permanente dos ACS						
Realiza Educação permanente com a equipe de enfermagem						
Supervisiona as atividades de Educação Permanente da equipe de enfermagem						
<u>ATIVIDADES V</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					

	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Contribui para o desenvolvimento de Atividade de Educação Permanente do Auxiliar de saúde Bucal (ASB)						
Participa de Atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Saúde Bucal						
Contribui para o desenvolvimento de Atividades de Educação Permanente do auxiliar de Enfermagem						
Participa de Atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem						

<u>ATIVIDADES VI</u>	<u>FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA</u>					
	Diariamente	Semanal	Mensal	Semestral	Anual	Não realiza
Realiza checagem e requisição de materiais de consumo						
Realiza checagem e requisição de medicamentos						

- 9- Quais atividades o Enfermeiro do Programa de Saúde da Família tem tido mais condições para realizar nos últimos meses, de acordo com a tabela de atividades acima:

➤ () **Atividade I**

➤ () **Atividade II**

➤ () **Atividade III**

➤ () **Atividade IV**

➤ () **Atividade V**

➤ () **Atividade VI**

10- Cite exemplos de fatores que te auxiliam para realizar estas atividades descritas acima?

11- Cite exemplos de fatores que te dificultam para realizar estas atividades descritas acima?

7.4. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Aprovado pela CONEP/MS em 9/11/2004 – RN 25000.165648/2004-93
Renovado em 13/04/2011
Praça Dr. Symphrônio Alves dos Santos s/n – CEP: 19814-015
Assis-SP – Fone: (18) 3302-6000 – ramal 6011 – das 7h00 às 13h00
site: www.hra.famema.br/comite - e-mail: etica@hra.famema.br



Parecer N° 508/2011 CEP-HRA

Assis, 12 de Setembro de 2011

Profª Esp. Maria José Caetano Ferreira Damasceno

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: “**As Práticas dos Enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Assis, conforme a Portaria 648/06**” de autoria de Aline Biondo Alcântara Peres sob vossa orientação recebeu **PARECER FAVORÁVEL**.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Enª Helena Maria Felício
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis

SOBRE AS AUTORAS

ALINE BIONDO ALCANTARA

Mestre em Enfermagem pela FMB UNESP Campus de Botucatu (2018). Especialista em Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde com Ênfase na Saúde da Família e no Gerenciamento pela Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto FAMERP (2013). Graduada em Enfermagem pelo Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis IMESA (2011). Atua como Preceptora no PET (Programa de Educação pelo Trabalho), na Unidade Básica de Saúde da Vila Ribeiro do Município de Assis/SP, onde é Enfermeira Responsável Técnica, aos discentes dos cursos de Saúde: Medicina e Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA) e também como Preceptora do Curso de Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), é Servidora Técnica de Enfermagem no Hospital Regional de Assis-SP na Clínica Médico-Cirúrgica Adulto. Participa como membro do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil no Município de Assis/SP e da Comissão de Enfermeiros da Atenção Básica Coren, é multiplicadora em Capacitação de Imunização e Testes Rápidos em HIV, Sífilis e Hepatites Virais pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Assis.

MARIA JOSE FERREIRA CAETANO DAMACENO

GRADUAÇÃO: ano de 2005 em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília- FAMEMA. MESTRADO: em "Saúde e Envelhecimento" pela FAMEMA. ESPECIALIZAÇÃO: 1- DOCÊNCIA NA SAÚDE A PARTIR DE METODOLOGIAS ATIVAS - Ministério da Saúde, EducaSaúde, UFRGS. 2- SAÚDE PÚBLICA pela Universidade Cruzeiro do Sul, UNICSUL. 3- PRECEPTORIA DO SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa ATUAÇÕES PROFISSIONAIS REALIZADAS: 1-Docente atual no curso de Medicina e de Enfermagem no Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA da Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA. Anteriormente: 2- Docente em pós-graduação modalidade lato-senso de Gestão em Saúde da Família e Gestão Clínica. Enfermeira Educadora em Saúde do GRUPO OPERACIONAL DE CUIDADORES DE IDOSOS no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS de Paraguaçu-Paulista-SP; 3- ORIENTADORA DE TCC DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA - UNASUS-UNIFESP (PAB -4). 4- Coordenadora de ESF. PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE PESQUISA NA USP: 1- Prática Pedagógica no Ensino Superior de Enfermagem e no Cuidado à Saúde do Adulto-PROESA, coordenado pela Prof. Dr. Villanice A. de A. Puschel; 2- Gerenciamento de recursos humanos: conceitos, instrumentos e indicadores do processo de dimensionamento de pessoal, coordenado pelas Prof. Dr. Raquel R.Gaidzinski e Fernanda M. T. Fugulin. EXPERIÊNCIA COM A ÁREA DA EDUCAÇÃO: 1-catequista por vários anos. 2-realização de grupos de discussão em escolas e serviços de saúde durante a graduação. 3- realização de discussões em grupos de programas de políticas públicas como programa de gestante, população em geral, e para crianças/adolescentes durante atuação como enfermeira-coordenadora de UESF (Unidade de Estratégia Saúde da Família). 4- educação permanente e continuada para todos os funcionários do mesmo serviço de saúde. 5- realização de discussões com usuários do SUS e funcionários pertencentes ao conselho local de saúde, enquanto gestora do referido conselho da UESF. O mestrado propiciou além do desenvolvimento científico a realização de estágios de docência nos diversos campos de ensino -aprendizagem na FAMEMA, para os cursos de Medicina e Enfermagem, como TUTORIA, UPP (Unidade de Prática Profissional em UESF, antiga Interação Comunitária-IC) e LPP (Laboratório de Prática Profissional). Realizado cursos relacionados a métodos ativos

de aprendizagem na Faculdade de Enfermagem de Coimbra-Portugal. Participação em setembro de 2015 na XIII Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem (XIII CIENF), promovida pela Associação Latinoamericana de Escolas/Faculdades de Enfermagem vinculada a União de Universidades da América Latina (ALADEFE/UDUAL). Realizado CURSO DE METODOLOGIA ATIVA no ano de 2015 pelo INSTITUTO SIRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA-IEP/HSL. Em 2017 e 2018 participei dos Congressos Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, Espanha e Brasil, momentos que apresentarei trabalhos científicos. Participei como parecerista do curso(s) de Enfermagem da Avaliação de Cursos Superiores do Guia do Estudante (GE) 2016, 2017 e 2018.



ISBN 978-65-80476-54-1



9 786580 476541 >