

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FRANCIELE VILELA SOUSA

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: QUALIFICANDO A PRIMEIRA ETAPA

RIBEIRÃO PRETO

2023

FRANCIELE VILELA SOUSA

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIFICANDO A PRIMEIRA ETAPA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado em Enfermagem

Orientador: Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

2023

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

Vilela Sousa, Franciele

p IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIFICANDO A PRIMEIRA ETAPA. Ribeirão Preto, 2023.
130. il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientadora: Sílvia Matumoto

1. Processo de Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Pesquisa Convergente Assistencial. 5. Coleta de Dados.

VILELA SOUSA, Franciele

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: QUALIFICANDO A PRIMEIRA ETAPA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais uma conquista. Louvado seja o Senhor que me concedeu conhecimento necessário!

À minha filha Lavinia, razão da minha vida, sempre me fazendo, a cada dia, mais feliz. É nela que busco inspiração, força e coragem para continuar crescendo sempre, pois a ela dedico imenso amor.

Ao meu esposo Wanderson, pelo companheirismo e paciência comigo nas longas horas de estudo. Seu apoio foi fundamental.

Aos meus colegas de trabalho da ESF Bela Vista II, pelas palavras de incentivo, pelo carinho e conforto de quando mais precisei.

À Sílvia Matumoto, querida orientadora, pela paciência e sabedoria ao ofertar-me conhecimentos tão importantes para meu crescimento profissional.

À minha amiga Elexandra, que mais uma vez demonstrou todo carinho comigo, meus agradecimentos pela amizade, pelas risadas e bons conselhos... Meu desejo de que tenha muito sucesso profissional, do qual é, inegavelmente, merecedora. Minha admiração e minha amizade para sempre.

Às professoras Olivia Lopes e Iácara Oliveira, agradeço pelas palavras de incentivo e por acreditarem no meu potencial.

Aos meus colegas enfermeiros que participaram da pesquisa e compartilharam comigo suas histórias de vida, ajudando-me a enriquecer esse trabalho com suas experiências, seus sentimentos e ensinamentos, o meu muito obrigada.

À enfermeira Roberta Borges pela amizade, pelo estímulo e carinho, meu reconhecimento.

À coordenação da atenção básica, pela torcida e participação nesse percurso.

Aos funcionários da EERP/USP, o meu obrigada pela disponibilidade e apoio.

À banca examinadora, agradeço a disposição em me avaliar, me oferecendo sugestões que muito ajudaram no aperfeiçoamento desse trabalho.

À parceria CAPES-COFEN, pelo apoio financeiro que me permitiu qualificar como profissional e trazer uma reflexão para melhoria do serviço de saúde.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.”

Enfim, obrigada a todos que contribuíram, até aqui, com essa pesquisa. Ouso assegurar que novos estudos virão.

*A vida é um rasgar-se e remendar-se (Guimarães Rosa).
É como o primeiro dia de aula que começa sem amigos e termina com um passeio pelo centro. É como a sensação de alívio ao ver sua mãe chegando assim que rala o joelho. É como sentir que a vida é um infinito de números, momentos e emoções, sendo uns maiores que os outros. A vida é um rasgar-se, porque crescer significa mudar e mudar envolve riscos, uma passagem do conhecido para o desconhecido. Até que você descobre que o correr da vida embrulha tudo (George Shinn).
A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem (Guimarães Rosa).*

“Os sonhos não determinam o lugar que você vai estar, mas produzem a força necessária para o tirar do lugar em que está”.
Augusto Cury

RESUMO

VILELA SOUSA, Franciele: **Implementação do processo de enfermagem na estratégia saúde da família**: qualificando a primeira etapa. 2023. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2023.

A atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, vem-se consolidando através de práticas voltadas ao novo modelo assistencial que propõe cuidado centrado nas necessidades sociais de saúde. Nesse sentido, a motivação para essa pesquisa surgiu após vivenciar, como gestora da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Passos/MG, a dificuldade dos enfermeiros em implementar o Processo de Enfermagem (PE) no cuidado. Assim, na perspectiva de qualificar os profissionais enfermeiros, estabeleceu-se como objetivo geral da pesquisa analisar a aplicação do processo de enfermagem na ESF, com enfoque na etapa da coleta de dados. O caminho metodológico foi a Pesquisa Convergente Assistencial, de abordagem qualitativa. Os participantes que compuseram o estudo foram 13 enfermeiros da ESF de Passos-MG. A produção dos dados foi por meio de Grupo de Reflexão, em três encontros com duração média de 60-90 minutos. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temático. Como categorias resultantes de tal análise, tomando por base os objetivos do estudo e o referencial teórico, destacaram-se: I: Fatores que facilitam o PE na prática, II: Dificuldades para aplicação do PE, III: Estratégias para implementação do PE, IV: Revisão do roteiro de coleta de dados de enfermagem. Destacam-se como produtos tecnológicos dessa pesquisa: I: Roteiro de coleta de dados de enfermagem para assistência à pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, II: Proposta de sequência de atividades em grupo para revisão de instrumentos do PE, que poderá ser utilizada para revisão de outros roteiros de coleta de dados do PE existentes no município. Destaca-se a aplicabilidade imediata dos produtos da pesquisa, inerente ao método adotado. O roteiro será apresentado à Coordenação da Atenção Primária à Saúde de Passos / MG com a proposta de aprimorar a utilização de metodologias ativas, coerentes com a perspectiva da educação permanente, de forma a promover a continuidade nesse processo de reflexão da importância do PE. Espera-se que esse estudo contribua para a melhoria na gestão da APS de Passos/ MG, no sentido de reorganizar o cuidado de enfermagem, a partir da criação e manutenção de settings de aprendizagens. Espera-se, enfim, que os enfermeiros possam se apropriar dos novos conhecimentos e os tornarem ativos nesse espaço de produção de saúde.

Palavras-chave: Processo de enfermagem, Educação Permanente em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Pesquisa Convergente Assistencial, Coleta de Dados.

ABSTRACT

VILELA SOUSA, Franciele. **Implementation of the nursing process in the family health strategy**: qualifying the first step. 2023. 130f. Dissertation (Professional Master's Degree in Nursing Technology and Innovation). School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2023.

The role of nurses in Primary Health Care (PHC) in Brazil has been consolidated through practices focused on the new care model that proposes care centered on social health necessities. In this meaning, the motivation for this research emerged after experiencing as the manager of the Family Health Strategy (FHS) in Passos/MG, the difficulty of nurses in implementing the Nursing Process (NP) in care. Thus, in the perspective of qualifying nursing professionals, the general objective of the research was to analyze the application of the nursing process in the FHS, with a focus on the data collection stage. The methodological approach was Convergent Care Research, with a qualitative approach. There were 13 participants; nurses from Passos-MG, composing the. Data production was through a Reflection Group, in three meetings with an average duration of 60-90 minutes. Thematic content analysis was used to analyze the data. Categories resulting from this analysis, based on the study objectives and theoretical framework, included: I: Factors that facilitate NP in practice, II: Difficulties in applying NP, III: Strategies for implementing NP, IV: Review of the nursing data collection script. Technological products of this research include: I: Nursing data collection script for the care of individuals with arterial hypertension and/or diabetes mellitus, II: Proposal for a sequence of group activities for reviewing NP instruments, which can be used to review other existing NP data collection scripts in the municipality. The immediate applicability of the research products, inherent to the adopted method, is noteworthy. The script will be presented to the Coordination of Primary Health Care of Passos/MG with the proposal for improvement and use of active methodologies, consistent with the perspective of continuing education, in order to promote continuity in this process of reflection on the importance of NP. It is hoped that this study will contribute to assisting the management of PHC in Passos/MG to reorganize nursing care, based on the creation and maintenance of learning settings, so that nurses can appropriate of the knowledge and become active in this space of health production.

Keywords: Nursing process, Permanent Education in Health, Primary Health Care, Convergent Care Research, Data Collection.

RESUMEN

VILELA SOUSA, Franciele. **Implementación del proceso de enfermería en la estrategia de salud de la familia:** calificando la primera etapa. 2023. 130f. Disertación (Maestría Profesional Tecnología e Innovación en Enfermería). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2023.

El papel de los enfermeros en la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil viene consolidándose a través de prácticas dirigidas al nuevo modelo de atención que propone una atención centrada en las necesidades sociosanitarias. En ese sentido, la motivación de esta investigación vino después de experimentar, como gestora de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Passos/MG, la dificultad de los enfermeros en implementar el Proceso de Enfermería (PE) en el cuidado. Así, con miras a la calificación de enfermeros profesionales, el objetivo general de la investigación fue analizar la aplicación del proceso de enfermería en la ESF, con foco en la etapa de recolección de datos, a través del diseño de investigación de una investigación asistencial convergente con abordaje cualitativo. La muestra del estudio estuvo compuesta por 13 enfermeros de la ESF de Passos-MG. La producción de datos se realizó por medio de un grupo de reflexión, durante tres encuentros con una duración promedio de 60-90 minutos. Se utilizó el análisis de contenido temático, y como categorías resultantes de este análisis, con base en los objetivos del estudio y el marco teórico, se destacan: I- Factores que facilitan el PN en la práctica, II- Dificultades para aplicar el PN, III - Estrategias para la implementación del PN, IV- Revisión del guión de recolección de datos de enfermería. Se destacan como productos tecnológicos de esta investigación: I- Guión de recolección de datos de enfermería para la asistencia a personas con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, II- Propuesta de secuencia de actividades grupales para revisión de instrumentos de PE, que podrán ser utilizados para revisar otros guiones de recogida de datos de NP existentes en el municipio. Se destaca la aplicabilidad inmediata de los productos de investigación, inherentes al método adoptado. El guión será presentado a la Coordinación de Atención Básica a la Salud de Passos/MG con la propuesta de perfeccionamiento y uso de metodologías activas, coherentes con la perspectiva de educación permanente, con el fin de promover la continuidad en este proceso de reflexión sobre la importancia de la PE. Se espera que este estudio contribuya a la gestión de la APS en Passos/MG, en lo que se refiere a la reorganización de la atención de enfermería, a partir de la creación y mantenimiento de escenarios de aprendizaje, para que los enfermeros puedan apropiarse del conocimiento y hacer activo este producto en el espacio de producción de salud.

Palabras clave: Proceso de Enfermería, Educación Permanente en Salud, Atención Primaria de Salud, Investigación en Atención Convergente, Recolección de Datos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACE	- Agente de Combate às Endemias
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CDS	- Coleta de Dados Simplificada
CIAP	- Classificação Internacional de Atenção Primária
CIE	- Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE	- Classificação Internacional de Enfermagem
CIPESEC	- Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CF	- Constituição Federal
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DM	- Diabetes Mellitus
DCNTs	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECS	- Educação Continuada em Saúde
EPA	- Enfermagem com Prática Avançada
EPS	- Educação Permanente em Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
eSF	- Equipe de Saúde da Família
HA	- Hipertensão Arterial
ICN	- <i>International Council of Nursing</i> (Conselho Internacional de Enfermagem)
ICSAP	- Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
NIC	- Classificação de Intervenções de Enfermagem
NOC	- Classificação de Resultados de Enfermagem
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	- Processo de Enfermagem
PEC	- Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	- Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	- Programa Saúde da Família
SAE	- Sistematização da Assistência em Enfermagem
SISAB	- Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SLPs	- Sistemas e Linguagens Padronizadas
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)	21
2.2 Processo de Enfermagem (PE).....	26
2.3 Educação Permanente em Saúde (EPS).....	36
3 OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo Geral	39
3.2 Objetivos específicos	39
4. PERCURSO METODOLÓGICO	40
4.1 Tipo de estudo	40
4.1.1 Fase da concepção	42
4.1.2 Fase de Instrumentação.....	42
4.1.3 Fase de Perscrutação	43
4.1.4 Fase de Análise.....	43
4.2 Grupos de Reflexão	44
4.3 Cenário do estudo	46
4.4 Participantes do estudo	47
4.5 Coleta de dados	47
4.5.1 Procedimentos de coleta de dados	47
4.5.2 Desenvolvimento dos Grupos	48
4.5.2.1 <i>Primeiro encontro</i>	48
4.5.2.2 <i>Segundo encontro</i>	50
4.5.2.3 <i>Terceiro encontro</i>	51
4.5.3 Análise dos dados.....	51
4.6 Aspectos éticos	52
5 RESULTADOS	53
5.1 Caracterização dos participantes	53
5.2 Grupo de reflexão – desenvolvimento e momentos relevantes	53
5.2.1 Primeiro encontro	54
5.2.2 Segundo encontro.....	59

5.2.3 Terceiro encontro	63
5.3 Categorias temáticas	66
5.3.1 Fatores que facilitam o PE na prática.....	66
5.3.2 Dificuldades para aplicação do PE.....	68
5.3.3 Estratégias para implementação do PE	69
5.3.4 Revisão do roteiro de coleta de dados de enfermagem	72
6 DISCUSSÃO	75
7 PRODUTO TÉCNICO E SUA APLICABILIDADE.....	88
7.1 Roteiro de coleta de dados de enfermagem para assistência à pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.....	88
7.2 Proposta de sequência de atividades em grupo para revisão de instrumentos do processo de enfermagem.....	89
7.3 Aplicabilidade dos produtos junto às equipes do município.....	93
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXO 1 – Autorização do serviço	112
ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética	113
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	117
APÊNDICE 2 - Caracterização sociodemográfica.....	119
APÊNDICE 3 - Roteiro 2022/Final.....	120
APÊNDICE 4 - Roteiro 2022/Intermediário.....	122
APÊNDICE 5 - Roteiro 2019	125

APRESENTAÇÃO

Ao finalizar o Curso de Graduação em Enfermagem no ano de 2008 e sendo, em seguida, aprovada no concurso público para atuar como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município de pequeno porte do interior do Sul de Minas Gerais, atuou como coordenadora da Atenção Primária à Saúde (APS) por 10 anos.

Em 2017, foi convocada para o cargo de enfermeira de ESF, em um município de médio porte onde exerceu suas atividades até os dias atuais. Nessa mesma localidade ocorreu a realização dessa pesquisa. Logo que tomou posse no cargo de enfermeira, foi convidada pela Secretaria Municipal de Saúde a assumir a função de coordenadora da APS, na qual permaneceu até 2020. Na atualidade, exerce apenas função de enfermeira na ESF.

Durante todos esses anos, atuando como gestora da APS, percebeu que surgia, no seu íntimo, a inquietação acerca de sua trajetória profissional e sobre como ampliar suas possibilidades de crescimento pessoal. Mas, atrelado a isso, objetivava realizar algo que resultasse na melhoria de atendimento nas APS. A resposta a essas inquietações despertou na profissional a necessidade de preparar-se para implementar o Processo de Enfermagem (PE) na APS, visto sua obrigatoriedade, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 (COFEN,2009). E, para bem seguir um método, sabe-se que é necessário organizar o cuidado e implementar a assistência, baseado em evidências científicas.

Da união desses fatores (a teoria e a prática), em 2019 foi organizada, pela Coordenação da Atenção Primária à Saúde uma comissão de enfermeiros com o propósito da construção de roteiros para coleta de dados de enfermagem, nas linhas de cuidado: Hipertensão/Diabetes, Saúde da Mulher, Gestante, Adolescente e Criança. Porém, em razão da fragilidade do processo de trabalho das equipes e da ausência de suporte adequado da coordenação, em fornecer subsídios para efetividade no processo, não foram alcançados os resultados esperados.

Em 2021, ao retornar para assistência como enfermeira de ESF, pôde mais uma vez identificar o quanto estavam frágeis os registros dos cuidados prestados; os prontuários muito desordenados; a evolução de enfermagem limitava-se a somente algumas etapas do Processo de Enfermagem (PE). Foi quando seu desejo se fortaleceu em busca de melhorias na prática de enfermagem, com foco no cuidado.

Por entender a necessidade de melhorar o cuidado, bem como a de contribuir com a formação profissional a partir da prática sistematizada, ingressou no mestrado profissional (MP) e, junto com sua orientadora Silvia Matumoto, vislumbrou o retorno da revisão coletiva com os enfermeiros dos roteiros para coleta de dados, visto ser um desejo seu, ainda não alcançado, enquanto estava na coordenação da APS. Isso, apoiado na crença de que o instrumento possibilita cuidado integral e individualizado ao usuário.

Assim, a pesquisa tem como objetivo, buscar resultados no sentido de contribuir com o envolvimento dos enfermeiros em um processo participativo e reflexivo, permitindo-lhes adotar um olhar crítico sobre os métodos de trabalho e o seu próprio valor no cotidiano da vida dos usuários. E, reconhecendo tais fragilidades, possam auxiliar na tomada de decisões, levando em conta a criatividade, como instrumento que estimula o crescimento individual e coletivo.

1 INTRODUÇÃO

No decorrer das últimas décadas, ocorreram constantes mudanças no mundo, advindas de fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais, o que trouxe modificações no modo de viver das pessoas e, conseqüentemente, no perfil de saúde. Essas condições impõem diferentes competências e habilidades para o profissional enfermeiro, uma vez que existe a premência de uma assistência que contemple o cuidado individualizado, holístico com enfoque nas necessidades do indivíduo (CROSSETTI; GÓES, 2016; LOPES *et al.*, 2020).

Na saúde pública, tem-se como porta de entrada a APS, que se caracteriza como centro articulador para o acesso aos usuários, orientada pelos atributos de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário (STARFIELD, 2002).

A atuação do enfermeiro na APS, no Brasil, vem-se consolidando através de práticas assistências seguras, individualizadas, em resposta ao novo modelo assistencial que não está centrado na doença e na cura, mas propõe cuidado centrado nas necessidades sociais de saúde, ou seja, na prevenção de agravos, promoção, reabilitação, redução de danos e na qualidade de vida (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Dessa forma, o enfermeiro exerce suas funções em vários campos, em que a diversidade de atuação é determinada pelos modelos de saúde vigente, modelos de gestão e processos de formação. O multi universo na APS, exige que o profissional atue como elo central na consolidação da APS, em caráter de coparticipação e inovação, através de novos processos no modo de produzir saúde (FERREIRA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado de enfermagem transpõe o processo de cuidar, pois o profissional de enfermagem desempenha várias atribuições, possuindo funções asseguradas pelas legislações em vigor que necessitam de ferramentas para a efetiva assistência prestada, permitindo a inter-relação profissional, qualidade no cuidado e respaldo nas ações em saúde (ANDRADE *et al.*, 2019).

Além disso, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018), em movimento de reconhecimento da relevância da enfermagem, sugere que essa pode contribuir com o avanço da APS, exercendo atividades apoiadas em evidências, para

tomadas de decisões baseadas na ciência e não em senso comum. Acrescenta que há necessidade de a enfermagem assumir novas práticas e cita a Enfermagem com Prática Avançada (EPA) já existente em diversos países. Trata-se de uma inovação de prática que possibilita ações empreendedoras e tecnológicas, interferindo positivamente nos indicadores de saúde.

Enfermeiros com competências avançadas estão presentes em países de primeiro mundo e têm modificado os cenários epidemiológico, econômico, clínico e social de saúde, com melhora significativa da cobertura e do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Entretanto, nos países em desenvolvimento essa prática é pouco difundida e não regulamentada (MIRANDA NETO *et al.*, 2018).

EPA refere-se a uma diversidade de atribuições praticáveis para o profissional atuante em fase avançada de prática. Como no Brasil ainda não existe normatização para a EPA, desde 2015, a OPAS e a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem proporcionado debates sobre a efetivação da EPA no país, direcionada para a APS, articulando as principais organizações, como os Ministérios da Educação e da Saúde e o COFEN (PÜSCHEL *et al.*, 2022).

Apesar de a EPA ser uma realidade em alguns países do mundo, no Brasil, ainda não há regulamentação desse tipo de qualificação profissional, nem da formação desses profissionais em tal área. Algumas ações próprias do enfermeiro de práticas avançadas são exercidas por enfermeiros da APS no Brasil, conforme aponta Almeida *et al.* (2021) a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que apresenta interlocuções referentes às normatizações da EPA. Almeida descreve algumas atividades, como a solicitação de exames para diagnóstico, prescrição de medicamentos, encaminhamentos de referência e contrarreferência, escuta qualificada, estratificação de risco, como parte de protocolos oficializados pelos municípios, estados e os do Ministério da Saúde (MS).

Para o exercício de sua prática profissional, o enfermeiro no Brasil segue as normativas legais do COFEN. Assim, um dos instrumentos utilizados para essa reorganização do processo de trabalho é o PE, o qual constitui um instrumento metodológico que orienta o profissional enfermeiro no desenvolvimento da consulta de enfermagem norteando a produção do cuidado de enfermagem e o registro documental de sua prática assistencial (SANTOS *et al.*, 2021a).

Estudos apontam obstáculos para o PE em Unidades Básicas de Saúde (UBS) como falta de tempo para o atendimento, grande demanda de usuários, sobrecarga,

longa jornada de trabalho, ausência ou ineficiência de Educação Permanente em Saúde (EPS), falta de insumos, de apoio gerencial. Tudo isso interfere na implementação de tal estratégia (RIBEIRO; PADOVESE, 2018).

Nesse sentido, Silva, Aanholt e Nichiata (2021), por meio de um estudo realizado no município de São Paulo com 300 enfermeiros de ESF, apontaram como fatores dificultadores para implementação da SAE e PE, impossibilidade de realizar todas as etapas do PE, déficit de momentos de educação permanente, impaciência por parte da equipe em esperar o tempo necessário para realização das consultas e sentimento de desvalorização.

Ainda são mencionados, entre os pontos dificultadores, a baixa adesão das equipes, a deficiência de preparo técnico-científico, as condições institucionais, o desconhecimento sobre a importância dessa metodologia de atendimento, o acúmulo de funções, a falta de insumos administrativos para executar essa atividade (VICHNEWSKI *et al.*, 2018).

Encontram-se também como aspectos dificultadores na implementação da SAE, a falta de informação baseada em evidências, a falta de utilização de práticas de ensino que proporcionem reflexão participativa (MACEDO; FRANCO, 2021).

Implementar a SAE na ESF exige do profissional da enfermagem dedicação, coragem e determinação diante das adversidades, pois precisa integrar gerência e assistência - duas dimensões presentes no trabalho cotidiano. Esses pressupostos, diante da grande demanda de funções executadas pelos enfermeiros na ESF, são considerados grandes desafios na implantação da SAE na ESF (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Santos *et al.* (2021a) mencionam que a organização dos recursos humanos, contribui para implementação do PE, de forma assertiva. Sendo assim, o dimensionamento de pessoal de enfermagem constitui um instrumento gerencial a ser utilizado para a organização do processo de trabalho das equipes de enfermagem na APS, considerando as especificidades de cada comunidade. A Resolução do COFEN n° 543/2017 contempla parâmetros para dimensionamento do pessoal de enfermagem, nos diferentes serviços de Atenção à Saúde.

A documentação das fases do PE ainda é uma dificuldade para as organizações de saúde. Um estudo relacionado à prevalência dessa documentação em instituições hospitalares, clínicas e ambulatórios dirigidos pela Secretaria da

Saúde do Estado de São Paulo demonstrou que, de 416 setores analisados, somente 288 (69,3%) protocolavam as quatro fases do PE (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, estratégias de formação em serviço poderão contribuir no processo educativo sistemático, na construção de valores, ressignificando a interação no trabalho e valorizando a essência do cuidado, com a prática de enfermagem organizada, como a EPS e Educação Continuada em Saúde (ECS). A EPS possui o atributo de produzir propostas coletivas que favoreçam o aprendizado contextualizado à realidade, empoderando os envolvidos e levando-os a buscar soluções, alinhadas a uma perspectiva com base em interlocuções, enfrentando conflitos no desenvolvimento do processo de trabalho, bem como análise da realidade vivenciada cotidianamente (HIGASHIJIMA; FERLA; SANTOS, 2022).

A aplicação de EPS deve ser fundamentada no uso de processo dinâmico em prol da construção do conhecimento não estagnado pela repetição de saberes que leva os aprendizes, a apenas, escutar e decorar. O que se espera é que cada um crie para si, um aprendizado novo e crítico (CARDOSO *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019).

O uso da ECS deverá ser baseado na utilização do processo dinâmico em favor da construção do conhecimento (HIGASHIJIMA; FERLA; SANTOS, 2022).

Executar o PE é visto como um empecilho para muitos enfermeiros, tanto no âmbito da gerência como no da assistência, pois exige conhecimento técnico e científico e apoio institucional. Para o enfrentamento desse problema, pode-se lançar mão de momentos de EPS, que incitem ações reflexivas, qualificação e aperfeiçoamento, tendo como enfoque a reconstrução da realidade local (BRASIL, 2018).

Na EPS, o foco principal deverá ser o diálogo sobre os problemas do cotidiano, com ênfase na busca de soluções para eles; assim, o trabalhador possui papel de protagonista com uma postura reflexiva, para a transformação do cenário da prática de trabalho (JUSTO *et al.*, 2018).

Destaca-se ainda que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) está embasada em um conceito pedagógico, definido como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao do trabalho. Está ancorada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, o desenvolvimento da investigação foi orientado pelas seguintes questões: Quais são as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na aplicação do Processo de Enfermagem? Quais estratégias poderiam ser construídas ou elaboradas, coletivamente, com o intuito de implementar um roteiro para coleta de dados?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o referencial teórico, a fim de situar a pesquisa. Assim, serão expostos alguns dos temas que podem contribuir para a compreensão do objeto de estudo: Atenção Primária à Saúde e à Estratégia Saúde da Família, Processo de Enfermagem e Educação Permanente em Saúde.

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)

O marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde foi criado em 1920, quando publicado Relatório Dawson dando origem a mudanças no formato organizacional do sistema de saúde, que ia ao encontro do modelo norte-americano (flexneriano), modelo esse que tinha como essência a supervalorização da doença e dos meios tecnológicos ao invés da maior atenção à saúde. Dessa forma, direcionava-se o modelo organizacional em níveis de complexidade, os quais deveriam estar relacionados entre si e com atribuições distintas (STARFIELD, 2002; PORTELA, 2017).

Em 1978 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma-Ata, capital do Cazaquistão e, de cujos debates, resultou uma das metas mundiais mais importantes 'Saúde para Todos no ano 2000', ou seja, o reconhecimento da saúde como direito humano e reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, apontando a APS como primeiro componente do processo de assistência, sendo essencial para a atenção à saúde e cujo acesso deveria ser assegurado a todos os indivíduos e a toda comunidade, mediante sua participação (BIRN, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Ainda durante a Conferência de Alma-Ata, foram indicados os cuidados primários como parte integrante dos sistemas nacionais de saúde. A APS foi tratada como núcleo central do sistema, com enfoque no desenvolvimento socioeconômico da população, devendo ser apoiada por sistemas de referência integrados, efetivos e mutuamente amparados, gerando melhora progressiva nos cuidados de saúde para toda a população e priorizando os mais necessitados (DAMACENO *et al.*, 2020).

Em relação aos cuidados primários a OMS (1978, p. 1-2) descreveu que são:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

No Brasil, inicialmente o acesso à saúde pública era associado ao vínculo com o mercado formal, ou seja, com carteira de trabalho assinada. Com isso os demais trabalhadores ficavam à mercê dos serviços de saúde filantrópicos, gerando diversos movimentos sanitários junto a segmentos populares, intelectuais da saúde e profissionais, na década de 70 (DRUCK, 2016). Na V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, o sistema de saúde brasileiro foi descrito como “insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz” (PAIM *et al.*, 2015, p. 24).

Ainda em 1975 ocorreu a aprovação da Lei nº 6.229, que dispunha sobre a criação do Sistema Nacional de Saúde, que tinha como proposta ampliar a oferta de serviços de saúde nas áreas rurais e na região do nordeste. Logo em seguida foi organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica Sanitária com criação de várias ações voltadas a diversas patologias e a outras questões de saúde públicas, entre elas a da materno-infantil. Com a realização de novas mobilizações e junções referentes ao sistema previdenciário, ocorreu em 1977 a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com oferta de serviços de saúde para população independente de vínculo trabalhista (PAIM *et al.*, 2015).

O movimento internacional de valorização e direcionamento aos países para que organizassem seus sistemas de saúde com foco na APS como ordenadora da atenção ia ao encontro do movimento da Reforma Sanitária com a participação da sociedade civil e acadêmica, no contexto de lutas contra o regime ditatorial. Um marco dessa expressão foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que estabeleceu as pautas para o capítulo da saúde da Constituição Federal (CF) promulgada em 1988. Vale ressaltar que as Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, foram precursoras do fortalecimento das políticas direcionadas às APSs no Brasil e as que

mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Como parte do processo de consolidação SUS, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando ao fortalecimento do elo com as famílias através de ações de educação em saúde. Posteriormente, em 1994, o PACS foi substituído pelo Programa Saúde da Família (PSF), composto por uma equipe multiprofissional, com atribuições de desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Após a regulamentação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006 atualizada em 2012, o PSF passou a ser denominado ESF, atuando com enfoque na escuta qualificada e no acolhimento (BRASIL, 2017).

A Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar a situação de saúde das pessoas e da coletividade, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

A APS, dentro dos sistemas de saúde, é considerada o primeiro nível de atenção ambulatorial não especializado direcionado a resolver as necessidades mais comuns de saúde de uma população. É, usualmente, a porta de entrada do SUS, de fácil acesso e representada pelos serviços ambulatoriais (PORTELA, 2017).

No Brasil, o sistema de saúde está organizado segundo os preceitos do SUS, com relação à APS e existe orientação quanto ao trabalho da APS, sendo definida na Portaria n 2.436 de 2017, do MS, que estabelece a “Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, p. 1). Silva *et al.* (2020), citam que a portaria vem para reafirmar princípios das políticas anteriores (BRASIL, 2006; 2011).

Entretanto, estudiosos tecem críticas quanto aos impactos negativos sobre a Política de Atenção Básica (PNAB, 2017). A nova PNAB propõe mudanças quanto

ao formato de financiamento, critica a modalidade (do financiamento) e comenta a composição das equipes de ESF; atribuições compartilhadas entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Comunitários de Endemias (ACE); viabilidade de redução do número de ACS nas equipes; flexibilização da carga horária dos profissionais da equipe, como médicos (SILVA *et al.*, 2020; MASSUDA, 2020). Silva *et al.* (2020) ainda mencionam que implicações significativas no processo do trabalho dos ACS, podem ocorrer, enfatizando as questões da restrição de acesso e garantia da integralidade do cuidado.

É importante destacar que, ao longo dos anos, a APS vem-se consolidando e tem conquistado espaço nas discussões na área de saúde, visto o crescimento das doenças crônicas e a mudança na faixa etária da população. Verificou-se, assim, a necessidade de se organizar o serviço de saúde por meio de um sistema responsável, integrado e eficiente (DAMACENO *et al.*, 2020).

A ESF consiste em uma política pública com o objetivo de modificar a realidade social, considerada nos dias de hoje um dos pilares da saúde pública no país. É vista como modelo de organização do sistema de saúde e do cuidado por meio de ações de aspectos coletivos e individuais visando, a partir da atenção básica, à resolutividade de problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população (OLIVEIRA *et al.*, 2019a).

Um ponto importante da eSF é a composição de sua equipe. Uma eSF deve ser composta, no mínimo, por médico, especialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ainda fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas) preferencialmente especialistas em saúde da família e o auxiliar ou técnico em saúde bucal. Essa equipe é responsável por acompanhar todo processo de saúde, doença e cuidado do indivíduo, de sua família e da comunidade (BRASIL, 2017).

A ESF vem ao encontro da reestruturação da APS no Brasil e objetiva sistematizar ações vinculadas às melhores condições de saúde da população. Apontam avaliações de impacto para a queda significativa da mortalidade infantil, fetal, adulta e materna, orientam para redução da desnutrição e promovem a melhoria do acesso às consultas de pré-natal. Há evidências de que a eSF, com processo de trabalho fortalecido e com expansão territorial populacional adequada,

contribui para a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (NEVES *et al.*, 2018).

A enfermagem, ao longo de décadas, vem-se fortalecendo através da consolidação da eSF e pelas várias atividades de atuação (práticas gerenciais, educacionais, clínicas e de vigilância) vem colaborando com o desenvolvimento dos atributos da APS. Além disso, os enfermeiros são considerados atores imprescindíveis para o fomento de transformação das práticas em saúde, com a capacidade de dimensionamento de problemas em diversos contextos dentro de um cenário complexo que é a ESF (MAGNAGO PIERANTONI, 2021; NUNCIARONI *et al.*, 2022). Logo no campo da eSF o enfermeiro, possui a habilidade de desenvolver diversas competências tais como: “liderança; educação permanente; ética; comunicação; gestão de pessoas e de recursos materiais; trabalho em equipe e cuidado à saúde” (LOPES *et al.*, 2020, p. 5).

Assim o enfermeiro, na APS, exerce diversas atribuições que, segundo a PNAB (2017) compreendem:

- I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II. Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII – Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017, p. 57).

Nesse sentido, o profissional enfermeiro, ao realizar as ações de saúde, aplica as tecnologias de trabalho que incluem, no cotidiano de trabalho, tecnologias de cuidado que respeitam a subjetividade e a singularidade de cada um e ele, o enfermeiro, assume seu espaço como protagonista das ações, com práticas

assistenciais centradas na comunidade, baseadas em evidências (BRASIL, 2017; LOUREIRO *et al.*, 2017).

Assim, para Silva *et al.* (2018) e Barros, Lima e Magalhães (2021) a tecnologia do cuidado em saúde é tudo que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas e que pode proporcionar maior assertividade na assistência ao usuário. Em relação à enfermagem acredita-se que a utilização das tecnologias contribui para melhor gestão do cuidado, com qualificação fundamentada na ciência. Elas podem ser classificadas em leves: relações do tipo produção de vínculo, escuta qualificada, gestão do processo de trabalho; leves-duras: conhecimento técnico e científico, prática clínica; duras: equipamentos médicos e outros, protocolos, estruturas organizacionais.

Para auxiliar na organização do cuidado, definir metas, prioridades e acompanhar a evolução das atividades de saúde realizadas é de grande importância a utilização de ferramentas de gerência do cuidado. Uma das ferramentas que deve ser utilizada pelo enfermeiro da ESF é o PE, que será descrito no próximo tópico.

2.2 Processo de Enfermagem (PE)

O PE é considerado uma ferramenta de gestão do cuidado com o objetivo de organizar a assistência de enfermagem. É estabelecido legalmente pela Resolução COFEN 358/2009 que regulamenta sua implementação em todas as instituições públicas ou privadas em que haja o cuidado profissional de enfermagem (PANEGASSI; SOARES; GONZAGA, 2018; RIBEIRO; PADOVEZE, 2018; COFEN, 2009).

Souza *et al.* (2021) citam que espaços de discussão têm ocorrido em torno de como abordar os termos SAE e PE de forma distinta. Com isso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu um grupo de trabalho (GT), através da Portaria 1226/2021, para atualização da Resolução 358/2009, cujo trabalho resultou em várias propostas de reformulação relativas à linguagem mais atualizada. Para aprovação das atualizações, foram disponibilizadas, em formato de consulta pública, as propostas, através do site do COFEN, para que, posteriormente, o GT finalize e envie para aprovação final.

A proposta da resolução abrange a Assistência de Enfermagem em todos os contextos, (ESF, comunidade, atendimento domiciliar), reforçando a importância da

documentação, anotação de enfermagem conforme a Resolução 429/2012, consolidando o termo Processo de Enfermagem (PE), organizado em cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação, e reavaliação/avaliação final de Enfermagem (COFEN, 2022).

Portanto, o uso dos princípios da SAE é um compromisso não só de ordem legal, mas também de ordem ética, não podendo protelar o atendimento das expectativas de uma população que necessita de uma assistência de qualidade e a merece. Dessa maneira, sistematizar todo o cuidado e, em consequência, garantir o PE é um propósito da enfermagem contemporânea (OLIVEIRA *et al.*, 2019b).

Para implantar a SAE, necessita-se da compreensão dos profissionais sobre a importância das atitudes resultantes do cuidado de enfermagem que influenciam os desfechos na saúde dos pacientes (AZEVEDO *et al.*, 2019). Desse modo, é importante a capacitação dos profissionais da enfermagem e o maior comprometimento organizacional para reduzir os entraves na aplicação da SAE, otimizando o processo através de protocolos específicos e programas de capacitação (OLIVEIRA *et al.*, 2019b).

A utilização da SAE é essencial para a prestação de uma assistência efetiva, pois ela propicia ao profissional de enfermagem métodos técnicos, científicos e humanos, melhorando a qualidade da assistência praticada no paciente, possibilitando o enaltecimento e o reconhecimento da enfermagem pela população (COFEN, 2009; GUTIERRES *et al.*, 2018; RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

Assim sendo, além de contribuir para uma assistência segura de enfermagem, a SAE, com a incorporação do PE, uma vez instalada e executada corretamente, contribui para a prática de investigações acadêmicas, avaliações jurídicas, auditoria de contas e exame geral das etapas da qualidade da assistência de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2019b).

O PE, como sendo um dos pilares da SAE, consiste em uma maneira de organizar o trabalho do enfermeiro no cuidado buscando qualidade na assistência prestada (AZEVEDO *et al.*, 2019). Para Chotolli, Cucolo e Perroca (2018, p. 2838) o PE “requer raciocínio clínico, sistematização e formalização das atividades e diz respeito à organização da assistência”.

O PE orienta o cuidado organizado em cinco etapas, sendo: coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento, implementação; avaliação de

enfermagem (SILVA; GARANHANI; PERES, 2015; RIBEIRO; PADOVEZE, 2018; AZEVEDO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, Santos *et al.* (2021a, p. 170), ainda nos trazem que:

A resolução 358 de 2009 afirma dispor sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Nesse sentido, deve-se pôr em prática o PE e não a SAE, já que esta seria a responsável por reunir os elementos necessários para a execução ou realização do PE. De igual modo, na mesma resolução, no artigo 6º cita-se o registro das etapas do PE, não da SAE. Parece razoável inferir outra diferença fundamental entre os termos, ou seja, SAE é constituída de pilares, e o PE de fases, o que lhe confere um caráter processual, dinâmico e vivo; ocorrendo no momento do encontro da ciência de Enfermagem com as demandas de cuidado.

Dessa forma, o PE pode ser entendido como um instrumento ou um modelo metodológico aplicado para organizar o cuidado centrado nas necessidades do indivíduo (HORTA, 1979 *apud* BARROS *et al.*, 2022).

Cronologicamente, as gerações do PE compreenderam o primeiro período de 1950 a 1970, o segundo período de 1970 a 1990, e entre 2000 e 2010, o terceiro período, estando previstas possíveis diretrizes futuras da quarta, quinta e sexta gerações entre 2020 e 2060 (KUIPER *et al.*, 2017).

O primeiro período do PE foi direcionado para a procura de impasses de enfermagem e para as fases de intervenção, bem como para a fundamentação teórica com vistas à sua execução. O segundo período foi marcado pela estruturação do PE, ampliando o processo das quatro etapas iniciais para cinco – coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Nesse novo período emerge a concepção de produção de Sistemas e Linguagens Padronizadas (SLPs), retratando tanto os componentes da prática como os diagnósticos de enfermagem e apontando para desmembramentos que beneficiam o raciocínio clínico e a procura por resultados concretos, o que caracteriza os próximos períodos do PE (KUIPER *et al.*, 2017).

A coleta de dados no PE: trata-se da investigação de dados relacionados ao estado de saúde do paciente, da família e da comunidade, com a intenção de conhecer as carências, as dificuldades, as inquietações e as reações humanas do cliente (SANTANA; COHRS; FRANÇA MELO, 2021).

Tannure e Pinheiro (2017, p. 2) acrescentam que “sem uma coleta de dados adequada, durante a anamnese e o exame físico, o enfermeiro não tem condições

seguras para diagnosticar e, conseqüentemente, para planejar e implementar cuidados de modo apropriado”.

A coleta de dados ou investigação, apesar de ser a primeira etapa do PE, é contínua, sendo considerada precisa quando se tem propósito e direção. Ela é primordial e os enfermeiros devem estar atentos aos dados obtidos, quanto à sua validade, confiabilidade e relevância para que haja sucesso nas outras etapas. A coleta de dados baseia-se no exame físico e histórico do paciente e da família e necessita de domínio do enfermeiro, para o claro conceito das informações e o uso de perguntas e observações adequadas a uma abordagem sistemática e organizada com sequência lógica (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Silva, Silva e Gonzaga (2017) citam que a coleta de dados pode ser realizada em quatro tipos: avaliação inicial; avaliação focalizada; avaliação de emergência e avaliação de acompanhamento. A avaliação é realizada no acolhimento ao paciente e o enfermeiro, para realizá-la, necessita de um instrumento de coleta específico para servir de guia, de acordo com o ambiente onde será realizada a próxima etapa. Para os autores citados, a aplicação desse instrumento possibilita uma exata coleta de dados, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, o que favorece o raciocínio clínico e a melhor classificação, quando se utiliza o NANDA Internacional (NANDA – I).

O diagnóstico de enfermagem tem como base o julgamento sobre necessidades humanas específicas para alcançar resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável. Os diagnósticos de enfermagem referem-se à maneira como o paciente, a família, e a comunidade interagem com os determinantes sociais, os quais possuem influência na ocorrência do processo saúde/doença (SILVA; SILVA; GONZAGA, 2017).

De acordo com o COFEN (2009, p. 2 e 3) o diagnóstico de enfermagem é um:

“processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados”.

O planejamento de enfermagem é definido como a determinação dos resultados que se esperam alcançar por meio das ações/intervenções de

enfermagem que serão realizadas em decorrência da coleta de dados e da etapa de diagnóstico de enfermagem (COFEN, 2009).

Tem-se como componente do planejamento de enfermagem a definição dos diagnósticos prioritários de enfermagem, a formulação de ações e resultados esperados e a prescrição de enfermagem que serão executados na fase de implementação. Esses componentes, para serem bem planejados, dependerão das habilidades e conhecimentos do enfermeiro executor, da equipe de execução, da aceitação do paciente e de seus familiares (SILVA; SILVA; GONZAGA, 2017).

A implementação é a etapa de aplicação das atividades prescritas no planejamento da assistência, no intuito de abordar os determinantes biopsicossociais. Tais atividades serão elencadas de modo que toda equipe multidisciplinar possa participar do processo do cuidar (SILVA; SILVA; GONZAGA, 2017; COFEN, 2009).

A avaliação de enfermagem, última etapa do PE, representa a comparação da resposta do indivíduo e da família após determinado tempo de execução das intervenções planejadas com os resultados esperados. A avaliação do processo busca verificar o cuidado prestado pela equipe e a qualidade da assistência, além de pontuar as necessidades de mudanças, caso o resultado não seja alcançado. Essa avaliação exige revisão de todo o plano de cuidados, em todas as etapas (SILVA; SILVA; GONZAGA, 2017).

No PE, a avaliação de enfermagem se dará ao longo do tempo, assim efetivando o atributo da longitudinalidade, um dos atributos da APS, em que ocorre o acompanhamento do indivíduo ao longo do tempo e do qual se espera envolvimento terapêutico. Esse atributo, através da escuta qualificada possibilita a redução de encaminhamentos para outros setores, de forma que a APS se torne mais qualificada e resolutive (STARFIELD, 2002).

O COFEN define a Avaliação de Enfermagem como:

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009, p. 3).

Gryschek *et al.* (2019) citam que o PE é uma ferramenta para organizar a gestão do cuidado, oferecendo fundamento para registrar as atividades de enfermagem. Acrescentam ainda a obrigatoriedade dos registros das etapas que compõem o PE, no prontuário do paciente e sugerem como possibilidade a implantação do Sistema de Linguagem Padronizada (SLP), nas instituições de saúde, através dos sistemas de informação, como parte dos seus processos de gestão”.

As normativas relativas aos registros da assistência de enfermagem orientam a execução e a responsabilidade. A Resolução COFEN n. 429/2012 dispõe em seu artigo 1º:

Artigo 1º – É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012, p. 1).

Já a Resolução Cofen nº 514/2016 disponibiliza na forma digital o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Objetiva, assim, a melhoria da qualidade dos registros para subsidiar as decisões clínicas do enfermeiro, bem como, facilitar a comunicação entre os profissionais da equipe de enfermagem e os de saúde.

Estudos demonstram que, embora a enfermagem esteja presente em 80% dos serviços ofertados pela APS, os dados produzidos pelo sistema de informação são referentes a atividades médicas (GRYSCHKEK *et al.*, 2019). Nesse contexto, Sanson *et al.* (2017) afirmam que o registro da assistência de enfermagem com uma terminologia padrão poderia contribuir para o reconhecimento da profissão.

Corroborando, Gimenes *et al.* (2015 p. 5) destacaram que:

Na enfermagem há diversos SLP; eles auxiliam na organização dos conceitos. Ao se avaliar a condição de uma pessoa, o enfermeiro identifica o que aquela pessoa está apresentando; a partir daí ele analisa como aquela pessoa deveria e poderia estar na tentativa de elevar seu padrão de saúde; a seguir, ele decide o que poderia fazer para obter o resultado desejado. Muitas habilidades e fatores determinam essas decisões; mas, o que a pessoa apresenta (o diagnóstico apresentado), o que o enfermeiro determina como objetivo a ser alcançado (resultado esperado) e o que ele

define como ações para alcançar o que foi planejado (intervenções), são comunicados ao mundo profissional por meio de conceitos.

Conforme descrito, em meados de 1970 foi descoberto por enfermeiros e educadores, nos Estados Unidos, que “os enfermeiros, de modo independente, diagnosticavam e tratavam ‘algo’ relacionado aos pacientes e suas famílias que era diferente dos diagnósticos médicos”. Dessa descoberta originou a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem e a elaboração da estruturação profissional conhecida no meio acadêmico e científico como NANDA International (NANDA-I) ferramenta que profissionais de enfermagem utilizam para auxílio na elaboração do PE e que, na atualidade, está em sua 12ª edição (2021-2023) apresentando 267 diagnósticos, dos quais 50 são novos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018; HERDMAN *et al.*, 2021, p. 412).m

A classificação da NANDA-I que se refere aos diagnósticos de enfermagem possui os conceitos que representam o julgamento clínico das respostas/ interpretação do indivíduo, da família ou da comunidade, de maneira que sejam contemplados aspectos biológicos, sociais e psicológicos (FONSECA; RODRIGUES; MISHIMA, 2015). As Taxonomias de Enfermagem são utilizadas para determinar os diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções de Enfermagem (SANTANA *et al.*, 2021).

Utiliza-se a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) para se estabelecerem os resultados esperados em cada diagnóstico de enfermagem. Já, para definir as intervenções de enfermagem, o enfermeiro poderá utilizar a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC).

A Classificação Internacional de Enfermagem (CIPE), também é uma terminologia padronizada, organizada pelo ICN, que descreve os cuidados de enfermagem, conforme a classificação dos fenômenos identificados através da coleta de dados, a padronização das terminologias científicas que são utilizadas para diagnóstico, intervenção e resultados da prática assistencial. Mesmo utilizando esses padrões de classificação, é de grande importância que as atividades planejadas sejam evidenciadas cientificamente (FONSECA; RODRIGUES; MISHIMA, 2015; SILVA; SILVA; GONZAGA, 2017).

A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) volta-se à saúde coletiva e pode ser utilizada como instrumento do processo de trabalho assistencial do enfermeiro em saúde coletiva como sendo um

potencializador da avaliação processual dos resultados, dos benefícios e impactos da ação da enfermagem, tanto do ponto de vista assistencial quanto do de gerência e investigação. A CIPESC permite a captura dos padrões diferenciados de práticas de enfermagem que, no Brasil, encontram-se multifacetadas e realizadas (as práticas) por multiagentes (GRYSCHKEK *et al.*, 2019).

Gryschek *et al.* (2019, p. 6), também acrescentam que as taxonomias, NANDA-I/NIC/NOC e CIPE/CIPESC que destacam “problemas”, e não apresentam potencial de interação com as equipes multidisciplinares”, em especial no contexto da APS, assim o fazem por terem sua aplicação na clínica hospitalar, com exceção da CIPESC e Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).

Considerando a importância do uso dos sistemas de informação no PE, Garcia *et al.* (2017) citam o sistema de informação e-SUS AB, utilizado na APS. O referido sistema de informação apresenta dois softwares: o Sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sendo que ambos transferem dados para o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Além disso, a versão PEC permite integração imediata com outros pontos da rede e melhor gerenciamento. O sistema possui várias tarefas: Cadastro do núcleo familiar, criação de agenda para equipe multiprofissional, relatório a partir da situação de saúde do território, atendimentos e acompanhamento dos indivíduos, CIAP.

Conforme dispõe recomendação do Parecer Conjunto da Câmara Técnica nº 004/2022 o método S.O.A.P. é ferramenta compatível com o desenvolvimento do PE. S.O.A.P. é um acrônimo usado em um prontuário guiado por problemas e evidências para registro da evolução dos problemas das pessoas atendidas. Cada letra se refere a uma informação, segundo descreveu Coriolano (2017): S (subjetivo) significa o espaço no qual se registram as informações com base na experiência do indivíduo que está sendo atendido. Ai, podem-se anotar as queixas e também os sentimentos, bem como a motivação do atendimento, anamnese, problemas apresentados; o (objetivo) que compreende as informações observadas do ponto de vista clínico como dados do exame físico e/ou resultados dos exames complementares; A (avaliação) local é bastante semelhante a hipóteses diagnósticas do modelo tradicional de registro, só que nessa metodologia esse é o espaço para incluir problemas evidenciados na consulta em relação com a resolatividade ou não; P (plano) espaço designado para a proposta terapêutica, como medicações prescritas,

solicitações de exames complementares, orientações realizadas, encaminhamentos e pendências para o próximo atendimento, ou seja, um plano de ação para o paciente.

O PE no PEC do e-SUS, através do S.O.A.P., vinculado ao sistema de CIAP, é considerado uma ferramenta adequada à APS, pois permite classificar, não apenas os problemas, mas também as questões relacionadas às pessoas em atendimento e estabelecer os aspectos diagnosticados pelos profissionais de saúde, os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe. Essa classificação, pode ainda ser utilizada por todas as categorias profissionais de saúde (COFEN, 2022)

O PE é ancorado em bases teóricas de enfermagem, os quais constituem uma reunião de conceitos que exteriorizam o olhar sistêmico sobre determinado fenômeno. Apontam ser esses conceitos relevantes na descrição, explicação e prescrição de providências na prática assistencial, ou seja, fundamentam as práticas e os saberes da enfermagem (BOUSSO; POLOS; CRUZ, 2014).

As teorias classificam-se em quatro níveis: Nível I- isolamento de fatores; Nível II relacionamento de fatores; Nível III- relacionamento de situações (preditivas) e Nível IV produtora de situações (prescritivas). Na enfermagem, é aconselhável que as teorias sejam de nível IV. São urgentes e devem preencher as seguintes características: escopo, complexidade, utilidade, valores implícitos, validade, ser geradora de informações, ter terminologia própria. Na década de 1960, surgiram as primeiras teorias com objetivo de relacionar fatos e estabelecer as bases de uma ciência de enfermagem (DICKOFF; JAMES; WISDENBACH, 1968 *apud* WANDERLEY, 2018).

A enfermagem é possuidora de uma metodologia de cuidar dinâmico, sistematizado e cientificamente alicerçado e, com suas teorias, tem capacidade de correlacionar as ocorrências e criar a estrutura científica para atuação profissional, colocando o indivíduo dentro de um contexto que recebe influências sociais, ambientais e humanas (PIRES *et al.*, 2015). Para a consolidação desse saber gerado, a enfermagem vai-se reestruturando constantemente e aprimorando conceitos e teorias, que estão estreitamente interligados ao progresso e à ampliação da profissão (BOUSSO; POLOS; CRUZ, 2014; ALVES *et al.*, 2021).

Sobre as Teorias de Enfermagem, é importante citar algumas que trazem embasamento científico para organizar a prática do cuidado de enfermagem, como a Teoria Ambientalista - Florence Nightingale (1859) que propõe a organização do

processo administrativo e da assistência, enfatizando a importância do sanitarismo, a individualização do cuidado, por meio de ações que são conhecidas como medidas de Biossegurança; a Teoria Humanista de Josephine Patterson e Loretta Zderad (1960) pela qual, o indivíduo é tratado de forma individual, valorizando as experiências; a Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee (1966) em que o adoecimento e o sofrimento do indivíduo e da família são interpretados por meio do estabelecimento do *feedback* que traduz as experiências, por meio da comunicação; a Teoria da Adaptação de Callista Roy (1970), para a qual a enfermagem é uma disciplina científica que auxilia nas adaptações ao processo saúde-doença; a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1971) em que a enfermagem supre o autocuidado quando o indivíduo não tem condições de realizá-las; e a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger (1978) que entende o cuidado como cultural, conforme as vivências, ou seja, acredita que o povo tem seus próprios sistemas e modos de se cuidar (LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006).

No Brasil, a precursora em abordar o PE foi Wanda de Aguiar Horta, na década de 70. O impacto causado pela abordagem do PE foi observado por meio de sua aplicação na assistência, no ensino e na pesquisa, por meio da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, inspiradas em Maslow, que tem como essência a individualidade do cuidado, considerando as necessidades psicológicas, espirituais, fisiológicas, sociais, como determinantes no equilíbrio entre saúde e doença (HORTA, 1974).

Os conceitos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) nas quais Wanda Horta baseou-se, permeiam o processo de enfermagem com investigação, interatividade e intervenção junto aos indivíduos. A Teoria aponta cinco classes de necessidades que precisam ser realizados por ordem de relevância. São eles: classe de necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de ego ou estima e de autorrealização. Desenvolvida com fundamento na Teoria da Motivação Humana descrita por Maslow, essa teoria abrange três princípios gerais, quais são: a lei do equilíbrio (homeostase): segundo o qual, todo o universo sustenta-se por sistemas de equilíbrio dinâmico entre os indivíduos; a lei da adaptação, pela qual os indivíduos buscam permanecer em equilíbrio a partir da relação com o meio externo; e a lei do holismo em que o todo não é meramente a soma das partes, mas o conjunto delas. (HORTA, 1974 *apud* WANDERLEY, 2018).

A partir de seus pressupostos, essa teoria possibilita uma maior proximidade entre os profissionais de enfermagem e os pacientes na compreensão da integralidade do cuidado do paciente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual (OLIVEIRA, 2012; SOUZA *et al.*, 2019).

Destaca-se que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas é a mais difundida no Brasil, inclusive no município de Passos, embora não se tenha uma avaliação mais sistematizada de seu uso. Além disso, na APS é utilizada a CIAP, linguagem padronizada pelo sistema informatizado do SUS, o e-SUS.

Na perspectiva da APS, segundo Facchine, Tomasi e Delélio (2018) o fortalecimento do trabalho em equipe é importante para a garantia da integralidade e da coordenação das atividades de promoção da saúde, da prevenção de agravos à saúde e cuidado de intercorrências e agravamentos clínicos, de cada usuário do serviço. Dessa maneira, a qualificação de conhecimentos e habilidades, na execução de manobras, procedimentos e raciocínio clínico, baseada em protocolos, alertas, estratégias de busca ativa e rastreamento, podem maximizar a intervenção clínica, o gerenciamento do caso e a administração do cuidado, proporcionando a integralidade da atenção.

Segundo os Tannure e Pinheiro (2017), a escolha para utilizar uma teoria de enfermagem, dependerá das normas e exigências da instituição de saúde, do apoio institucional, do nível de complexidade do serviço e do perfil dos pacientes atendidos.

Diante da complexidade e das exigências da APS, faz-se necessária a elaboração de novas estratégias para garantir o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes das equipes de saúde, o que direciona a sua atenção ao universo da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde. No Brasil, o tema está formalmente anunciado no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema (FERNANDES *et al.*, 2020).

2.3 Educação Permanente em Saúde (EPS)

De acordo com Fabris e Silva (2018) o processo de educação é tido como um fenômeno social, compreendendo uma ação humana essencial à existência, bem como algo importante para o sucesso do funcionamento da sociedade. Portanto, a

educação precisa estar presente para que ocorra o desenvolvimento contínuo dos indivíduos, favorecendo ativamente o aprimoramento das habilidades, tanto físicas quanto mentais, instruindo-os, dessa forma, para a integração na sociedade em todos os seus níveis. Logo, a educação permanente (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica, que se consolida através de práticas problematizadoras, tendo como potencial o papel de agente transformador da sociedade (RODRIGUES *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, na década de 1980, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) incentivaram o início da EPS objetivando o desenvolvimento dos profissionais de saúde. Em 2004, a EPS foi lançada no Brasil, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), regulamentada pela Portaria GM/MS n 198, passando a promover um importante papel na democratização do SUS, utilizando-se de “três estratégias no intuito de garantir a sua implantação: os polos/rodas de EPS, formação de facilitadores e rede de municípios colaboradores” (SANTOS, 2022, p. 5).

A PNEPS é considerada uma estratégia fundamental para a dinâmica de organização do trabalho, sendo um suporte para a transformação e consolidação dos serviços de saúde, em práticas inovadoras e de gestão (MERHY, 2006). De acordo com Santos (2022, p. 3), compreende-se que, momentos de aprendizado no cenário do trabalho, são previstos no âmbito da EPS através de processos de “reconhecimento”, quando instigados pelas necessidades daqueles que atuam no ambiente de trabalho.

Algumas práticas de EP com destaque à qualidade da atividade clínica enaltecem a utilização de ferramentas como módulos de autoaprendizagem, casos clínicos participativos e planilhas eletrônicas para acompanhamentos automatizados de atividades programáticas, desenhadas em razão do perfil da população consumidora dos serviços da APS. A EP é imprescindível para o êxito de intervenções voltadas para a capacitação da prática profissional. As ações educativas podem desenvolver as atribuições profissionais, aprimorando o escopo e a dimensão da prestação de cuidados (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Ferreira *et al.* (2019) acrescentam que a educação reflexiva é aquela que se caracteriza pelo diálogo contínuo de maneira horizontal, em que todos são protagonistas no cenário em questão e as experiências vivenciadas constituem o ponto de partida para a construção de novos conhecimentos e práticas, em busca de melhorias no trabalho.

A prática da EPS está fundamentada na concepção de educação reflexiva, centrada na prática de ensino e aprendizagem com foco nas dificuldades cotidianas, na valorização do trabalho, na articulação dos diferentes atores, pensando sempre no coletivo. Em contrapartida, a EC é pautada na transferência de conhecimento de forma fragmentada e isolada, de modo a atender necessidades individuais, com ênfase em treinamentos (PEDUZZI *et al.*, 2009).

É importante destacar que processos de aprendizagem baseados na prática da EC têm como característica o modo descendente, uni profissional, com objetivo de atualização técnica, com enfoque nas demandas da instituição. Segundo Ferreira *et al.* (2019, p. 225): “iniciativas com características da EC apresentam-se como insuficientes para atender às demandas crescentes determinadas pelo avanço da implementação do SUS, mais especificamente da APS, pela sua desarticulação com as práticas de atenção à saúde”.

A implementação da EPS adequada, estruturada e efetiva na APS tem grande potencialidade para qualificar os trabalhadores, de modo que os enfermeiros e outros membros da equipe de enfermagem fiquem incentivados a implantar e utilizar o PE, como um instrumento na prática do cuidado, visando à melhoria da qualidade da assistência, quanto ao gerenciamento e efetividade das ações a serem realizadas com os pacientes e na interlocução com os demais membros da equipe da ESF.

Mas, segundo Pires e Teixeira, (2020) os principais obstáculos para a execução do PE na APS estão relacionados à gestão dos serviços de saúde. Os obstáculos identificados não se associam somente à resistência do enfermeiro, mas também a interesses políticos e administrativos que se opõem a essa prática. A sobrecarga de trabalho foi evidenciada como principal motivo, seguido de ausência de momentos de EPS sobre PE, infraestrutura inadequada, desmotivação e falta de apoio da equipe. O autor acima também discorre sobre a necessidade de impulsionar a qualificação dos profissionais sobre como implantar o PE, para oferecer uma assistência de enfermagem que traga qualidade no cuidado do paciente.

Assim, como já anunciado na introdução desse projeto de pesquisa, a EPS está sendo aqui tomada como um importante instrumento que pode auxiliar na implantação e implementação do PE na APS, uma vez que, segundo Pires e Teixeira (2020); Santos (2022), instiga a transformação coletiva e auxilia o profissional a traçar estratégias inovadoras no seu ambiente de trabalho, sendo importante enfatizar a importância da busca do cuidado sistematizado, com enfoque em métodos científicos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a aplicação do processo de enfermagem da ESF, com enfoque na etapa da coleta de dados.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento do PE;
- Revisar um dos roteiros de coleta de dados do PE elaborado em 2019;
- Desenvolver estratégias de implementação dos roteiros de coleta de dados do Processo de Enfermagem.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

O método escolhido para guiar a investigação foi a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), abordagem que trabalha na perspectiva de valorizar a realidade do indivíduo, dentro de um contexto não quantificado, centrado na valorização do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA é utilizada como uma abordagem metodológica, de pesquisa qualitativa, elaborada pelas enfermeiras Dra. Mercedes Trentini e Dra. Lygia Paim no ano de 1999, aplicáveis a estudos que têm como finalidade identificar lacunas, dificuldades e, também, possui a potencialidade de contribuir para criação de práticas inovadoras. Os resultados apontam que o método permite o envolvimento de diversos contextos com inclusão da comunidade, dos profissionais de enfermagem e dos demais membros da equipe (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA contextualiza a realidade e projeta inovações no ambiente de trabalho, no sentido de desmitificar o conceito vertical que diferencia aqueles que sabem mais, daqueles que sabem menos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). As autoras referem que esse método possui aspecto marcante, tendo como requisito o envolvimento do pesquisador em estimular críticas reflexivas, renovando práticas nas ações de saúde.

Nesse contexto, o pesquisador pauta-se pela concepção de que implementar ações educativas para que o trabalhador se perceba como parte do processo possibilita aprimoramento da prática profissional através da discussão e da reflexão em grupo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, 2017).

A PCA é ancorada no construtivismo social, em que o pesquisador e o pesquisado constroem conhecimento a partir de sua interação social, com foco na formação de relações caracterizadas por ações compartilhadas, de forma que os pesquisadores negociem/contratualizem prioridades elencadas pelo grupo. Caso contrário, a pesquisa se tornará apenas um trabalho acadêmico (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Nesse contexto, Trentini, Paim e Silva (2017, p. 3) trazem os atributos essenciais da PCA e estão denominados como: imersibilidade, simultaneidade, expansibilidade e dialogicidade. Vejamos:

1. Imersibilidade representa o “mergulho” do pesquisador nas ações de pesquisa e nas ações de prática assistencial, no mesmo espaço físico e temporal do contexto do estudo.
2. Simultaneidade que implica na “dança”, ou seja, o movimento em recíproca convergência das ações de estudo e ações da prática assistencial durante o processo da PCA. Esses movimentos se desenham como espaços de superposição, de modo a proporcionar reflexões, inovação no contexto da prática assistencial no cenário de pesquisa.
3. A Expansibilidade é um atributo que confere ao pesquisador reconstruir o contexto da prática assistencial e também descobrir novos conhecimentos para a construção de novas teorias.
4. Dialogicidade inclui a compreensão da existência de duas lógicas: da assistência e da pesquisa, com a valorização de todos os atores, onde a negociação considera a individualidade e os interesses de cada um.

Quadro 1. Fases operacionais da Pesquisa Convergente Assistencial, Passos, Minas Gerais, Brasil, 2023.

FASES	AÇÃO	Reflexões
1 Fase de Concepção	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterização do problema e o objeto de estudo - Definição dos referenciais teóricos para sustentar o estudo (introdução e justificativa) 	Quais problemas → Inserção de algo importante → que pode ser modificado dentro da governabilidade → O que vou pesquisar → Que conhecimento quero construir
2 Fase de Instrumentação	<ul style="list-style-type: none"> - Escolha dos participantes, no caso os enfermeiros - Escolha dos instrumentos e o cenário - Escolha da técnica Grupo de reflexão para coleta de dados 	Onde pesquisar → Quais participantes → Negociação da proposta → Definição do instrumento de coleta de dados → que possibilite a convergência
3 Fase de Perscrutação	<ul style="list-style-type: none"> - Coleta de dados, através dos 3 encontros - Imersão do pesquisador na realidade assistencial no cenário da prática (imersibilidade), através das reflexões grupais 	Imersão do pesquisador na realidade da prática assistencial → Foco em expandir conhecimentos → técnicas de coleta de dados problematizadoras
4 Fase de Análise	<p>Essa fase, que envolve 4 etapas:</p> <p>Esta etapa foi realizada pela pesquisadora, com objetivo de reconstruir o roteiro de coleta de dados do PE, na linha de cuidado a portadores de HA e DM escolhida pelos enfermeiros participantes da pesquisa. A pesquisadora analisou e classificou os dados transcritos para elaborar uma nova versão do roteiro (APÊNDICE 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de apreensão dos dados (envolvimento do pesquisador no cenário, de 	Encontros → Análise do sujeito → análise do conteúdo → análise das teorias → identificação dos itens a serem modificados no roteiro de coleta de dados do PE aplicado a portadores de HA e DM.

<p>maneira a inserir-se como parte dela).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de síntese das informações obtidas, através da codificação. - Processo de Teorização (identificação e construção de relações entre um grupo, de maneira a possibilitar a construção de previsões do fato investigado, levando à denominação de teoria. - Processo de Transferência (contextualização, envolvimento entre pesquisador e participantes para elucidar melhorias no processo de trabalho, através da negociação). A pesquisadora apresentou a versão do roteiro para discussão e inclusão de novas sugestões de alteração. 	<p>Imersão do pesquisador nos dados coletados → leitura flutuante → leitura minuciosa e detalhada</p> <p>Síntese do conhecimento produzido →</p> <p>Selecionar as categorias para o estudo → elaboração da nova versão do roteiro de coleta de dados</p> <p>Significado/ interpretar as palavras → Sentido dos fenômenos</p> <p>Problematização dialógica → modificação/adaptação do cuidado → enfoque no problema → elencado pelos participantes</p> <p>→ inclusão de novas sugestões no roteiro de coleta de dados do PE para a versão final.</p>
---	---

Fonte: A autora (2023 adaptado de TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014; 2017).

4.1.1 Fase da concepção

A fase de concepção é o caminho a ser percorrido para alcançar o objetivo da pesquisa. Caracteriza-se pela definição de tema de interesse do trabalhador, a partir de um problema na prática assistencial, em que se considera o interesse dos sujeitos envolvidos e, a partir de então, estabelecem-se: a questão norteadora, os objetivos, a sustentação teórica, a introdução e a justificativa do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.1.2 Fase de Instrumentação

A fase de instrumentação é determinada pela aplicação de instrumentos metodológicos, em que se definem: o cenário, o espaço físico, os participantes e se faz a escolha dos instrumentos de coleta de dados. Tais aspectos serão melhor detalhados mais adiante (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

É possível realizar uma PCA em qualquer serviço de atuação da enfermagem, como em: hospitais, unidades básicas de saúde, grupos comunitários, instituições industriais, escolas, instituições acadêmicas, ou seja, em qualquer lugar onde é

possível realizar a assistência à saúde da população, seja no âmbito preventivo, curativo, restaurativo ou promocional. O âmbito promocional se caracteriza como um campo vasto e envolve um conjunto de valores como: saúde, capacitação, desenvolvimento, qualidade de vida, cidadania, participação, entre outros. Sempre de forma que fiquem expressos o conhecimento científico e o compromisso social (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). As mesmas autoras ainda recomendam sobre instrumentos de coleta de dados, tais como a entrevista (aberta e estruturada), a observação e a discussão em grupo (grupo focal, grupo de convergência, grupo terapêutico) para estudos que utilizem a PCA.

4.1.3 Fase de Perscrutação

A fase de perscrutação permeia as fases de concepção e instrumentação, envolve um processo dinâmico e detalhado em que o pesquisador assume o papel de investigar, compreender o contexto vivenciado pelos participantes. O pesquisador, em primeiro lugar, busca, no decorrer do processo, respostas por meio da observação, de modo a produzir mudanças no contexto da prática assistencial em que o pesquisado está imerso e, em segundo momento, busca apoio no desenvolvimento teórico referente à prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Pesquisador e participantes se encontram em uma sintonia, em que o enfermeiro se identifica ora como pesquisador, ora como cuidador. Essa frequência permite ao profissional o protagonismo na construção de saberes em busca de inovações no contexto das práticas assistencial, gerencial, educacional e comportamental.

4.1.4 Fase de Análise

O atributo da imersibilidade permite ao pesquisador o envolvimento no espaço das ações de pesquisa e nas ações de prática assistencial, de modo que sejam compartilhadas as melhorias no contexto em estudo (PAIM *et al.*, 2008). Segundo os mesmos autores, a fase de análise é composta por processos de apreensão, síntese, teorização e transparência.

A fase da apreensão é o momento da análise referente às entrevistas, observações e implica uma leitura minuciosa de toda a parte escrita, a fim de categorizar os dados e agrupá-los, conforme similaridade (MORSE, 2005). A

qualidade do processo de codificação fornecerá subsídios para o pesquisador sintetizar as informações de modo que dados repetidos sejam descartados, considerados saturados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Em sequência, segue a fase síntese que é a continuação da fase apreensão, e consiste em um processo de sintetizar elementos e realizar uma releitura do processo. Logo após, vem a teorização que consiste em um processo de otimização de ideias, de modo a possibilitar novos questionamentos sobre o fenômeno investigado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

E, finalmente, o procedimento de transferência da PCA que compreende a apreciação de dados, por meio do envolvimento entre o pesquisador e os participantes, através de metodologia de interação, por meio da conexão, na qual se contextualizam panoramas que estimulam o público-alvo a modificar o conhecimento teórico em prática, a fim de que o novo conhecimento possibilite selecionar uma ferramenta prática, fidedigna para intervir na assistência de enfermagem (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.2 Grupos de Reflexão

São grupos temporários que têm por meta a aprendizagem que pode ser adquirida na vivência grupal. Zimerman *et al.* (1997, p. 88) esclarecem sobre a finalidade do grupo de reflexão:

Os grupos de reflexão têm por finalidade precípua desenvolver as habilidades dos participantes de "pensar" o próprio grupo a partir de uma experiência compartilhada de aprendizagem, mantendo-se, contudo, uma cuidadosa discriminação entre a proposta de utilizar os sentimentos emergentes no grupo para compreender os fenômenos grupais, simultaneamente desenvolvendo as habilidades de seus componentes e qualquer outra intenção de cunho psicoterápico dirigida a seus membros. Esta intenção, sempre que estiver presente, seja na mente do(s) coordenador (es) como na dos demais participantes, será entendida como uma interferência indesejável e que compromete a eficiência do grupo de reflexão enquanto instrumento de aprendizagem.

Os grupos de reflexão utilizam a técnica dos grupos operativos do psiquiatra psicanalista francês – suíço Pichon-Riviére (1994), que priorizava a ressocialização do trabalhador através de grupos, os quais tivessem como prioridade o respeito pela singularidade de cada membro. Aliado a essas questões, está o papel do coordenador do grupo, cuja tarefa é estabelecer conexão, onde seja possível a reflexão sobre

obstáculos/adversidades no trabalho. Além disso, é sua tarefa também estabelecer as regras, para tal. O enquadre ajuda o grupo a refletir, pontua, devolve a escuta tentando provocar um novo olhar para determinada situação ou problema.

As reuniões não têm, especificamente, um apontamento para assuntos próprios. Os indivíduos se expressam livremente, estabelecendo diálogos uns com os outros, partilhando vivências comuns. No grupo há espaço de constituição de vínculos, de identificações e de diferenciações, trabalha-se com a subjetividade e a singularidade de cada um dos membros. Os grupos configuram-se como espaços de escuta, nos quais, o coordenador questiona, pontua, problematiza as falas, dando abertura para seus participantes pensarem, falarem de si e poderem elaborar melhor as próprias questões (BASTOS, 2010).

Durante os encontros é possível que o coordenador transite entre causas explícitas e/ou implícitas, a partir das quais o grupo produz conhecimento, e traz à tona reelaboração de vínculos que impulsionam mudança de comportamento. Assim, é importante destacar a presença de um observador, o qual tem a função de identificar, dentro o grupo, o perfil dos participantes (porta-voz, bode expiatório, líder, sabotador, etc.), e registrar as observações e informações referentes às formas de comunicação do grupo, suas expressões faciais e corporais. As anotações são apresentadas para serem discutidas pela equipe de coordenação, a fim de se avaliar o processo grupal, de acordo com os critérios abordados por Pichon-Riviére (1994).

Gayotto (2001, p. 136) nos traz a reflexão: “De qual lugar fala o coordenador? “Se puder conter suas necessidades e priorizar as do grupo, conseguirá transitar discretamente por um espaço que pertence aos integrantes e no qual operará sempre que as intervenções se fizerem necessárias”.

Zimerman (2002), por sua vez, lembra que a prática dos grupos de reflexão, à semelhança dos grupos operativos de Pichon-Riviére, se desenvolve operativamente sobre determinada tarefa e objetivo. Não é prioritariamente psicoterapêutico, embora efeitos e ressonâncias desse tipo possam ser produzidos. A seu ver, a tarefa operativa permite organizar e integrar a ação grupal.

Em relação a essa prática, a função do coordenador nas equipes de reflexão direciona-se para intervenções que estimulem maneiras criativas e vivências renovadoras, através do entendimento do fenômeno da transferência. Para Coutinho e Rocha (2007, p. 76) os grupos de reflexão proporcionam “a circulação de sentidos e os deslizamentos significantes, com alguma repercussão possível nos modos de

gozo dos sujeitos que deles participam, atrelados às identificações e aos lugares ocupados por eles no campo da cultura”.

Destaca-se a necessidade da expansão e divulgação de experiências com várias modalidades de trabalho em equipes, pela sua grande eficiência, bem como pelas táticas de intervenção e aperfeiçoamento no campo da educação em saúde. Nesse sentido, grupos de reflexão compõem significativos organizadores intersubjetivos para o dia a dia desses profissionais, com desdobramentos nas maneiras de pensar e de agir e, em consequência, intervindo nos espaços sociais que ocupam.

Nesse sentido, acredita-se que a técnica das equipes de reflexão e as conjecturas que a subsidiam, auxiliam os profissionais da enfermagem na reelaboração dos sentidos e na interação com o grupo, repensando o cotidiano do processo de trabalho e as probabilidades de mudança de seus componentes diante das dificuldades e dos conflitos pertinentes a essas experiências.

4.3 Cenário do estudo

O estudo teve como cenário a cidade de Passos, município de médio porte do interior de Minas Gerais, com uma população estimada de 115.970 habitantes, segundo IBGE. Atualmente, a APS do município possui 1 Unidade Básica de Saúde Rural, 1 equipe de Consultório de Rua, 23 unidades modalidade ESF - dessas 7 contempladas com saúde bucal e sala de imunização, onde são distribuídas vacinas, em pontos estratégicos da cidade e são responsáveis por território sanitário de aproximadamente 4.000 pessoas para cada equipe. As unidades exercem a função de “porta de entrada” da rede de atenção à saúde e possibilitam o acesso a usuários em todos os ciclos de vida e condições por meio do acolhimento, demanda espontânea e demanda agendada (SMS, 2022). A APS do município é composta por uma coordenadora e três apoiadores institucionais.

Os serviços de atenção secundária são compostos por: Centro de Especialidades Médicas que oferta os seguintes serviços: Especialidades Médicas, Viva Mulher, Farmácia Básica, Centro de Especialidades Odontológicas, Epidemiologia; Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; Núcleo de Estomaterapia; Serviço de Atendimento Domiciliar; Ambulatório de Infectologia;

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e AD); Residência terapêutica (1 masculina e 1 feminina) e uma unidade de pronto atendimento.

Dentre os estabelecimentos de gestão estadual encontram-se: uma Clínica/Centro de Especialidade (Hemominas); uma Central de Gestão em Saúde (sede da Superintendência Regional de Saúde de Passos).

O nível de atenção terciário conta com 2 hospitais: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos - referência regional em saúde e Hospital São José (Unimed).

Nessa direção, a expansão da cobertura pela ESF nas áreas adjuntas às Unidades Básicas de Saúde Convencionais, antes de 54%, em 2019 era de 69,61% e, atualmente, abrange cobertura populacional de 89, 26%, sob 103.526 pessoas (BRASIL, 2022).

As unidades da Estratégia de Saúde da Família da cidade foram os locais de realização dessa investigação.

4.4 Participantes do estudo

Participaram dessa investigação 13 enfermeiros, que atuam nas unidades da ESF do município. Foram convidados 23 profissionais que atuam na ESF do município.

Critérios de inclusão: Foram incluídos enfermeiros atuantes na ESF que executam assistência direta e que têm mais de três meses de experiência de trabalho na respectiva equipe de saúde da família.

Critérios de exclusão: Foram excluídos os enfermeiros gestores que não atuam na assistência direta e aqueles em período de férias, licença ou afastamento do trabalho durante o período de produção dos dados da pesquisa, e a própria pesquisadora responsável por essa pesquisa.

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses entre junho de 2022 e julho de 2022. Após autorização do serviço (ANEXO 1) e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO 2), foi realizado contato com os enfermeiros

para agendamento da coleta de dados, o que ocorreu por meio do grupo de reflexão, através do método PCA

Para a realização dos grupos de reflexão, fez-se contato prévio, através de telefone, com os enfermeiros interessados em participar da pesquisa, para um levantamento de qual seria o melhor dia e o melhor horário para a realização dos encontros. Uma vez acordados dia, horário e local dos grupos, a informação foi compartilhada entre todos os participantes.

4.5.2 Desenvolvimento dos Grupos

Para melhor realização dos encontros, propôs-se a divisão dos 23 enfermeiros convidados em dois grupos: 11 pessoas e outro de 12 pessoas, objetivando operacionalizar as discussões e refletir sobre aplicabilidade do PE nas práticas de saúde. Assim, em dia, local e horário agendados com os enfermeiros, realizou-se o primeiro encontro.

4.5.2.1 Primeiro encontro

Para o primeiro encontro com o 1º grupo, foram convidados 11 enfermeiros e compareceram 09 pessoas. Para o primeiro encontro com o segundo grupo, foram convidados 12 enfermeiros; comparecem 4 pessoas, ou seja, um total de 13 participantes. Entre os 10 enfermeiros que não compareceram, 08 justificaram o motivo, sendo 03 por déficit de profissional técnico de enfermagem, 02 justificaram licença saúde, 03 de férias e 02 não justificaram.

Em momento posterior à realização do primeiro encontro com os dois grupos, atendendo a pedidos dos participantes, foram unificados os grupos e os encontros passaram a contar com os 13 participantes. Foram realizados mais dois encontros no novo formato.

Como forma de preservar o sigilo e a não identificação, cada participante definiu um novo nome: Margarida, Jasmim, Karina, Paz, Amor, Joana, Fé, Gentiliza, Esperança, Orquidea, Rosa, Girassol, e Sol.

Os encontros foram realizados no anfiteatro de treinamento da ESF compartilhada, ESF Coimbra I/III cuja sala era arejada, bem iluminada, ampla, com recursos audiovisuais, com cadeiras almofadadas confortáveis. Além dos

participantes estavam presentes a pesquisadora do estudo e mais uma profissional convidada, experiente na condução de grupos de discussão.

Inicialmente, a pesquisadora esclareceu o objetivo do projeto, que seria buscar a valorização do conhecimento através da constatação das necessidades dos participantes no seu cotidiano. Também foram orientados sobre as etapas da produção de dados e sobre os aspectos éticos da pesquisa. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), bem como a apresentação de uma proposta de cronograma inicial de encontros sucessivos, que foi aprovada pelos presentes como adequada à sua disponibilidade. Sequencialmente, solicitou-se o preenchimento de instrumento com questões referentes à caracterização sociodemográfica.

Em seguida, foi realizada a dinâmica de aproximação, com o objetivo de melhorar o clima de envolvimento para participação nas discussões sobre o tema. Assim, foi dado o início à construção dos acordos de convivência, que partiu dos seguintes questionamentos: Que pedidos/ofertas eu tenho para os demais participantes para que eu possa me sentir confortável ao estabelecer um diálogo sobre o PE e participar da pesquisa? Que pedidos/ofertas eu tenho para a pesquisadora que sejam capazes de me deixar confortável no estabelecimento de um diálogo?

Os participantes tiveram então cerca de 15 minutos para refletirem sobre essas questões, escrever seus pedidos e ofertas em um papel e colocá-los em um cartaz. Em seguida, a profissional responsável por conduzir o grupo, foi lendo cada pedido e oferta e o participante foi explicando o porquê de sua escolha. Ao final, a pesquisadora também apresentou suas sugestões para o grupo.

Após as apresentações, foi proposta, como atividade disparadora, a montagem de três painéis sobre aspectos do PE.

Painel 1 - Definição, etapas e finalidade de sua aplicação;

Painel 2 - Condições estruturais necessárias para sua aplicação;

Painel 3 - Facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no seu desenvolvimento.

Logo após, cada subgrupo apresentou uma síntese do tema trabalhado no painel para o grupo todo, dando início às discussões e reflexões orientadas pelas questões disparadoras: Como tem sido realizar as consultas de enfermagem no seu

cotidiano de trabalho? Como tem sido trabalhar com os roteiros de coleta de dados de cuja elaboração vocês ou alguns de vocês participaram?

Nesse encontro, buscou-se conhecer o trabalho dos enfermeiros em relação ao uso do PE como método de organização do trabalho, iniciando o estímulo a movimentos de reflexão e análise sobre o cotidiano profissional.

No final das reflexões, foram entregues cópias impressas dos roteiros de coleta de dados de enfermagem, construídos no ano de 2019, referentes a atendimentos nas várias linhas de cuidado, com o objetivo de que os participantes escolhessem um dos roteiros para dar sequência à pesquisa. No primeiro encontro foi escolhido, pelos dois grupos até então não fusionados, o roteiro na linha de cuidado do paciente hipertenso e diabético, conforme (APÊNDICE 5). Solicitou-se, então, que os participantes avaliassem o roteiro e fizessem apontamentos e sugestões, visando facilitar a sua aplicabilidade. Pediu-se ainda que relatassem as experiências de aplicação do PE, quando da utilização dos roteiros de coleta de dados, devendo apresentá-las no encontro seguinte.

4.5.2.2 Segundo encontro

Esse encontro foi realizado em um novo formato, com os participantes dos dois grupos juntos. Inicialmente, foi revisado o acordo de convivência e, em seguida, contextualizados os elementos identificados nas discussões do encontro anterior, destacando-se as necessidades e sugestões de solução para os problemas apontados.

Como atividade disparadora foi proposta a encenação de uma consulta de enfermagem, sendo que os participantes deveriam utilizar os roteiros de coleta de dados, elaborados em 2019 (APÊNDICE 5). Dois enfermeiros se voluntariaram para a encenação, em que um deles representou o profissional de enfermagem e o outro, o paciente com hipertensão e diabetes, em uma primeira consulta de enfermagem. Posteriormente, outra dupla encenou a consulta subsequente.

Após as encenações, abriu-se espaço para discussão entre os participantes com foco na organização e proposição de sugestões de mudanças, por meio do acréscimo ou retirada de informações do roteiro. Cada item do instrumento foi discutido e analisado quanto à sua finalidade e aplicabilidade para, posteriormente, ser formatado pelo pesquisador, incorporando as alterações acordadas no grupo.

4.5.2.3 Terceiro encontro

Iniciou-se com momento de descontração, para o qual foi trazida uma síntese dos elementos dos encontros anteriores, como disparadores de reflexão. Após esse momento de aquecimento, foi apresentado aos participantes o instrumento com as alterações incorporadas para apreciação (APÊNDICE 4) e formatação final (APÊNDICE 3) da linha de cuidado priorizada. Com as alterações incorporadas ao instrumento, foi ele apresentado aos participantes, para apreciação e aprovação final.

Em seguida, foi proposta uma dinâmica com enfoque na reflexão: O que pode ser feito para impulsionar a utilização do método sistematizado na realidade atual do cuidado? Como realizar a assistência à saúde pautada nos referenciais científicos? Nesse momento, um debate também foi aberto para elaboração de síntese dos encontros anteriores a fim de se identificarem as lacunas no processo de aprimoramento durante a prática de execução do PE. Ao término do encontro, a pesquisadora realizou uma dinâmica de agradecimento aos participantes.

4.5.3 Análise dos dados

As discussões, reflexões e depoimentos foram gravados com o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritos e analisados por meio da análise categorial temática (BARDIN, 2011).

A análise categorial temática possibilita a construção de categorias por meio de agrupamentos semânticos das palavras nas frases. Tal fato exige sensibilidade e flexibilidade por parte do codificador, com o intuito de apreender os núcleos temáticos capazes de compor o sentido da comunicação desejada (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011), a técnica da análise do conteúdo consiste em um conjunto de percursos metodológicos. Desenvolve-se em três fases: 1) Pré-análise, 2) Exploração do material; e, 3) Interpretação dos resultados.

Na fase da pré-análise foi realizada a transcrição das entrevistas, a composição do *corpus* textual, da leitura flutuante e a definição de hipóteses provisórias para organizar as ideias e estruturar as próximas fases, considerando a adequação dos objetivos do projeto. Na segunda fase, os dados foram codificados a

partir das unidades de registro, permitindo uma descrição exata das características do conteúdo por meio do recorte por temas, a enumeração de modo a utilizar a frequência para as regras de contagem e classificação e agregação dos materiais/ trechos das falas.

Na terceira fase, houve o tratamento dos resultados e a sua interpretação que consistiu na classificação dos elementos a partir de suas semelhanças e por diferenciação, com posterior agrupamento, diante das características comuns apresentadas pelos mesmos (CAREGNATO; MUTTI, 2006; BARDIN, 2011).

4.6 Aspectos éticos

Atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e foi aprovado em 13 de abril de 2022, parecer nº 5.349.866 e CAAE 55947922.1.0000.5393 (ANEXO 2).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como sobre a exigência de confidencialidade na produção dos dados. Somente após a anuência dos entrevistados e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), em conformidade com as orientações do CEP/ EERP/USP é que o trabalho foi realizado, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 13 enfermeiros, com predomínio de mulheres sendo 92,3% (n = 12); com média de idade de 40,2 anos (variação entre 33 a 58 anos), tempo médio de formação de 15,8 anos (variação entre o mínimo de 10 anos e o máximo de 20 anos) e tempo médio de experiência na APS de 12,5 anos (variação entre 03 a 29 anos). Em relação a pós-graduação, 76,9% (n = 10) possuem pós-graduação *lato sensu* e 23% (n = 3) possuem *scripto sensu*. Sobre a participação em alguma capacitação nos últimos anos referente ao PE, 69,2% (n = 9) responderam afirmativamente. Dentre os participantes. 30,7% (n = 4) possuem mais de um vínculo empregatício.

Todos os participantes relataram já terem tido experiência com o uso do PE, sendo que 69,2% (n = 9) com protocolos assistenciais, nas linhas de cuidado relacionadas ao atendimento a Criança, Gestante, Hipertenso, Diabético, Adolescente; 23% (n = 3) tiveram experiência com o uso da PE no contexto hospitalar e 7.6% (n = 1) teve a experiência na realização de um estudo.

Destaca-se que o contexto epidemiológico, no momento de realização dessa pesquisa, foi marcado pela pandemia provocada pelo Sars-Cov-2, vírus responsável pela patologia conhecida como Covid-19; e, em razão disso, por se tratar de uma pesquisa que necessitava de proximidade e interação entre os participantes, ocorreu um atraso na realização dos encontros, tendo em vista as normas que foram preconizadas pelas organizações e elevado número de licença saúde em razão da contaminação pela Covid-19. Dessa maneira, os encontros foram realizados quando o cenário epidemiológico já estava favorável e com regras sanitárias e protocolos menos restritivos. Os encontros foram realizados com todos os protocolos necessários, garantindo a segurança e a proteção recomendadas pelas instituições sanitárias.

5.2 Grupo de reflexão – desenvolvimento e momentos relevantes

A técnica grupo de reflexão para condução dos grupos permitiu imersão dos enfermeiros no cotidiano de trabalho a partir de outra perspectiva que possibilitou o

reconhecimento de que o meio em que trabalham interfere no modo de produzir saúde e que necessita ser reconstruído profissionalmente para que os obstáculos sejam superados, como será apresentado mais adiante.

Os encontros trouxeram aos participantes sentimento de acolhimento, escuta, empatia, compromisso, interação e valorização do conhecimento de si e dos outros. Essas experiências possibilitaram ao grupo adotar estratégias criativas para integrá-los em um processo de construção de conhecimentos e de mudanças das práticas assistenciais, passíveis de resultar em tecnologias que transformam e inovam as práticas no exercício profissional do cuidado em saúde.

O momento grupal proporcionou imersão do pesquisador na realidade assistencial no cenário da prática, tendo em vista a construção coletiva de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, participar das mudanças e/ou introduzir inovações no contexto do cuidado. Para tanto, o grupo elegeu e analisou o roteiro para assistência a portadores de HA e DM, partindo das necessidades da prática, reconhecidas pelos profissionais participantes do estudo.

5.2.1 Primeiro encontro

- *Negociação e apresentação da proposta e seus objetivos*

Em dia e horário agendados com os enfermeiros, foi realizado o primeiro encontro, em ambiente organizado, confortável, promotor de acolhimento afetuoso, com um *coffee break* de recepção. O ambiente foi preparado com um difusor de aromas, com a finalidade de proporcionar uma sensação agradável e terapêutica. Na mesa também se encontrava uma flor da espécie suculenta para cada participante. O vaso da flor foi personalizado com a frase *“Desejo-lhe a capacidade de recomeçar tudo, quantas vezes forem necessárias”*.

O encontro estava agendado para 13h30. Com o grupo de 8 enfermeiros, a reunião foi de 2 horas e com o grupo de 4 enfermeiros de 1h20 de duração. Não houve atraso na chegada dos participantes ao encontro. Eles se apresentaram simpáticos, com interesse, curiosidade e predispostos à comunicação interativa.

A atividade teve início com os agradecimentos da pesquisadora aos presentes e, na sequência, foi apresentada a coordenadora do grupo.

A pesquisadora explanou sobre o projeto, os objetivos de “revisar um dos roteiros de coleta de dados do PE elaborado em 2019 e desenvolver estratégias de implementação dos novos roteiros de coleta de dados do Processo de Enfermagem”. Os aspectos metodológicos também foram explicados e tiveram como foco o livre diálogo: “*Não viemos aqui para buscar uma verdade e sim, para avaliar se o nosso fazer está errado ou certo*”. Utilizou-se material audiovisual para auxiliar na exposição e facilitar a compreensão dos enfermeiros. Em seguida foi apresentado o TCLE, destacando o caráter voluntário da participação, bem como o cuidado com o sigilo e o anonimato. Após a leitura do TCLE e o esclarecimento de dúvidas, todos os presentes aceitaram o convite para contribuir com a pesquisa. A seguir, foram acordadas datas e horários dos próximos encontros.

- *Acordos de convivência*

Os enfermeiros foram convidados a construir acordos de convivência e a apresentar pedidos/ofertas com a intenção de se estabelecer o entrosamento, capaz de favorecer o vínculo, para início do processo de reflexão sobre as práticas do PE.

Para motivar a construção de acordos de convivência, a coordenadora do grupo explanou sobre a seguinte frase: “Nós, sozinhas, não conseguimos imaginar, conhecer todas as ideias, pedidos e ofertas de vocês para organizarmos uma maneira de deixá-los confortáveis e tranquilos durante sua participação nos encontros grupais”, portanto, precisamos pensar coletivamente e expor opiniões e sugestões para que nossos encontros de reflexão sejam o mais produtivos possível. “Foram distribuídas duas tiras de papel *Kraft*, solicitando-se que, em uma delas, o participante escrevesse um pedido ou mais; e, na outra tira uma oferta ou mais, para que os demais participantes se sentissem confortáveis no estabelecimento do diálogo sobre a aplicação do PE e a colaboração na pesquisa.

Essa atividade proporcionou importante interação e verdadeiro compromisso dos participantes. A partir da exposição dos pedidos e ofertas para a atividade, foi emergindo o envolvimento do grupo, possibilitando a inclusão, o controle e a afeição, momento em que se configurou uma negociação de como os participantes queriam e de que gostariam e o que era esperado nos encontros. Nesse momento, pôde-se

observar uma boa conexão no grupo, pois todos estavam atentos aos comentários e às falas dos colegas.

Nos Quadro 2, 3 e 4 podem ser observados os pedidos, as ofertas e as reflexões feitas pelos participantes, como também as sugestões apresentadas/ofertas feitas pela pesquisadora.

Quadro 2 - Relação de pedidos feitos pelos participantes.

Pedidos	Fragmentos de falas que expressam os pedidos Reflexão
Bençãos para todos	<i>“Ultimamente estamos muito irritados, cansados com saúde mental comprometida, que o ato de abençoar as pessoas e o ambiente onde estamos, deve se tornar rotina”. (Margarida)</i>
Ambiente tranquilo	<i>“Celulares no silencioso, evitar conversas paralelas”. (Jasmim)</i>
Companheirismo	<i>“Evitar os pré-julgamentos, estarmos aberto que todos podemos ter conhecimento e somar nesse encontro”. (Karina)</i>
Conhecimento	<i>“Todos trazemos aprendizagem, experiências e sei que posso contribuir nesse encontro”. (Paz)</i>
Colaboração	<i>“O ato de estamos aqui, de estamos abertos a discussão possibilita conhecimento”. (Amor)</i>
Interação	<i>“Ajudar uns aos outros com discussões dinâmicas”. “Todos estarem atentos, abertos a entender as experiências do outro”. (Gentileza)</i>
Participação dos colegas para que as discussões sejam pertinentes e sem julgamento	<i>“O estresse do profissional tem nós deixado imediatista, não queremos ouvir o próximo, e assim deixamos de entender/ valorizar a riqueza dos outros/ estarmos inteiramente presente”. (Esperança)</i>
Paciência	<i>“Termos paciência uns com outros, sabermos escutar. A rotina da nossa profissão tem nos tornados impacientes”. (Girassol)</i>
Presença de Espírito	<i>“Estarmos presentes, inteiros nesse encontro”. “Coloquei no sentido da gente estar presente, estar aqui, né? A coisa mais difícil que tem você se desligar, ainda mais né? Cê aqui, tá pensando em casa, tá nos pais, pensando nos filhos então que tá em casa, a gente tem que se autodisciplinar pra isso. Hora pra gente chegar naquele momento, viver aquele momento, estar presente mesmo de verdade”. (Sol)</i>
Encontro rápido e com menos dinâmicas	<i>“Esse assunto (Processo de Enfermagem), acho chato, o encontro precisa de ser objetivo”. (Fé)</i>

Papel vazio	<i>“Quero nesse primeiro momento observar, no próximo encontro irei fazer pedido... rsss” “bem poderia ter café em todos os encontros. rsss”. (Orquidea)</i>
-------------	--

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Quadro 3 - Relação de ofertas feitas pelos participantes

Ofertas	Fragmentos de falas que expressam as ofertas
Um pouco que sei, e posso contribuir	<i>“Tenho pouco conhecimento nesse assunto, mas estou disposta a contribuir”. (Margarida; Jasmim)</i>
Somar	<i>“Estou aberta para trazer minhas experiências de trabalho, de outros municípios que trabalhei”. (Karina; Paz)</i>
Disponibilidade de auxílio durante as etapas do projeto	<i>“Quero contribuir com meu conhecimento nos encontros e no projeto”. (Amor; Joana)</i>
Participação	<i>“Pretendo ser participativa de modo que aumente a capacidade de compreensão e intervenção dos colegas no ambiente de trabalho”. (Fé; Gentileza)</i>
Experiência profissional	<i>“Preciso melhorar a prática do PE no cotidiano do trabalho, trago minha vivência para que juntos traçarmos estratégias de enfrentamento das dificuldades”. (Esperança; Orquidea)</i>
Disposição de tempo e entusiasmo	<i>“Estou aberta a ouvir os colegas, reconheço a importância desse assunto”. (Rosa)</i>
Contribuição sobre as experiências vivenciadas em meu cenário de trabalho, a acerca da temática do encontro/ conhecimento	<i>“Estar aberto ao diálogo para um melhor crescimento profissional”. (Sol)</i>

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Quadro 4 - Ofertas da pesquisadora para o grupo

Ofertas da pesquisadora
<ul style="list-style-type: none"> - Sigilo e anonimato na pesquisa; - Garantia de oportunidades para que todos, se expressem; - Espaço do encontros organizado, confortável e café; - Disponibilidade de sanar dúvidas, em relação a pesquisa;

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Após a pactuação dos acordos de convivência, o grupo foi convidado a trabalhar o tema do PE propriamente dito. Para tanto, o grupo foi subdividido em três subgrupos com temas definidos pela pesquisadora com vistas a uma posterior discussão em um grupo maior.

Os temas dos subgrupos foram: Subgrupo 1 - Definição, etapas e finalidade da aplicação do PE; Subgrupo 2 - Condições estruturais necessárias para a aplicação do PE; e, Subgrupo 3 - Facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento do PE.

A princípio, alguns participantes encontravam-se tímidos, mas logo se estabeleceu uma ligação de empatia entre eles e todos se manifestaram. Quando um colega falava, os outros permaneciam atentos e em silêncio.

O grupo buscou conhecer o trabalho dos colegas em relação ao uso do PE, com estímulo a movimentos de reflexão e análise sobre o cotidiano.

Concomitante a esse movimento, a coordenadora ia instigando o grupo a refletir sobre: “Como tem sido realizar as consultas de enfermagem no seu cotidiano de trabalho? Como tem sido trabalhar com os roteiros de coleta de dados de cuja elaboração vocês ou alguns de vocês participaram?”

O grupo trazia nas falas a crítica à falta de organização no processo de trabalho, o desconhecimento da competência dos membros envolvidos no processo do cuidado, a falta de tempo, de reconhecimento e de apoio dos colegas da ESF, gerando dificuldades para realizar todas as etapas do PE. Mas, ao mesmo tempo, conseguiam entender a necessidade de mudanças no processo de trabalho, de reelaboração de condutas de aprimoramento do EP e a necessidade de novos instrumentos para nortear a coleta de dados.

Ao final das reflexões, foi disponibilizado material impresso dos roteiros elaborados em 2019 nas linhas de cuidado, quais sejam, Criança, Adolescente, Mulher, Gestantes, Hiperdia e Idoso. Com o material em mãos, o grupo discutiu a aplicabilidade de cada roteiro e relatou a necessidade de formar uma comissão para revisar os demais roteiros, bem como para empreender a criação de espaços de EP. Dois participantes relataram já utilizar o roteiro da linha de cuidado “Crianças”, um participante a linha de cuidado “Adolescente”, sete participantes a linha de cuidado “Gestantes” e, dois participantes, a linha de cuidado “HA/DM”.

Os sete enfermeiros que relataram já utilizar a linha de cuidado “Gestante” apontaram que, em razão desse público ser reduzido e a rede de apoio mais fortalecida, conseguiam se organizar e executar todas as etapas do PE.

A escolha do grupo recaiu sobre o roteiro na linha de cuidado do “Paciente Hipertenso e Diabético” (APÊNDICE 5), pois todos os participantes reforçaram o impacto positivo da implementação de um instrumento que tivesse como guia a coleta de dados para esse público, tendo em vista que essas patologias são consideradas problemas de saúde pública, responsáveis por inúmeras complicações e internações.

- *Avaliação do encontro*

Com a aproximação do final do encontro, emergiu *feedback* em relação aos sentimentos vivenciados e todos os participantes permaneciam sem pressa de ir embora. O entrosamento era grande entre eles: duas enfermeiras solicitaram o envio por *e-mail* dos outros roteiros para a implementação deles na sua ESF; uma enfermeira reforçou a necessidade de constituir uma comissão para implementação dos outros roteiros; e, posteriormente, todas as etapas do PE; dois enfermeiros citaram a necessidade da utilização de referenciais teóricos para nortear a revisão do roteiro. Ficou claro, nesse encontro, o consenso entre todos os participantes sobre a inquietação em relação à necessidade de melhora e aprimoramento das etapas do PE. O encontro foi finalizado com café, registro de fotos para arquivo pessoal da pesquisadora e a reafirmação da data do próximo encontro, no mesmo local.

5.2.2 Segundo encontro

- *Negociação e apresentação das propostas e objetivos*

O encontro, no novo formato, com os dois grupos de enfermeiros reunidos, teve duração de 1h55. Compareceram 13 enfermeiros (um enfermeiro que não compareceu no primeiro encontro estava presente no segundo), oportunizando uma síntese das questões e dos aspectos relevantes apontados no primeiro encontro acerca da aplicação do PE; e, também, sobre os objetivos, a metodologia, os aspectos éticos da pesquisa, os acordos de convivência. Após essa síntese, o enfermeiro demonstrou interesse pela pesquisa e aceitou participar dela. Por ser no mês de julho

(festas juninas), o espaço fora caracterizado com o tema junino e comidas típicas foram ofertadas. Os enfermeiros, quando chegaram, demonstraram sentimento de satisfação, sorriam com a temática da sala, estabelecendo-se ali um clima amistoso. Logo já começaram as trocas de referências do Ministério da Saúde e/ou Secretaria de Estado da Saúde, das diretrizes orientadoras na realização do cuidado para o grupo específico da população, previsto no roteiro priorizado.

- *Desenvolvimento da proposta*

Como atividade disparadora foi realizada a encenação de uma consulta de enfermagem, tendo como instrumento o roteiro de coleta de dados, elaborados em 2019, (APENDICE 5) na linha de cuidado HA/DM. A proposta foi bem aceita pelos enfermeiros, que logo se organizaram para a apresentação. Um dos enfermeiros presentes representou o profissional e um outro, o paciente com HA/DM, em uma primeira consulta de enfermagem; na sequência outras duplas encenaram as consultas subsequentes.

- *Encenação primeira consulta de enfermagem*

A encenação teve a duração 22 min e compreendeu o atendimento a um paciente de 56 anos, senhor Alfredo, sexo masculino, portador de HA/DM há 10 anos, viúvo; vive sozinho, pai de 1 filho que mora em São Paulo. Aposentado em razão de um acidente automobilístico há 12 anos. É obeso, alcoólatra, registrando idas frequentes ao Pronto Atendimento. Queixa-se de cefaleia constante, boca seca e mal estar. Última consulta há 4 anos. Usa medicamentos esporadicamente, acredita que os sintomas são devidos a preocupação com a questão financeira.

- *Discussão da encenação*

No momento da encenação todos os participantes estavam atentos, com a postura aberta à observação e reflexão. O roteiro apresentava ausência de diversos itens importantes, mas, ainda assim, o enfermeiro questionou o paciente, utilizando seus conhecimentos e habilidades, *não ficando preso somente no instrumento*.

O grupo debateu e questionou a maneira formal e os termos técnicos com que o enfermeiro conduziu a consulta. Sobre a não realização do exame físico, o grupo enfatizou a importância da avaliação do sistema vascular, como a avaliação dos pés, em especial, em pacientes DM.

Em relação à negação do paciente em aceitar a patologia e não seguir as orientações de saúde da equipe de saúde, o grupo citou a importância da equipe multidisciplinar, como psicólogos, nutrição, serviço social, entre outros, para o auxílio da condução do caso e a rede de apoio como Centro de Referência da Assistência Social.

O grupo discutiu também sobre a necessidade do acompanhamento mensal da equipe pelo profissional ACS que constitui o “elo” nessa corrente de cuidados.

- *Encenação da consulta subsequente*

A encenação teve um tempo de duração de 12 min e compreendeu o caso de uma paciente com 45 anos, Marina, sexo feminino, HA e DM, profissional de saúde, tabagista, obesa, cujos últimos exames apontaram dislipidemia. A queixa era de edema nos membros inferiores e lesão de membro inferior esquerdo, sem sinal de infecção. Não adere ao uso dos medicamentos HA/DM. Recentemente tem feito uso de ansiolíticos. A última consulta ocorrera há 30 dias e, no momento, tratava-se de um retorno. Sinais vitais: PA: 170/90 / Glicemia capilar: 220 mg/dl/ Peso: 90/ Altura: 1.67 cm/ IMC: 32,3 / Circunferência abdominal: 110 cm.

- *Discussão da encenação*

Em relação à não aceitação da patologia e ao não seguimento das orientações da equipe de saúde, o grupo apontou a dificuldade em auxiliar na questão, em razão da rotina da ESF e reforçou a importância da rede de apoio e da equipe multidisciplinar, para o acompanhamento de tais pacientes por outros profissionais que, ligados à ESF, oferecessem outros serviços como os de saúde mental e de cardiologia.

O grupo destacou ainda a importância de um instrumento de coleta ser bem preenchido, para que os outros profissionais consigam acompanhar a sequência de atendimento.

Todo o conteúdo do instrumento de 2019 foi debatido item a item, em posse de evidências bibliográficas disponíveis para pesquisa. Abriu-se espaço para a colocação de todos os argumentos sobre aplicabilidade, com troca de opiniões entre os enfermeiros e a concretização de propostas de modificações, inclusões de certos itens que foram sendo avaliados e sugeridos até a obtenção de consenso.

No processo de revisão, os enfermeiros descreveram suas dificuldades quanto à utilização do roteiro de coleta de dados para assistência à pessoa com HA e DM elaborado em 2019 (APENDICE 5) e relataram que os espaços para complementação de dados eram: 1) desnecessários - cartão nacional do SUS, micro área, telefone e idade, uma vez que eles já são contemplados no cadastro familiar e disponibilizados para pesquisa no sistema de informação ViVVer; 2) Inexistentes - descrição da comorbidade, tempo de diagnóstico, antecedentes pessoais, história pessoal da vida pregressa, história familiar (estratificação de risco para doença cardiovascular), situação atual (sinais e sintomas), hábitos de vida, autocuidado, percepção da pessoa diante da doença, exame físico, conduta/cuidado coordenado. Referiram-se à dificuldade em realizar o exame físico dos pacientes e fazer avaliação dos pés dos diabéticos, sugerindo a necessidade, no futuro, de EP com essa temática.

Foi enfatizada a possibilidade de o técnico de enfermagem acolher o paciente e registrar seus sinais vitais. Os enfermeiros reforçaram a precisão de um tempo maior para a coleta de dados no primeiro contato, considerando que, no retorno, não haveria necessidade de nova abordagem de alguns dados como identificação, antecedentes pessoais. Porém, em casos específicos (queixas novas), o profissional poderia não ficar preso ao roteiro, mas ter autonomia para utilizar outras estratégias ou instrumentos que julgasse necessários. Pensando na otimização do instrumento, alguns participantes solicitaram a sua reconstrução, a fim de torná-lo mais objetivo e sem repetições desnecessárias, de informações.

A maior parte das informações do roteiro estão no formato *checklist*, contudo, considerou-se que, pelo fato de alguns tópicos, possivelmente, estarem sujeitos à subjetividade ou especificidade, foram-lhes reservados espaços livres para a descrição de dados, como: queixa principal, outros diagnósticos, hospitalização, motivo de transfusão sanguínea e traumatismo, estratificação de risco cardiovascular, medicamentos em uso e sinais vitais.

Alguns itens foram motivos de maior atenção na fala dos enfermeiros, tais como a importância da descrição da queixa principal, por acompanhar decisões

diagnósticas e terapêuticas; a necessidade de um impresso como material de bolso para consulta na estratificação de risco cardiovascular; a necessidade do plano de cuidado ser embasado na estratificação; a importância da descrição das comorbidades, elencando os sinais e sintomas mais comuns nos pacientes HA e DIA; a história patológica pregressa (história familiar), subdividindo e refletindo suas peculiaridades; os exames anteriores para uma melhor composição do roteiro; a importância de um bloco de anotação dos medicamentos em uso, para o enfermeiro orientar as vias de administração; a necessidade dos exames para detecção precoce do câncer de colo de útero, mama e próstata, pensando no cuidado integral e na longitudinalidade do paciente; a necessidade de EP, em especial a avaliação do sistema vascular e do pé diabético no procedimento do exame físico que deverá ser realizado no sentido céfalo-caudal, reforça a necessidade de EP, principalmente na avaliação do sistema vascular e do pé diabético.

- *Avaliação do encontro*

Caminhando para a finalização do encontro, permanecia o clima de motivação entre os participantes: o grupo estava conectado ao mesmo objetivo. Alguns foram embora conversando sobre o roteiro e referenciais a que tiveram acesso, instigadas pelas práticas pautadas nos referenciais científicos.

O encontro foi finalizado com café, registro de fotos para arquivo pessoal da pesquisadora e reafirmação da próxima data de encontro no mesmo local.

5.2.3 Terceiro encontro

- *Negociação e apresentação das propostas e objetivos*

O encontro teve duração de 1h. Compareceram 6 enfermeiros, os demais justificaram a ausência: licença saúde, folga, problemas pessoais e dificuldade de se ausentar da unidade, tendo em vista o aumento de atendimento de Covid 19 e contaminação de membros da equipe.

O ambiente foi organizado visando ao acolhimento e à receptividade afetuosa. Dando início às atividades, foram contextualizados os acontecimentos do segundo

encontro, por meio de uma síntese e do resgate de questões e aspectos relevantes apontados sobre as mudanças sugeridas no roteiro de coleta de dados.

Os enfermeiros, quando chegaram para o encontro, apresentaram atitudes diversas: alguns demonstravam interesse, outros estavam apáticos, alguns justificaram problemas pessoais ou dificuldades de conduzir o trabalho na unidade, (atendimento de Covid 19, funcionários contaminados, escala de vacinação).

Assim, o encontro teve início de forma fragilizada, atravessado por momentos de silêncio, com pouco contato visual, mas aos poucos, todos foram-se entrosando e aquecendo-se. A partir do compartilhamento de sentimentos entre os presentes no grupo, os participantes demonstravam que estavam se sentindo compreendidos, o que facilitou os movimentos da coordenadora para instigar o grupo a “pensar” e, assim, todos foram capazes de se conectar e os debates fluíram.

- *Revisão do instrumento de coleta de dados*

No processo de revisão do instrumento intermediário (versão modificada após a discussão do 2º encontro) (APENDICE 4) para a revisão final (APENDICE 3), os enfermeiros solicitaram algumas alterações: descrição detalhada dos sinais e sintomas dos pacientes HA (alteração de posição desses itens no roteiro), avaliação do sistema vascular de modo que contemplasse avaliação dos pés, havendo demonstração de preocupação quanto a esse item, visto ser fundamental para identificação dos fatores de risco, os quais podem ser modificados. Outro item, cujo acréscimo foi solicitado, foi a avaliação das mamas, priorizando o cuidado longitudinal e integral. A versão final do roteiro foi discutida com os enfermeiros e as alterações/formatação feitas no momento das discussões com utilização de *notebook*.

Quanto às diferenças entre o roteiro intermediário (APENDICE 4) e o roteiro final, os enfermeiros avaliaram que a versão final (APENDICE 3) será melhor de se executar, pois está mais objetiva, considerando como positivas as mudanças realizadas. Acrescentaram também a necessidade de guia de instrução para aplicação do instrumento, o que poderia ser organizado posteriormente com apoio da coordenação.

Na análise de cada item houve reflexões do conteúdo inicial e das propostas de modificações, até a definição do conteúdo final. O conteúdo gravado e transcrito do terceiro encontro serviu como subsídio para complementação dos dados

registrados pela observadora e autora do estudo, a fim de servir à elaboração do instrumento modificado, ao final de cada encontro e para o resumo das discussões apresentadas nessa parte do estudo.

Caminhando para a finalização, foi retomado o painel elaborado pelo 2º subgrupo (Condições estruturais necessárias para a aplicação do PE), no primeiro encontro, por meio de leitura, sendo aberto espaço para fins de discussão e apresentação de novas estratégias a serem implementadas de modo a que o roteiro de coleta de dados, então revisado, possa ser incorporado ao trabalho cotidiano do enfermeiro na ESF.

Dentre os participantes, foi eleito um representante que apresentou um consolidado das reflexões dos outros encontros e destacou a importância da adoção do EP, pautado em metodologias ativas, centradas no diálogo, permitindo que a equipe fosse protagonista no processo de construção do novo instrumento. A equipe reforçou a formação de uma comissão de EP, com a inserção de outros profissionais na ESF como um gerente, além da garantia de materiais, a implantação de protocolos nas linhas de cuidado e de protocolos operacionais de enfermagem.

Os enfermeiros ressaltaram que o grau de dificuldade e a demanda de tempo para efetuar a coleta de dados não dependem somente do conteúdo do instrumento utilizado, mas também do conhecimento e da habilidade do profissional, o que levou o grupo a avaliar que o novo instrumento (APENDICE 3) será um avanço como facilitador para a execução do PE, especialmente, na assistência aos pacientes hipertensos e diabéticos. O roteiro construído propõe orientar e permitir utilização de recursos baseados na PBE de modo que, ao executar registro do Histórico de Enfermagem, terá possibilidade de sustentar o registro das demais etapas do PE.

- *Avaliação dos encontros*

O grupo declarou que o uso do roteiro construído proporcionou uma nova visão, mais operacional e geral sobre o instrumento de coleta de dados, o que resultou num vislumbre de várias questões a aperfeiçoar, contempladas na revisão final de todo o conteúdo do instrumento.

O momento foi finalizado com um *coffee break* e com registro de fotos para arquivo pessoal da pesquisadora.

- *Pontos de convergência*

Os momentos de convergência se deram através de reflexões, a partir de experiências no contexto da prática profissional em relação à aplicação do PE. No decorrer dos encontros propostos pela PCA, os enfermeiros foram se aproximando, um da realidade do outro, através de diálogos verticalizados, indo ao encontro das expectativas de desenvolvimento de saberes nas ações de pesquisa e nas assistenciais, mantendo o respeito e a unicidade. Dessa forma, a PCA, permitiu possibilidades, dentre as quais a capacitação dos profissionais de enfermagem com foco nas ações voltadas para impulsionar a utilização do método sistematizado no cuidado, pautada nos referenciais científicos. Assim, foi possível vislumbrar que, além das atividades burocráticas, o enfermeiro esteja em atuação com o usuário, com foco no cuidado singular e integral, com a instrumentalização de inovações tecnológicas sistematizadas, em busca de práticas seguras.

5.3 Categorias temáticas

A análise dos dados produzidos por meio dos grupos de reflexão possibilitou a identificação de quatro categorias temáticas: 1) Fatores que facilitam o PE na prática; 2) Dificuldades para aplicação do PE; 3) Estratégias para a implementação do PE; e, 4) Revisão do roteiro de coleta de dados de enfermagem, apresentadas a seguir.

5.3.1 Fatores que facilitam o PE na prática

Através das falas dos participantes do estudo, percebe-se que o PE tem sido considerado por eles como um eixo norteador das ações do cuidado. Por meio da sua implementação, o atendimento de forma integral é favorecido, além de que o seu registro é um importante respaldo jurídico, como podemos verificar nas falas a seguir.

[...] A finalidade do PE é o cuidado integral, uma avaliação dos cuidados que a gente oferece para população, é também respaldo legal para nós [...]
(Jasmim)

[...] é um instrumento que registra o cuidado executado, e, muitas vezes, nos dá até um respaldo jurídico. [...] e respaldo como registro do que foi feito com o paciente [...] (Karina)

Os participantes relataram ainda, a relevância de se terem instrumentos específicos que norteiem a realização do cuidado, sendo assim, a devida implementação do PE.

A utilização de instrumentos que norteiam o cuidado é muito importante. [...] quando eu estava no contexto hospitalar usávamos instrumento para sistematização, no qual era elencado os diagnósticos prioritários em relação clínica médica. Então, tinham-se aqueles diagnósticos de enfermagem, prioritários relacionados ao perfil epidemiológico de pacientes que eram internos dentro da clínica médica [...] (Paz)

Foram referidas ainda facilidades para a implementação do PE, naqueles atendimentos que possuem uma população mais reduzida, que é o caso mencionado pelos profissionais, quando se faz o atendimento do pré-natal, como observado na fala a seguir.

[...] e a questão do pré-natal é quando conseguimos executar o PE, visto o número menor de pacientes, quando comparável a outros públicos [...] pela complexidade do atendimento e pelo fato de entendermos [...] se eu não conseguir acompanhar certinho pode trazer prejuízos não só pra mãe, quanto pro bebê também [...] (Margarida)

Outro ponto citado pelos enfermeiros participantes, como facilitador do desenvolvimento do PE é o conhecimento do perfil epidemiológico da área de abrangência da unidade, o que favorecerá o desenvolvimento de ações voltadas às reais necessidades daquela determinada população.

[...] também o conhecimento do território onde atuamos possibilita a organização do nosso do trabalho [...] por exemplo, eu trabalho com uma unidade que possui uma vulnerabilidade social extremamente maior do que a da ESF X [...] então, o pessoal mais centralizado, mais elitizado, as demandas que a ESF X tem, são bem diferentes das demandas que eu tenho [...] se a gente tem essa percepção, saber reconhecer [...], conhecer o perfil que tem epidemiológico dos usuários, pode facilitar a organização do processo de trabalho [...] (Margarida).

Por fim, os participantes relataram o sentimento de satisfação quando conseguem realizar o PE completo, de forma adequada, sendo esse momento visto como de realização profissional.

[...] eu sinto mais feliz, quanto eu consigo fazer o PE, dá satisfação de executar [...] me sinto enfermeiro realizado e competente [...] (Paz).

Através dessa categoria, observa-se que o PE, quando implementado, é visto como um respaldo legal e ao alcance de uma realização profissional. Além disso, como facilitadores para a sua implementação, são apontados os seguintes fatores: uma população mais reduzida, o conhecimento sobre as características epidemiológicas da área de abrangência da unidade e a implementação de instrumentos norteadores do trabalho.

5.3.2 Dificuldades para aplicação do PE

Nos encontros dos grupos de reflexão, os enfermeiros participantes referiram dificuldades para a implementação do PE. Dentre elas, destaca-se a sobrecarga de trabalho, como se pode verificar nos fragmentos que retratam as sobrecargas relacionadas ao número de profissionais da equipe, ao quantitativo de pessoas a serem atendidas, aos efeitos do novo sistema de financiamento da Atenção Básica e à diversidade de ações e responsabilidades assumidas pelos enfermeiros.

[...] Que a gente trabalha com equipe mínima [...] e assim, se a gente tivesse o máximo de profissionais também, ajudaria muito [...] a inserção de outros profissionais que já fazem por meio de portarias, como gerente seria interessante [...] reduziria nossa sobrecarga [...] (Orquídea)

[...] mas não é tanto pelo costume também, é que pelo quantitativo de pessoas das ESF é muito grande, então não dá [...] o novo programa de financiamento Previner Brasil trouxe sobrecarga nas unidades [...] não dá para fazer como antes [...] (Esperança)

[...] e essa sobrecarga de trabalho que a gente tem, essas múltiplas responsabilidades que o enfermeiro tem de realizar diversas ações, né? que poderiam ser direcionadas a outros profissionais, né? [...] (Jasmim)

A falta de recursos tecnológicos e de materiais de forma geral também é considerada uma dificuldade para a implementação do PE. Dentre esses recursos encontram-se os instrumentos para nortear o cuidado (impressos diversos, documentos de sistemas de linguagem padronizada de enfermagem), equipamentos, insumos e estrutura física adequada.

[...] é quando falamos a questão da falta de insumos de material básico, falamos a questão da gente não ter material, eu não possuo NIC e NOC para consultar e direcionar o processo de aplicação de enfermagem e esse PE nos usuários, e acredito que seja a realidade de muitos aqui [...]. (Margarida)

[...] dentre os instrumentos elaborados em 2019, utilizo do hiperdia e gestantes, porém constantemente falta abastecimento desses instrumentos [...] (Orquídea)

[...] Atualmente estamos em falta de diversos instrumentos de trabalho desde caderneta de gestante, a impressos importantes para o processo de trabalho, ressalto déficit de instrumentos como aparelho de pressão, balança [...] (Rosa)

[...] aí a gente esbarra ali na estrutura física, porque às vezes a gente não tem sala, tem que emprestar sala, não tem mesa, não tem receituário [...] material apropriado, computador funcionando, né? Precisa pegar um dado do paciente, computador, não funciona [...] (Sol).

O “imediatismo” foi mencionado pelos participantes como um dificultador para a realização do PE. Eles destacam que cada vez mais, tanto a população quanto os componentes da equipe de saúde, requerem alguma determinada atenção de forma imediata o que atrapalha o desenvolvimento de outra atividade que já esteja iniciada.

[...] tem hora não sei o que faço primeiro, se assistência, telefone [...] secretária tá cobrando, documentos, liga no celular particular, a gente não atende [...] liga para outro funcionário questionando o porquê não atendi [...] essa questão me incomoda muito [...] (Esperança)

[...] com a pandemia piorou mais ainda o imediatismo das pessoas, está difícil reorganizar os serviços de saúde. [...] E a gente tá sentindo hoje a dificuldade de voltar esses atendimentos programáticos, até mesmo dedicar ao cuidado de forma integral aos usuários [...] (Jasmim)

[...] Ainda mais homem [...] quando é grupo de receita [...] o povo está assim [...] eu tenho que trabalhar vocês não quer fazer mais receita aí? Vocês manda eu vir aqui, mas fica demorando... Eu tenho que... eu quero minha receita de logo [...] (Girassol)

Percebe-se que são diversos os fatores dificultadores para o desenvolvimento do PE no contexto da Atenção Primária à Saúde e que precisam ser superados, para que assim seja oferecida uma assistência de qualidade.

5.3.3 Estratégias para implementação do PE

Os participantes destacaram que, ao se ter um instrumento implementado para auxiliar na consulta, favorece-se o desenvolvimento da assistência de forma mais sistematizada, servindo como um direcionamento para a realização do cuidado.

[...] o mais ideal que a gente sabe que o nosso processo de trabalho aconteça de uma maneira organizada e sistematizada e que existem

instrumentos para oferecer subsídios suficientes pra melhorar o processo de cuidado do paciente. (Amor)

[...] Pra direcionar o nosso trabalho também, por realizar o processo de enfermagem é difícil [...] se a gente tivesse um instrumento, padronizado para coleta de dados e assim, com alguns diagnósticos prioritários, pelo menos pra gente ter um registro [...]. (Joana)

Além disso, a implementação de tais instrumentos é vista como uma forma de organização do serviço, reunindo, no instrumento, as informações necessárias, que poderão ser consultadas facilmente, bem como atualizadas, considerando o período de desorganização que vivenciaram anteriormente.

[...] trabalhei vinte anos em outro município e vejo a diferença daqui os prontuários desorganizados, com ausência de evolução da assistência prestada [...] me sinto desanimada, já tentei organizar os prontuários por diversas vezes [...] agora, eu vejo que eu quero organizar, eu to enxugando gelo. (Karina)

[...] o que, mas que a gente teve nesse período foi a desorganização do PE [...]. (Margarida)

Uma ação que poderá contribuir muito para a implementação desses instrumentos, assim como a realização adequada do PE, é a oferta de encontro para capacitações, como forma de atualizar os profissionais acerca dos instrumentos implementados e de como aplicá-los de forma correta, como pode ser observado nas falas a seguir.

Então a gente não tem muito tempo de tá participando.... se tivesse uma equipe de educação continuada. (Rosa)

As coisas são despejadas na gente, chegam em memorandos, falta treinamento. (Joana)

eu acho que ficou evidente aqui nessa discussão é que a gente sabe fazer o PE, mas não consegue fazer [...]. (Margarida)

Podíamos propor à coordenação uma comissão de educação continuada e revisão dos outros roteiros de linha de cuidado. (Amor)

Com a implementação dos instrumentos é que, conseqüentemente, haverá a contribuição para o desenvolvimento adequado do PE. Isso auxilia também a reflexão sobre a importância do papel do profissional de enfermagem, na assistência do contexto da Atenção Primária à Saúde. Essa reflexão é importante para os próprios profissionais que, muitas vezes, estão perdidos em seu papel, como também pelos

demais profissionais que atuam como parte da equipe e ainda não possuem essa compreensão de forma clara.

[...] é importante também saber assim, onde nós estamos, onde a gente precisa chegar [...] por mais que seja algo assim distante, [...] visualizar isso sendo implementado [...] dá pra gente começar [...] a gente tem que entender e refletir sobre o papel na ESF, acho que é um trabalho muito de equipe (Esperança)

[...] então assim, como não saber implementar, como não saber certinho as etapas, né? [...] temos que ter muito definido as etapas e o objetivo do processo de enfermagem. [...] (Paz)

Uma outra estratégia que pode ser introduzida para auxiliar a implementação da PE é o elogio aos enfermeiros, o reconhecimento pelo bom trabalho e desempenho, pois eles sentem falta desses incentivos como pode ser observado no trecho a seguir:

Talvez a gente não tenha incentivo né [...] é que é sempre: - já lançou produção? [...] Nunca tem um sentido assim: - como tem sido sua conduta de enfermagem, o PE aqui? [...] desde o tempo que eu tô aqui e nas reuniões que a gente tem, sempre assim [...] eh falta de elogio também, né? [...] a gente é direcionado a acordar todo dia e trabalhar, cumprir o seu papel [...] (Rosa)

[...] Eu ia falar isso agora, nunca liga e fala assim: - a sua unidade não tem nenhuma reclamação, Parabéns!! porque só quando tem reclamação nossa, mete bronca. Tipo assim [...] (Gentileza)

O atendimento em conjunto com os demais membros da equipe de saúde se mostra como uma importante estratégia que pode contribuir também para um melhor desenvolvimento do PE, principalmente pelo fato de ajudar a otimizar as ações realizadas, como revela o relato a seguir.

[...] as consultas de pré natal, são uma vez por mês e atendo junto com o médico [...] não sei como que é cada um e eu atendo junto, faço comigo primeiro [...] aí é uma coisa mais enxugada, porque é uma vez por mês [...] vemos o que aconteceu nesse período, mas o dia de abrir o cartão, mas com o tempo, não marca muito não [...] uma coisa que eu tento fazer isso, eu tenho uma quantidade de cartão pra mim, dessa forma consigo executar a primeira etapa com mais qualidade [...] (Amor)

Além da interação com os demais membros da equipe, seja o médico o fisioterapeuta, o nutricionista, dentre outros, uma melhor comunicação entre as unidades pertencentes à Rede de Atenção à Saúde, revela-se como uma importante estratégia para o melhor desenvolvimento da PE.

É uma situação bem interligada né, como você coloca a gente sozinha não dá conta de atender todas as demandas e tipo assim, essa questão da rede está integrada e funcionando essa possibilidade da gente encaminhar ter uma referência, ou de discutir casos isso para a integralidade do paciente é fundamental (Jasmim).

Outra estratégia que auxiliaria para um melhor desenvolvimento da PE e que também envolve a reorganização do processo de trabalho é a incorporação de mais membros à equipe, o que é corroborado pela seguinte fala.

[...] eh um gerente colaboraria bastante [...] aliviaria um pouco dessa parte burocrática e também eu sinto que uma boa secretária também pra fazer esses lançamentos da produção iria agilizar [...] (Sol)

Outro aspecto relevante e relacionado à reorganização do processo de trabalho é que a equipe toda compreenda o que é realmente o acolhimento e que esse é uma ação que deve ser realizada por todos que trabalham na unidade e não, apenas, pelo enfermeiro.

[...] outra coisa que é muito importante, é o acolher por toda a equipe, porque é o restante, eles acham que o acolher é uma função do enfermeiro às vezes nem a recepcionista escuta o que o paciente está falando que é coisa que ela poderia resolver se ela parasse para ouvir. Ah, aí já vai chama a enfermeira não na hora que você vai ver uma coisa que ela podia resolvido lá [...] (Paz)

5.3.4 Revisão do roteiro de coleta de dados de enfermagem

Os participantes também destacaram a baixa adesão aos tratamentos medicamentosos e as orientações propostas pela equipe de saúde, como uma significativa postura dificultadora para o sucesso da prevenção de agravos e complicações.

[...] nossa tenho muitos pacientes que não adere as orientações ... nossa ... acho que tá geral né ... me sinto cansado as vezes [...] muitos casos AVC, amputação de membros [...] (Joana)

Nossa verdade, acho que a realidade de todas as unidades, interferir em mudanças de hábitos, crenças [...] né a vulnerabilidade social interfere também né [...] (Paz)

Foram mencionados ainda: a necessidade de repensar estratégias de abordagem e o impacto positivo de momentos de educação em saúde, que têm o potencial de permitir que o paciente reflita sobre a questão e crie consciência sobre o conceito de saúde-doença dentro do contexto em que vive.

Difícil né... vejo que temos repensar nas estratégias de abordagem... reconstruir sabe... não é uma tarefa fácil. [...] mas acho que isso aqui é o começo, o investimento na educação em saúde é muito importante [...] (Orquídea)

Verdade assim os pacientes podem entender melhor a doença, e potencializar o processo de aprendizagem [...] (Margarida)

No trecho a seguir, observa-se que os participantes demonstram uma compreensão de que o enfermeiro é capacitado em organizar espaços para momentos de investimento em autocuidado e aprendizagem significativa e que o trabalho multidisciplinar deve somar esforços na busca da integralidade.

Essa questão do uso dos medicamentos é importante, na unidade, atendo muitos pacientes que não adere ao tratamento, com dificuldade de aplicação correta de insulina... por isso toda sexta faço hiperdia... e a equipe fica por conta desse público [...] a equipe do NASF também (Sol)

Autocuidado interfere negativo ou positivo na qualidade de vida e irá definir nosso plano de cuidado (Gentileza)

Apontou-se também que a escuta qualificada vem sendo uma etapa do acolhimento, através da qual, o profissional busca identificar o motivo da procura pelo serviço de saúde e busca a problematização, estimulando o protagonismo do usuário.

A coleta de dados é o primeiro passo para conseguir um vínculo com o paciente., estabelecer vínculo [...] importante para que o paciente se sinta confortável para falar o que está sentindo (Esperança)

[...] Temos que ser bom ouvintes... né (Jasmim)

Foi apontada ainda a falta de protocolos aprovados pela instituição para prescrição de medicamentos e solicitação de exames pelo enfermeiro, reforçando que a utilização desses instrumentos oferece subsídios à equipe e contribui para ampliar a qualidade da assistência, reconhecendo o protagonismo e a liderança da equipe de enfermagem.

Às vezes até elaborar outros protocolos, no município que eu estava a coordenação elaborou protocolos de alguns exames que a enfermeira poderia solicitar né, aí isso já ajudava bastante a gente né, e o paciente tinha assim mais confiança na enfermeira né e nós mais autonomia e valorização (Joana)

Quando eu fazia a pós-graduação em Saúde da Família aqui, e eu trabalhava em Paraíso, eu trazia muito material para estar apresentando, mostrando como que é feito lá essa é uma forma de poder contribuir né [...] (Karina)

Os enfermeiros reconhecem também a necessidade da utilização de referenciais científicos pautados em pesquisas seguras, para decisões clínicas/gerenciais qualificadas.

Até para a gente conseguir cumprir o princípio da equidade, cuidar mais de quem tá pior, digamos assim né? Então aqui também, né? Eu acho que seria interessante a gente fazer essa estratificação de risco. Por exemplo se a paciente se enquadrasse lá pela classificação de risco, numa condição de baixo risco, o documento ele fala para reavaliar só daqui a seis meses [...]
(Paz)

Ou então a gente também pode olhar no manual, quais são preconizados
(Margarida)

Observa-se que os enfermeiros entrevistados apontaram vários procedimentos significativos que podem determinar mudanças na realização do processo de enfermagem.

6 DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem da APS do município de Passos-MG é predominantemente feminina e com média de idade de 40,23 anos. Resultados semelhantes aos encontrados por Magnano e Pierantoni (2021), em um estudo realizado em nível nacional em que se observou que 85,1% do total dos profissionais de enfermagem eram mulheres; e, 40,1% tinham idade entre 36 e 50 anos. Nesse contexto, Souza Júnior *et al.* (2021) justificam esse maior número de profissionais do sexo feminino pelo fato de que, historicamente, a enfermagem é uma profissão reservada às mulheres, pois, culturalmente, o cuidado à saúde das famílias é concebido como feminino, como algo inerente às “qualidades naturais” das mulheres.

Pode-se observar nesse estudo uma população mais homogênea em relação ao tempo de formação com uma média de 15,84 anos. E um grupo heterogêneo em termos de tempo de atuação na APS, sendo a média de 12,46 anos com uma variação de três a 29 anos. Esses resultados se assemelham aos encontrados por Pontes *et al.* (2022), em um estudo sobre o perfil dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde da cidade do Recife – PE, observaram, em relação ao tempo de trabalho, que 66,8% dos profissionais de enfermagem atuavam na APS há mais de 10 anos. O tempo de experiência de trabalho na APS dos enfermeiros envolvidos nesse estudo fala a favor de uma vivência temporal nas transformações do trabalho do enfermeiro, especialmente a partir da enunciação da estratégia saúde da família como prioridade na atenção básica pelo governo federal (FERREIRA *et al.*, 2020). A partir desse marco, a enfermagem vem ampliando sua ação clínica, que implica a implementação do Processo de Enfermagem na produção do cuidado de enfermagem, embora não necessariamente essa implementação ocorra.

Assim, Tonelli *et al.* (2018) aponta que o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários para a produção da longitudinalidade das ações em saúde é de extrema importância, e a rotatividade dos profissionais nas equipes da Atenção Básica prejudica a efetividade desse atributo.

Para Fernandes *et al.* (2020) a baixa rotatividade dos profissionais torna-se relevante por proporcionar diálogos concretos com a população, conhecendo suas necessidades, criando uma maior probabilidade de continuidade dos programas começados no estabelecimento. Todo esse envolvimento acontece sem a corriqueira interferência de modificações, exceto quando novos governos assumem,

especialmente, em casos de revezamentos partidários. Em concordância ao exposto, Barbosa e Bosi (2017), em um estudo com foco na dimensão semântica da utilização do “vínculo” em Saúde Coletiva, apontaram que entre as variações dessa semiótica as de melhor empregabilidade são as conceituações de vínculo sob as perspectivas de: aumentar a resolutividade dos serviços; reduzir a rotatividade dos profissionais; promover humanização, e responsabilização pelo cuidado; estabelecer confiança entre profissionais e usuários; favorecer o aprendizado e a prática profissional.

Em relação à qualificação profissional, todos os participantes possuíam algum curso de pós-graduação relacionada à sua área de formação, o que sugere que esses profissionais têm buscado por aperfeiçoamento profissional, no sentido de atualizar conhecimentos em práticas baseadas em evidências. (PBE). Machado (2017), em um estudo sobre o perfil de qualificação pós-formação entre trabalhadores de enfermagem, apontou que cerca de 4,7% dos enfermeiros são doutores, 14,5% são mestres e 72,8% possuem cursos de especialização.

Nesse contexto, Moreira *et al.* (2018) destacaram que as especializações são indispensáveis para a complementação da formação profissional, tendo em vista que são fundamentadas e atualizadas de maneira adequada, com base em um corpo teórico-científico. No mesmo sentido, Bosi (2020) complementa que bons profissionais de saúde estabelecem boas condutas por meio de identificação e solução de problemas, com base em evidências científicas. Corroborando, Schneider, Pereira e Ferraz (2020) descreveram que o uso da PBE se relaciona a uma assistência de qualidade; porém, o âmbito coletivo da APS, conseqüentemente, vai demandar que o “profissional aplique uma pluralidade metodológica e de ferramentas para tomada de decisões e resolutividade dos problemas de saúde nesse cenário” (p. 4). Deve-se considerar o uso da PBE pelos profissionais de enfermagem, de acordo com sua competência profissional, por meio da coleta de dados com base no PE, assim como a realidade dos recursos e materiais do serviço. A PBE na Enfermagem compõe uma maneira segura e organizada do estabelecimento de comportamentos profissionais com foco no reconhecimento e na resolução de problemas, com base nas melhores evidências científicas. A PBE abrange as fases de definição de problema, busca da avaliação crítica das evidências, implementação e avaliação dos resultados.

Todos os participantes relataram já terem tido experiência com o uso do PE e 69,2% realizaram alguma capacitação nessa temática nos últimos 3 anos. Nessa perspectiva, vale destacar que o trabalho do enfermeiro na APS é uma potência para

contribuir na consolidação da SAE por ser responsável por coordenar a equipe na ESF, além de desenvolver várias atividades, em diversas dimensões, como a individual e a gerencial (CUBAS; NICHATA, 2020).

É indiscutível que o PE, no contexto da APS favorece benefícios para o paciente, para a família e para os trabalhadores de enfermagem, por potencializar a qualidade da consulta de enfermagem, através do uso do registro no prontuário, o que, conseqüentemente, irá aprimorar o cuidado prestado e organizar o processo de trabalho (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

Sabe-se que a formação dos profissionais de enfermagem é de grande importância, seja em nível de graduação, como também após esse período (FROTA *et al.*, 2020). E tal importância foi apontada nas falas dos participantes desse estudo, alegando que, além da necessidade de se implementarem instrumentos que os auxiliem no desenvolvimento do PE é indispensável a realização de ações de capacitação sobre essa temática. Esse resultado se assemelha ao destacado por Costa e Silva (2018) que trouxeram que as dificuldades para a implementação da SAE/PE não estão restritas apenas à prática profissional e demonstraram que seu início ocorre desde o ensino acadêmico, diante das dificuldades dos próprios docentes em desenvolver metodologias de ensino que utilizam estratégias didáticas para a aprendizagem efetiva dessa metodologia de assistência.

Quando se fala em aprimoramento dos recursos humanos em saúde, destaca-se que a EPS surgiu com o objetivo de conduzir a formação e qualificação dos profissionais imersos nos serviços públicos de saúde, além de fortalecer as práticas em APS (FERREIRA *et al.*, 2019).

A falta de um programa de educação permanente (EP) em saúde em relação ao PE é um fator limitante da atuação do enfermeiro ao desenvolver a sua prática clínica, pois de acordo com Silva, Silva e Gonzaga (2017) a EP possui como foco a qualificação profissional para o trabalho, considerando sempre o contexto de atuação dos profissionais. Ela favorece ainda a transformação do cotidiano de trabalho e, para isso, ela valoriza a experiência e os saberes dos profissionais, promovendo interações, e reflexões, além da atualização de conhecimentos teórico-práticos.

Nesse sentido, Santos *et al.* (2021b) destacaram como obstáculos na evolução da EPS, o afastamento da gestão das ações e algumas condições atreladas ao próprio processo de trabalho da equipe, como a execução das tarefas pelo modelo

produtivista, sem planejamento de momentos de encontros com propósito de avaliar o trabalho, ausência de problematização da realidade destinados às ações de EPS.

Observa-se que a percepção da maior parte dos colaboradores da saúde, em relação ao que se entende por EPS, depara-se com definições de processos educativos formais que ocorrem dentro de um certo modelo. Nesse contexto, recomenda-se, para que a EPS consiga cumprir a função de produzir conhecimentos criativos, propicie novas maneiras de atuação dos colaboradores, rompendo com o modelo do cuidado centralizado em um saber instrumental e produza encontros e saberes, afinidades e compartilhamentos, compostos por essas reuniões dos colaboradores e dos usuários na ESF, proporcionando a eles a ampliação dos canais de criatividade, com grande liberdade de ação.

Soares *et al.* (2015) trouxeram em seu estudo que, dentre os desafios enfrentados pelos enfermeiros na APS, tem-se a falta de capacitação também identificada e já mencionada anteriormente nessa pesquisa, como a falta de impressos e protocolos para o desenvolvimento do PE. Para Cubas e Nichiata (2020) a SAE necessita, além de instrumentos próprios, de um dimensionamento de pessoal que potencialize o processo de trabalho.

Segundo Filgueiras *et al.* (2019), para o aperfeiçoamento do atendimento de enfermagem são indispensáveis conhecimentos científicos por parte desses profissionais e o uso de instrumentos de sistematização elaborados especificamente para um determinado atendimento, que permita uma avaliação de forma habilidosa e planejada, capaz de levantar os problemas favorecendo, assim, o alcance das soluções.

Os participantes desse estudo destacaram a importância de se manter tudo registrado durante a realização da PE, pois isso traz respaldo jurídico, além de significar um importante papel na organização do serviço. Nesse sentido, de acordo com Andrade *et al.* (2019) dentre as contribuições do PE para a melhoria do cuidado, tem-se o respaldo para o profissional de enfermagem, por meio do registro de todo e qualquer procedimento realizado. Além disso, também dá maior visibilidade para a profissão, pois imprime autonomia à classe de enfermeiros.

Vale ressaltar que o ambiente de trabalho em que estão inseridos os profissionais de enfermagem está diretamente interligado à qualidade da assistência, ou seja, para uma melhor assistência ao usuário é importante fornecer qualidade para o serviço do enfermeiro. Nesse contexto, segundo Melo *et al.* (2019), a própria

avaliação, que é um dos parâmetros de referência da cobertura eficaz das equipes, ou de amparo ao enquadramento apropriado de indivíduos por equipe, empregada como um dos pilares estruturais do financiamento, utiliza critérios que acabam elevando a sobrecarga clínica das equipes, em boa parte já abarrotadas pela demanda assistencial. Assim, destaca-se que o cadastro populacional não deverá ser considerado sinônimo de acesso e cuidado. Diante dessa realidade, o cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem possui grande impacto na qualidade da assistência ofertada aos pacientes de uma instituição, sendo que o subdimensionamento está relacionado a índices mais elevados de absenteísmo e de eventos adversos, além de aumento de custos.

Nesse contexto, a Resolução n. 0543/2017, traz que o estudo de dimensionamento deve ser realizado pelo enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem, conforme as normas vigentes do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e com respaldo científico por meio de instrumentos validados.

Porém, em 2019, foi lançada uma nova política para a APS no SUS denominada “Previne Brasil”, que alterou o financiamento da APS para os municípios brasileiros. Ao invés das transferências intergovernamentais serem por habitantes e de equipes de ESF, são agora calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores (MASSUDA, 2020). Dessa maneira, o modelo de financiamento no sistema de saúde interfere na maneira de organização dos serviços de saúde, bem como no modo de produção de saúde.

Para Bonfim *et al.* (2016) o processo de planejamento da força de trabalho visa ao equilíbrio entre os profissionais de saúde que estão disponíveis e o que é essencialmente necessário para a realização dos serviços de saúde. Destaca-se que o planejamento é o processo sistemático de estimar a quantidade de pessoas a serem atendidas e as habilidades de que necessitam para se conseguirem as políticas e metas de saúde predeterminadas, levando em consideração as necessidades de saúde e a segurança dos usuários, das famílias e da comunidade. Esse planejamento necessita de monitoramento e verificação contínua. A alocação de profissionais em saúde, entretanto, não está restrita somente à utilização de instrumentos analíticos para a quantificação dos indivíduos. É necessário calcular o quantitativo necessário de profissionais com competências específicas que os qualifique ao desempenho das atribuições consoantes aos princípios e necessidades dos serviços de saúde.

Entretanto, a falta de profissionais na equipe, foi uma das grandes queixas dos entrevistados, sendo relacionada à sobrecarga de trabalho. Corroborando, Muniz *et al.* (2019) e Cardoso *et al.* (2021) descreveram que, dentre as condições de trabalho, um dos grandes desafios é o excesso de atividades do enfermeiro, sendo que certas atribuições são exclusivas dele, mas algumas poderiam ser desenvolvidas por outros profissionais, porém há, em muitos casos, a escassez de membros da equipe. O resultado da soma dessas dificuldades resulta em uma dupla ou tripla jornada de trabalho que, apesar da grande quantidade de horas formais de serviço, nunca é suficiente para atender a todas as demandas.

A sobrecarga de trabalho está interligada à atuação dos próprios profissionais, que ainda não se apropriaram da finalidade de seu trabalho no cotidiano das ESF, agregando funções e afazeres que não lhes são próprios.

Esse conflito vem do responsabilizar-se pelo conjunto de atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde que marca o trabalho do enfermeiro da APS, bem como o trabalho específico preconizado pelo novo modelo de atenção, em um contexto em que as estratégias de gestão e aspectos ideológicos que reforçam o modelo tradicional de funcionamento do sistema de saúde ainda é predominante (FERREIRA *et al.*, 2018).

O enfermeiro tem tido então suas atividades cada vez mais direcionadas para procedimentos vinculados à organização do serviço e à supervisão das atividades exercidas por outros membros da equipe de enfermagem e pelos ACS, o que, de acordo com a literatura, pode levar à sobrecarga desse profissional e ao seu afastamento da assistência direta (especialmente a consulta de enfermagem). Destaca-se ainda que a cobrança imposta aos enfermeiros não é proporcional às condições que lhes são dadas, o que resulta em situações conflituosas nas tomadas de decisões, pois em muitos casos alguma atividade terá que ser deixada em segundo plano, para que outra seja realizada, o que ocasiona sentimento de frustração e dúvida quanto ao seu desempenho na APS (FERREIRA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, Toso *et al.* (2021) evidenciaram que a reunião de demandas impostas aos profissionais de enfermagem não é plenamente executada. A PNAB 2017, alterada recentemente, assinala como *locus* do cuidado na APS os dois tipos de unidades, os quais precisam de reestruturação na maneira como ordenam seus serviços, diante do evidente sacrifício dos profissionais da enfermagem em executar

seu processo de trabalho de acordo com o que dispõe a resolução que norteia a prática profissional na APS.

A respeito do fazer do enfermeiro na APS, Ramos *et al.* (2018) destacaram que esse profissional dispõe de uma visão integrativa e ampla em relação às atitudes na ESF, mas não consegue executá-las em razão da lógica de produtividade no atendimento estabelecido nas unidades, tendo em vista uma elevada concentração de consultas de enfermagem, sobretudo as de pré-natal.

Foi mencionada pelos enfermeiros a não utilização de protocolos assistenciais, no sentido de reorganizar/ampliar o acesso aos serviços de saúde, enquanto a prática prescritiva do enfermeiro, vem sendo reconhecida no Brasil desde 1997, a Resolução Cofen 195 (em vigor). A consulta de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem e a prescrição de medicamentos em protocolos são competências dos enfermeiros estabelecidas na Lei 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto 94.406/1987 e pela Portaria MS 2.436/2017 (BRASIL, 1986-2017; COFEN, 2017).

Outro ponto mencionando pelos participantes, relacionado à sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, à implementação do PE é a falta de mais profissionais na equipe, o que vai ao encontro dos resultados encontrados por Andrade *et al.* (2019) que postulou: dentre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros, para realizar a PE, tem-se a pouca quantidade de profissionais, o que os leva a uma sobrecarga de trabalho. Além disso, tem-se o fato de que o enfermeiro, nesse contexto, exerce tanto a assistência quanto a gerência do serviço, o que faz com que ele tenha que se dividir entre o cuidado com o paciente e a gerência da unidade que o serviço demanda. Isso confirma mais uma vez a sobrecarga de trabalho, a falta de profissionais e, conseqüentemente, os sentimentos de insatisfação profissional.

De acordo com esses autores, Toso *et al.* (2021) trazem como reflexão que, diante das diversas funções do profissional de enfermagem, como integrante da equipe de saúde e das suas atribuições específicas, tem havido predominância de atividades que podem ser executadas por outros profissionais da equipe, enquanto as funções próprias da *práxis* do enfermeiro ficam em segundo plano.

A falta de tempo e principalmente a sobrecarga de trabalho está entre as principais barreiras para o desenvolvimento do PE, visto que, considerando a agitação e correria que permeiam as unidades de saúde, torna-se um desafio otimizar o tempo para diversas atividades a serem executadas. O tempo para realizar as funções tende a diminuir com alguns agravantes. Esse fato pode vir a favorecer o adoecimento

desses profissionais diante da insatisfação com o serviço, o que os torna mais vulneráveis a erros e episódios de acidentes (riscos ocupacionais). Dessa forma, a sobrecarga de trabalho à qual a equipe de enfermagem está submetida faz com que realizar a implementação do PE e seu devido o registro de enfermagem de maneira eficiente se torne complicado (MUNIZ *et al.*, 2019).

Toso *et al.* (2021) sugeriram uma reflexão em relação ao processo de trabalho com olhos para a apropriação de área de saber e desempenho de atribuições específicas, evidenciando o protagonismo do profissional de enfermagem, que pouco se sobressai no âmbito da APS.

Dessa forma, levando-se em consideração o atual panorama do trabalho em saúde instituído pela PNAB (2017), que inseriu o gerente na eSF, Fernandes *et al.* (2019) descreveram que este profissional é o ator essencial para a operacionalização das demandas de uma APS, pois tem como função o planejamento em saúde, conforme as demandas da área e da comunidade, da disposição do processo de trabalho, do controle e da integração das ações. Os autores destacaram ainda que o cargo de gerente exige muito além que vontade política e senso comum, O gerente necessita de uma base de conhecimentos nas áreas da saúde e da administração, visão geral do contexto em que está inserido e engajamento social com a comunidade e, ainda, conhecimento consistente dos princípios que respaldam os sistemas de serviços de saúde. Esses apontamentos vão ao encontro dos pensamentos de Paulo Freire que referência ser a educação liberta por meio de reflexões e ações emancipatórias como referencial teórico (FREIRE, 2011).

Outro ponto é a fragmentação do cuidado centrado na doença e não no indivíduo (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019), que apesar das novas diretrizes vigentes ainda está presente no sistema de saúde, sendo a sua superação considerada um dos maiores desafios do setor de saúde no Brasil (LEMOS; SPIRI; SPAGNUOLO, 2020).

Observa-se que os participantes desse estudo, dentro de seu processo de trabalho, percebem a importância de se fazer saúde de uma forma integral com interligação entre os demais profissionais e serviços. Conforme afirma Silva *et al.* (2019), a interdisciplinaridade é uma estratégia para reduzir a fragmentação do cuidado e, conseqüentemente, fortalecer a integralidade por meio da reorganização do processo de trabalho com foco em atender à complexidade das necessidades da população.

Nessa perspectiva, a equipe multidisciplinar tem como objetivo fortalecer as ações da APS, através de um trabalho orientado pela Interprofissionalidade, em um espaço georreferenciado com a finalidade em atender às suas especificidades. Os profissionais possuem habilidade de estabelecer saúde na sua dimensão coletiva, a partir da contrarreferência e participar, coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde, sob a forma da coparticipação (MACHADO *et al.*, 2021).

Souza e Bertolini (2019) destacaram em seu estudo que a inserção de outros profissionais na atenção básica, para além daqueles previstos na equipe mínima, fortalece o cuidado de enfermagem com enfoque no PE e possui como propósito o fortalecimento da APS, pois aumenta a resolutividade do sistema e contribui para a integralidade no cuidado.

Além da falta de recursos humanos, a ausência de recursos materiais e físicos também foi mencionada pelos participantes como barreiras para o desenvolvimento do PE. Nesse contexto, sabe-se que a morosidade da gestão pública resulta em uma utilização inadequada dos recursos físicos e humanos, gerando impactos diretos nas ações do sistema de saúde e no exercício dos profissionais APS (SODER *et al.*, 2018).

Considerando o exposto, vale lembrar que a gestão dos recursos é considerada como parte das responsabilidades dos gestores do cuidado à saúde e o enfermeiro, sendo um gestor do cuidado, precisa conhecer os trâmites administrativos e burocráticos que perpassam o sistema de saúde. Ao compreender esse processo, o profissional poderá potencializar suas estratégias e ações na atenção à saúde. Dessa forma, o enfermeiro, não só obterá um maior reconhecimento profissional, mas também terá uma caracterização significativa de sua identidade enquanto profissional. Para isso, é preciso que se visualizem como protagonistas das estratégias e ações das atividades individuais e coletivas (SODER *et al.*, 2018).

Outro ponto mencionado pelos participantes como essencial para o desenvolvimento do PE é conhecer o perfil epidemiológico da região. Tal aspecto vai ao encontro da literatura que propõe o modo de intervenção baseado na realidade local objetiva e a resolutividade com qualidade (SODER *et al.*, 2018). Nessa perspectiva, a epidemiologia tem sido utilizada na formulação das políticas de saúde, que visam à prevenção, manutenção e recuperação do estado de saúde de populações ou grupos sociais específicos (ABREU *et al.*, 2018).

A criação de ferramentas para consolidação do PE e implementação da SAE são essenciais. E o COFEN publicou em 2018 diretrizes que ajudam na criação de

protocolos (CUBAS; NICHIATA, 2020). A recomendação de alterações na Resolução 358/2009 abrange a inserção do cuidado compartilhado pela equipe de saúde, linguajar mais descomplicado e ponderações dos novos âmbitos no gerenciamento da assistência, em qualidade, segurança do paciente e renovação.

Destaca-se que as diretrizes em vigência não atendem às demandas da atualidade e, dessa maneira, o COFEN constituiu um grupo de trabalho por meio da Portaria 1226/2021, para que fosse atualizada a Resolução 358/2009. Esse documento traz como proposta a utilização de uma linguagem mais clara e atualizada, substituindo a terminologia SAE por PE, mesmo que ocorra a abrangência do PE em todos os contextos, como UBS, escolas, creches, entre outros que prestam a Assistência de Enfermagem, detalhando as funções dos técnicos e auxiliares de enfermagem e dos enfermeiros no PE. A Portaria reforça ainda a importância da documentação (anotação de enfermagem), em encontro com a Resolução 429/2012 (COFEN, 2012). O texto busca a consolidação do PE, organizado em cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação, e reavaliação/avaliação final de Enfermagem, incorporando também os cuidados provenientes de protocolos assistenciais. No período de 10 de fevereiro a 17 de março foi aberta consulta pública em relação às atualizações na Resolução 358/2009 para que as colaborações fossem analisadas e consolidadas pelo Grupo de Trabalho e submetidas ao plenário do Cofen (COFEN, 2022).

Porém, mesmo com sua relevância largamente argumentada na literatura, na maioria dos serviços em nosso país, a implementação do PE se encontra muito aquém do que está estabelecido na legislação de enfermagem, não sendo, portanto, uma realidade no cotidiano de trabalho do enfermeiro (COSTA; SILVA, 2018).

Na revisão do instrumento para assistência ao paciente HA e DM foram abordadas diversas temáticas pelos enfermeiros como: a baixa adesão dos pacientes aos tratamentos propostos; o papel do enfermeiro no processo de educação em saúde na comunidade; a importância da escuta qualificada no cuidado; e a utilização de referenciais científicos na prática clínica e gerencial.

O instrumento revisado está fundamentado nas necessidades dos usuários HA e DM. Victor *et al.* (2010), citam a importância das práticas de enfermagem, serem baseadas nas necessidades biopsicossociais desse público, e que a identificação dos déficits de autocuidado está interrelacionada ao reconhecimento de sinais e sintomas que evidenciam riscos à saúde. Trazem também que, o registro da coleta de dados

sistematizada e fundamentada corrobora com o direcionamento de outras etapas do PE.

A coleta de dados possibilita o enfermeiro a estreitar laços com o indivíduo e a família, através da utilização de entrevistas, observações, exame físico, avaliação de sinais vitais e resultados de exames além de revisão do prontuário (VIRGÍNIO; NÓBREGA, 2004). Godoy *et al.* (2021), com objetivo de revisar e atualizar o instrumento de coleta de dados utilizados pelos alunos durante as práticas acadêmicas, citam em seu estudo que instrumentos de coleta de dados, têm como objetivo reconhecer a necessidade do usuário, através de referenciais teóricos que atendam à especificidade da linha de cuidado.

Nesse sentido, a HA e a DM, doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são a principal causa de morte e de adoecimento no mundo. As estimativas dos custos atribuíveis a essas patologias, têm demonstrado a necessidade de reorganizar os serviços de saúde, com ênfase em programas que abordem medidas de prevenção e promoção em saúde (NILSON *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, no sentido de aprimorar o cuidado e oferecer uma assistência e enfermagem que atenda às necessidades dos indivíduos/usuários com HA e DM, é preciso ressaltar o papel do enfermeiro, que executa intervenções como: consulta de enfermagem; atividades educativas de promoção de saúde, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); solicitação de exames conforme protocolo da instituição e estratificação de risco para organizar o melhor plano de cuidado. Assim, é importante ressaltar a implementação do processo de enfermagem, com enfoque na etapa da coleta de dados que responde pela funcionalidade de nortear os aspectos a serem mais observados pelo enfermeiro a fim de verificar estado clínico, social e psicológico e posterior organização da assistência (MATIAS *et al.*, 2021).

Como foi colocado, a utilização de instrumento de coleta de dados tem como aplicabilidade favorecer o raciocínio clínico e guiar decisões clínicas, através de referenciais que sustentem o instrumento e que permitam intervenções, baseadas em habilidade técnica e interpessoal. Portanto, o enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, deve estar atento aos dados objetivos como aferição dos sinais vitais e antropometria e subjetivos, que são obtidos por meio de questionamentos que necessitam da confirmação da pessoa e da escuta (BARROS *et al.*, 2015).

Bueno, Silveira e Rezende (2019) traz que o cuidado de enfermagem ao HA e DM, através da consulta de enfermagem, é possível com planejamento das ações, com a inclusão do usuário e de sua família através de um plano terapêutico, para intervir na prevenção dos agravos e na sua qualidade de vida.

Destaca-se o Programa “HIPERDIA” (Programa de Cadastro pacientes HA e DM), sendo uma estratégia que tem como finalidade fortalecer a rede de atenção à saúde: EP aos profissionais, apoio aos usuários para facilitar a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico. Assim, nesse processo de cuidado são recomendados momentos de educação em saúde pautada em metodologias centradas na pessoa e não na doença. O enfermeiro, sem excluir a lógica do trabalho colaborativo e interprofissional, é responsável por instrumentalizar a gestão do cuidado, através de ferramentas que possibilitem momentos problematizadores que promovam a produção de novos sentidos no fazer saúde (PEREIRA *et al.*, 2019).

Desse modo, a educação em saúde pautada em metodologias ativas permite o processo educativo, numa perspectiva crítico-reflexiva, em que o saber, o estilo de vida, a origem do paciente é valorizada, resultando no estímulo do autocuidado e autonomia, em que a equipe de saúde não é detentora do saber, mas uma facilitadora do processo de ensino-aprendizagem (CORREA; CASTELO-BRANCO, 2019).

Assim, as atividades de educação em saúde emergem de forma a empoderar os profissionais e os usuários. Nesse sentido, as práticas pedagógicas que utilizam metodologias ativas e se baseiam nas vivências do participante, estimula-o a problematizar sua saúde e participar dos processos de cuidado, conduzindo-o a uma postura reflexiva, caracterizada como uma prática dialógica (MENESES *et al.*, 2019).

Os participantes destacaram a necessidade de cronograma de EP, em relação aos domínios do exame físico. Adamy *et al.* (2016), citam em seu estudo, no qual analisaram a formação e a prática dos enfermeiros da APS em relação à realização da anamnese e exame físico, que os participantes mencionaram terem tido contato com a anamnese e exame físico nas disciplinas específicas e reconhecem a importância de momentos de EP para esse domínio ser incorporado à prática assistencial. Destacaram que a temática PE, mais especificamente, o exame físico após a graduação é pouco abordado nos serviços de saúde e nos cursos de pós-graduação.

Além disso, a execução do exame físico deve ser entendida com uma tecnologia para o cuidado, que tem como finalidade auxiliar no diagnóstico de

enfermagem e no plano terapêutico, sendo ainda mais importante destacar as condições de trabalho como infraestrutura, recursos humanos como facilitador ou dificultador, quando existe déficit desses itens (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Ressalta-se a importância da avaliação inicial do enfermeiro seja em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Deve ser realizada ao dar entrada ao serviço de saúde, embora o estado de saúde deva ser considerado, ou seja, nos casos em que não seja possível a coleta de dados completa, a instituição estabelece protocolo de atendimento, nele elencando o perfil do paciente e dos fatores que podem interferir na coleta de dados. Trazem também que a utilização de um instrumento para coleta de dados tenha como propósito retratar o ambiente de saúde e atender às necessidades daquele que recebe o cuidado, através de modelos baseados em teorias ou modelos conceituais da própria enfermagem (SILVA *et al.*, 2017).

Associada a essas reflexões, a escuta qualificada torna a prática da clínica ampliada possível, pois o profissional consegue compreender todas as reais necessidades do paciente. Ao considerar a singularidade do sujeito, no decorrer desse processo, é possível identificar quais tecnologias os profissionais terão que disponibilizar ou organizar para os procedimentos (SANTOS, 2019).

Sabe-se que o profissional enfermeiro possui alto potencial a ser lapidado, e que muitas instituições públicas/privadas não garantem essa atribuição para o enfermeiro, tendo uma percepção de desvalorização que a “profissão de menor valor”. Os protocolos assistenciais têm caráter legal, essencial e norteador do cuidado, sendo necessária a expansão da atribuição e competência de maneira que a capacidade de produzir cuidado seja pautada em evidências científicas.

Faz-se importante ressaltar que, conforme destaca Cubas e Nichiata, (2020) para que ocorra a consolidação do PE é preciso dois movimentos: um é o apoio político-institucional e o outro, a conscientização dos trabalhadores de enfermagem. Assim, é preciso esforço das instituições locais em reduzir as barreiras para a sua implementação e incentivar os avanços no processo de implementação do PE, através de capacitações, além da criação de protocolos clínicos de enfermagem, bem como o registro contínuo no prontuário e a escolha de uma nomenclatura diagnóstica como forma de consolidar a prática de enfermagem em evidências (RIBEIRO; PEREIRA; PADOVEZE, 2020).

7 PRODUTO TÉCNICO E SUA APLICABILIDADE

A investigação possibilitou a produção de dois produtos tecnológicos com relevante aplicabilidade junto aos enfermeiros da rede de APS do município de Passos-MG.

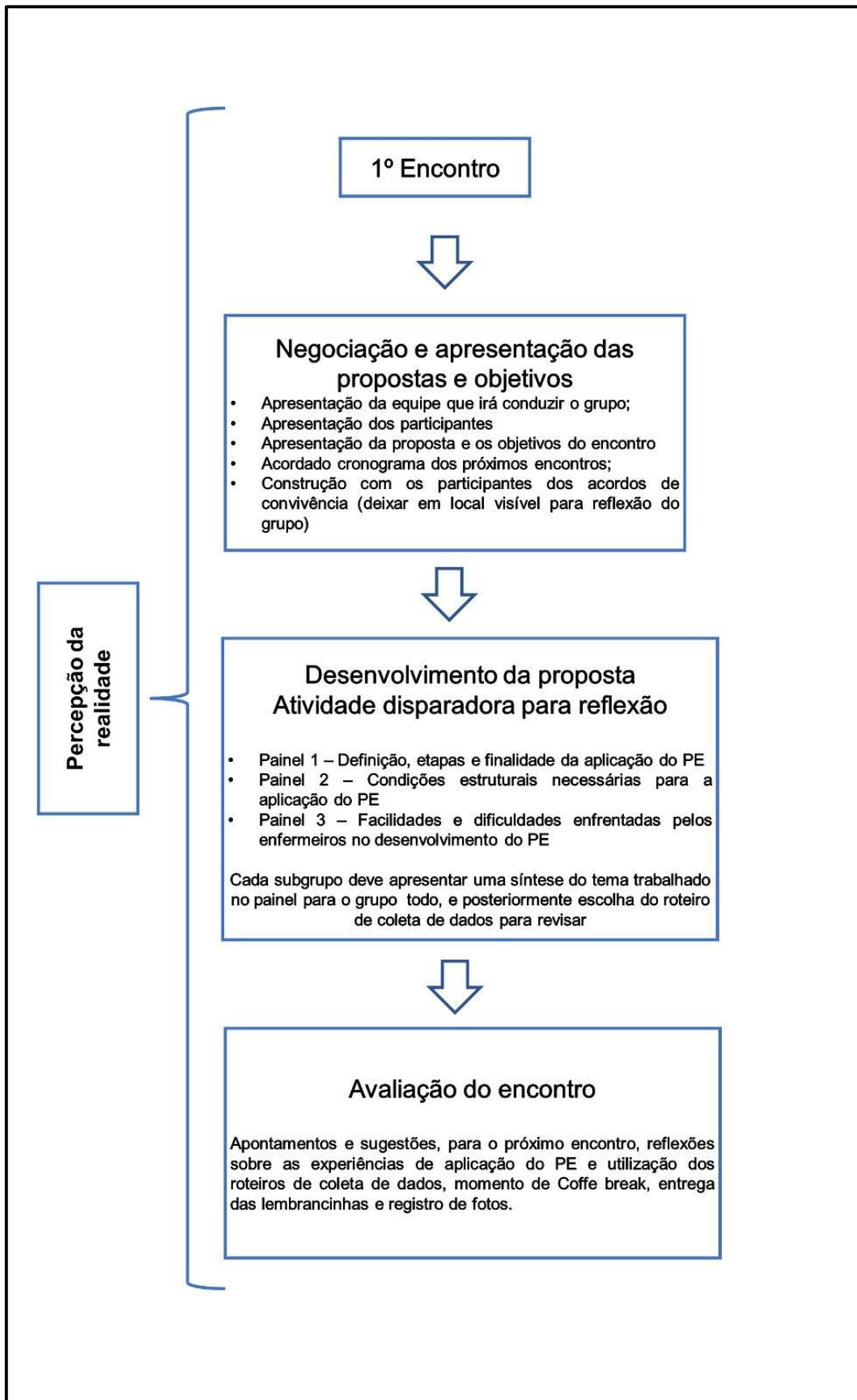
O produto principal derivou do processo de revisão do roteiro orientador da coleta de dados em consultas de enfermagem para pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. O outro produto emergiu do método adotado para produção dos dados da pesquisa, a PCA e o grupo de reflexão, cuja estratégia de desenvolvimento implicou a elaboração de sequenciais de atividades para cada encontro e que apresentam potencial de utilização em processos de revisão de instrumentos que auxiliam na aplicação do processo de enfermagem.

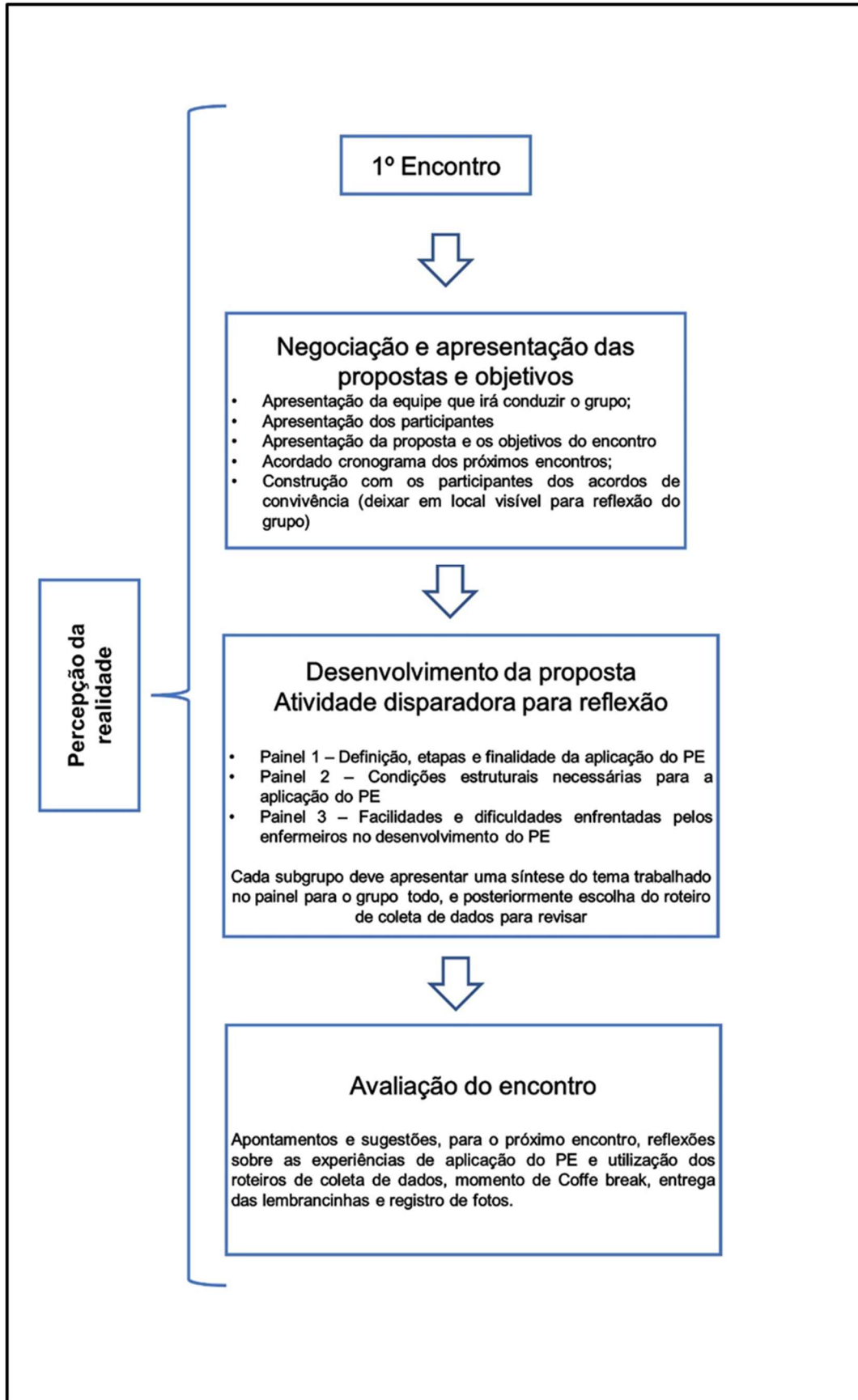
7.1 Roteiro de coleta de dados de enfermagem para assistência à pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus

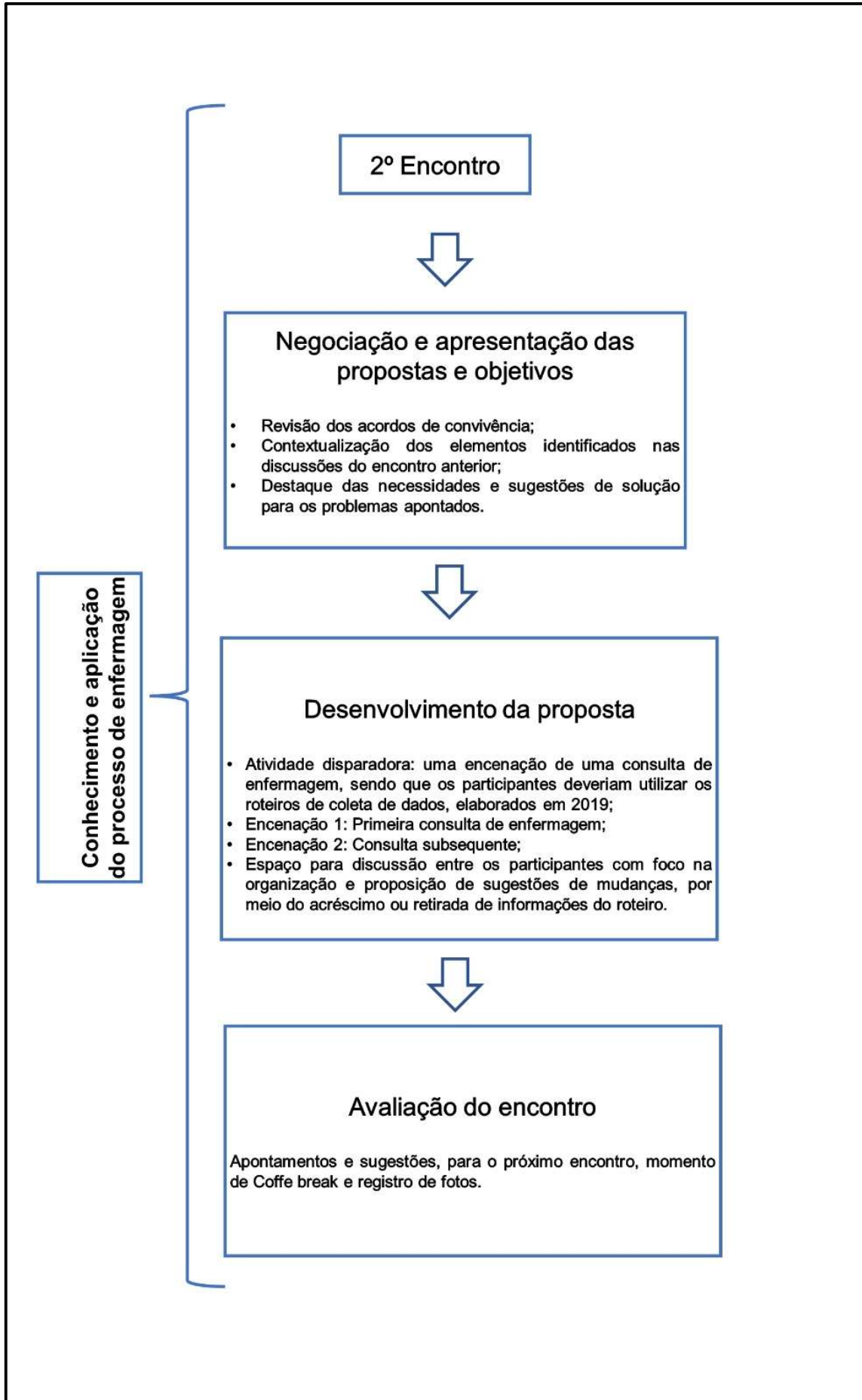
O roteiro de coleta de dados de enfermagem para assistência à pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus aqui apresentado como produto tecnológico é fruto de um processo de revisão do roteiro elaborado em 2019, por um grupo de enfermeiros da rede de APS do município de Passos. Ele não estava sendo muito utilizado na prática cotidiana, em decorrência de algumas inadequações do instrumento e seu desconhecimento por parte de enfermeiros cujo ingresso na SMS foi mais recente.

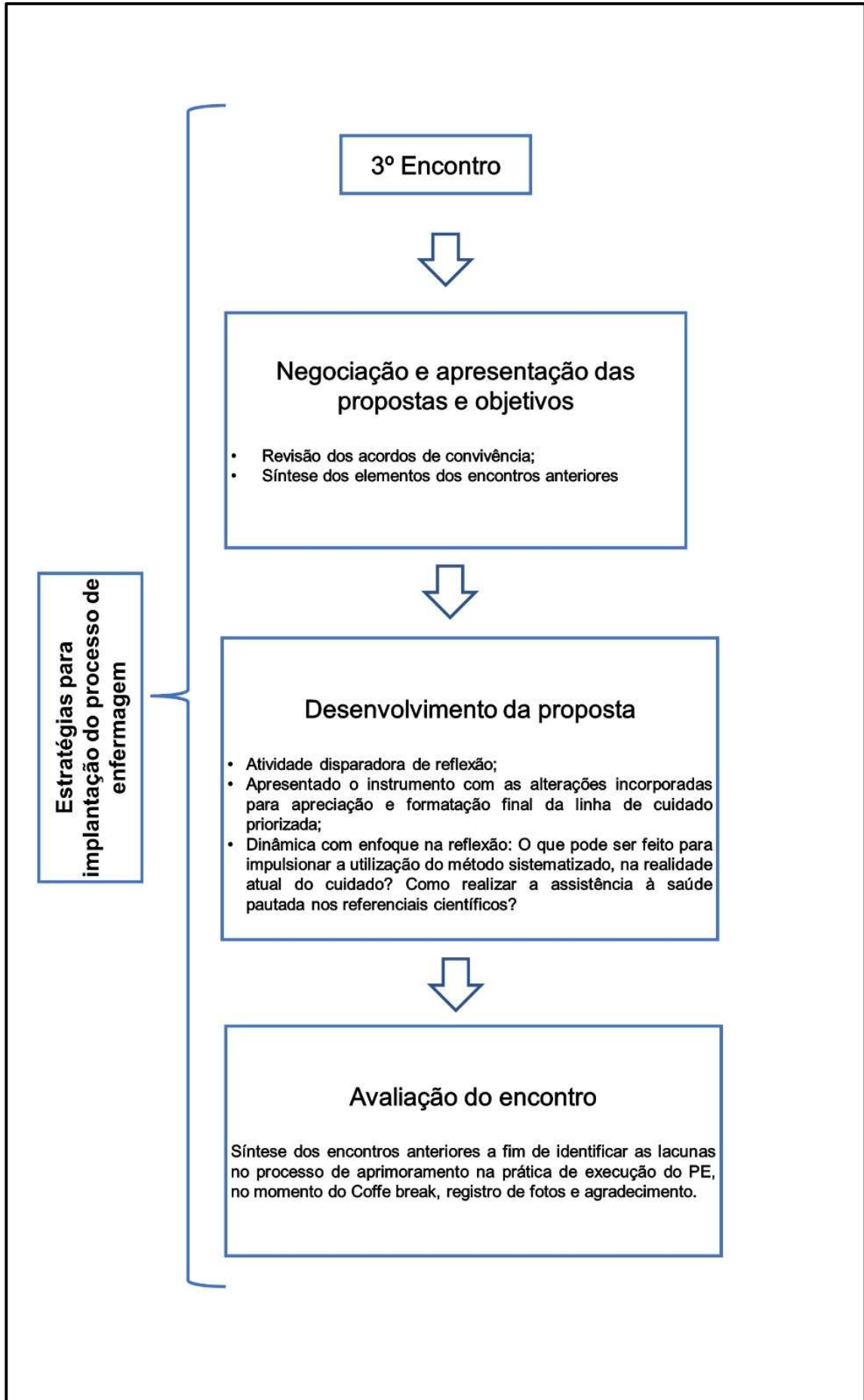
Nessa etapa, o roteiro não foi submetido a validação de conteúdo por profissionais especialistas, considerando o limite de tempo para conclusão de tal estudo.

7.2 Proposta de sequência de atividades em grupo para revisão de instrumentos do processo de enfermagem









7.3 Aplicabilidade dos produtos junto às equipes do município

O roteiro será apresentado à Coordenação da APS de Passos / MG com a proposta de aprimoramento e inclusão de ferramentas para utilização de metodologias ativas, coerentes com a perspectiva da EP. Também será solicitada a continuidade desse processo de reflexão sobre a importância do PE, para, num momento posterior, adotar a revisão de outros roteiros da linha de cuidado.

Ressalta-se que a aplicabilidade do roteiro foi vivenciada pelos participantes do estudo, que foram sugerindo modificações para maior praticidade operacional. O roteiro também será enviado pela pesquisadora a todos os enfermeiros, como divulgação do produto revisado, mesmo para aqueles que tenham tido algum impedimento para participar do estudo. Além disso, colocar-se-á à disposição, caso o colega tenha dúvidas ou queira algum esclarecimento.

Vislumbra-se que esse estudo contribua para auxiliar a gestão da APS de Passos/ MG na criação e manutenção de settings de aprendizagens para que os enfermeiros se apropriem de conhecimentos e se tornem ativos nesse espaço de produção de saúde, assumindo a tarefa de reorganizar o cuidado para o público que busca atendimento na APS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros do grupo de reflexão possibilitaram uma análise do contexto da APS com os enfermeiros participantes, momento esse em que puderam refletir sobre o cotidiano de trabalho, bem como traçar estratégias de melhorias no registro da consulta de enfermagem, com enfoque na coleta de dados, resultando no cuidado centrado nas necessidades do usuário.

A partir de todos os dados levantados nesse estudo, observa-se que existem diversos obstáculos para a implementação efetiva do PE no contexto da APS e que, dentre essas barreiras está a falta de um instrumento norteador para auxiliar o profissional durante o atendimento. Nesse contexto, essa pesquisa traz uma importante contribuição ao aprimorar um instrumento para o atendimento das pessoas com HA e DM, considerando a perspectiva dos profissionais atuantes na APS.

Durante a construção do instrumento, foi possível identificar as barreiras e facilidades para a implementação do PE na APS. Os enfermeiros reconhecerem a sua importância, para um atendimento integral e interprofissional, percebendo, porém, que a complexidade do processo em si impede que o mesmo seja realizado de forma completa e regular, quando consideradas as demais barreiras, como a sobrecarga de trabalho, falta de colaboração da equipe, falta de capacitação sobre PE, baixa valorização da população quanto à consulta de enfermagem, imediatismo da população e da equipe, falta de protocolos, *déficit* de recursos materiais, estruturais e humanos.

Percebe-se, então, que a criação de um instrumento para auxiliar tais profissionais é um passo importante, mas é fundamental agir também sobre os demais obstáculos, principalmente sobre aquele que diz respeito à oferta de EPS para sensibilização desses profissionais acerca da importância da implementação do PE.

Dessa forma, esse estudo proporciona uma importante contribuição, ao oferecer um instrumento construído com os enfermeiros atuantes da APS, dedicados aos atendimentos às pessoas com HA e DM, os quais (atendimentos) configuram-se como situações corriqueiras na APS, visto o alto número de casos dessas doenças em todo o país. A pesquisa também valoriza a qualificação profissional e empodera o enfermeiro quanto às suas atribuições na APS, para potencializar o cuidado sistematizado desse público, contribuindo para a prevenção de agravos e para a melhoria da qualidade de vida. Além disso, o estudo identifica pontos que precisam

ser melhor investigados e trabalhados para se alcançar uma implementação efetiva do PE.

A pesquisa demonstra a necessidade de criação e manutenção de espaços de EPS para que os enfermeiros se apropriem de boas alternativas para minimizar problemas no campo da prática, através de métodos que produzam inovações no fazer assistencial.

Os encontros possibilitaram momentos de convergência/dialogicidade entre a pesquisa e a assistência em um espaço e momento em que os enfermeiros buscaram significados em sua prática profissional, construindo, também, o fortalecimento de um coletivo na busca da reconstrução de saberes, para o desenvolvimento de ações mais criativas e transformadoras da realidade.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. N. S. et al. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. **Ciênc Saúde Colet**. v. 23, n. 3, p. 849-860, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mfqJb6nrxLjtyh9VWxH4sSP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ADAMY, E. K. et al. Formação de enfermeiros sobre anamnese e exame físico. **J Nurs Health**, v. 6, n. 2, p. 1-12, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/6767>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ALMEIDA, E. W. S. et al. Mapeamento de ações de práticas avançadas de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. suppl 6, p. e20210228, 2021. Disponível em:

www.scielo.br/j/reben/a/h35h4Y9Jy6jc7D74VrPDphg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 ago. 2022.

ALVES, H. L. C. et al. Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. **Cogitare Enferm**, v. 26, n. 1, p. e71743(1-11), 2021. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71743>. Acesso em: 20 set. 2022.

ANDRADE, S. R. et al. Configuração da gestão do cuidado de enfermagem no brasil: uma análise documental. **Enferm Foco**, v. 10, n. 1, p. 127-133, 2019.

Disponível em <https://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1926>. Acesso em: 5 jan. 2023.

AZEVEDO, D. M. et al. Da academia à realidade: uma reflexão acerca da prática do exame físico nos serviços de saúde. **Saúde Transform Soc**, v. 4, n. 4, p. 106-110, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-70852013000400017&script=sci_abstract&lng=en. Acesso em: 5 jan. 2023.

AZEVEDO, O. A. et al. Documentation of the nursing process in public health institutions. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, n. 1, p. e03471, 2019. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31433013/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático n campo da Saúde Coletiva. **Physis Rev Saúde Col**, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/48VFbqfLbRSh9tGJ7BzDSZq/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 28 fev. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, A. L. B. L. Processo de Enfermagem no contexto brasileiro: reflexão sobre seu conceito e legislação. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 6, p. e20210898, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0898>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BARROS, F. R. B.; LIMA, R. S. M.; MAGALHÃES, V. M. P. Tecnologias desenvolvidas no contexto da saúde da mulher no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev Cuidarte**, v. 12, n. 1, p. e1159, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v12n1/2346-3414-cuid-12-1-e1159.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Processo de Enfermagem: guia para a prática**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol Inf**, v. 14, n. 14, p. 169-169, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010. Acesso em: 20 set. 2021.

BIRN, A. E. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. **Am J Public Health**, v. 108, n. 1, p. 1153-1155, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6085028/pdf/AJPH.2018.304625.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BONFIM, D. et al. Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, p. 25-34, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pVhMW3gcHDFTTTHR95NYbgQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

BOSI, P. L. **Saúde baseada em evidências**. EAD – Educação à Distância; 2020. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5874120-Saude-baseada-em-evidencias-paula-lima-bosi.html>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BOUSSO, R. S.; POLOS, K.; CRUZ, D. A. L. M. Nursing concepts and theories. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 141-145, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQkJ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **E-Gestor Atenção Básica**. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. **Portaria n. 646, de 28 de março de 2006.** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. V. 5. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html.

Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm.

Acesso em: 28 mar. 2023.

BUENO, M. C. G.; SILVEIRA, M. B.; REZENDE, H. H. A. Ações da enfermagem no enfrentamento às doenças crônicas: hipertensão e diabetes. **Revista Saúde Multidisciplinar da Faculdade Morgana Potrich**. v. 2, n. 6, p. 1-4, 2019.

Disponível em:

<https://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/84/82>. Acesso

em: 28 mar. 2023.

CARDOSO, M. L. B. N. et al. Sistematização da assistência de enfermagem-obstáculos para sua implementação. **Braz J of Health Rev**, v. 4, n. 3, p. 11149-11156, 2021. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/30129>. Acesso

em: 28 mar. 2023.

CARDOSO, M. L. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc Saúde Colet**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/abstract/?lang=pt>. Acesso

em: 10 nov. 2022.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Cont Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFctbZDZHgNP/?lang=pt>. Acesso

em: 10 jan. 2023.

CHOTOLLI, M. R.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Avaliação do produto do cuidar em enfermagem em hospitais especializados. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl. 6, p. 2834-2841, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/njqdbNc7Mmd8wLSrPYnKCFR/?format=pdf&lang=pt>

#::~text=A%20avaliação%20do%20produto%20do,de%20enfermagem"%20foram%20melhor%20avaliados. Acesso em: 10 set. 2022.

CORIOLOANO, D. **Método SOAP na medicina.** Uma excelente maneira de documentar seus atendimentos na Atenção Primária à Saúde. Núcleo M.D., 2017. Disponível em: <https://docplayer.com.br/52648524-Metodo-soap-na-medicina.html>. Acesso em: 20 dez. 2022.

COUTINHO, L. G.; ROCHA, A. P. R. Grupos de reflexão com adolescentes: elementos para uma escuta psicanalítica na escola. **Psi Clin**, v.19, n. 2, p. 71-85, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/pc/a/F5XxxFPTRSjZS8MWK38YFtw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Conjunto de Câmara Técnica nº 004/2022- CTLN/CTAS/COFEN.** Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-conjunto-de-camara-tecnica-no-004-2022-ctlnc-tas-cofen_97506.html. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Grupo de trabalho (GT), através da Portaria 1226/2021, para atualização da Resolução 358/2009.** Modalidade consulta pública. Brasília: COFEN, 2021. Disponível em: Acesso em: http://www.cofen.gov.br/cofen-propoe-atualizar-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem_99310.html. 28 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 543/2017.** Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RESOLUÇÃO-COFEN-Nº-543-2017-completa.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 514, de 5 de maio de 2016.** Guia de recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 429 de 30 de maior de 2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 28 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de Saúde Brasileiras. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 28 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n. 195/1997**. Estabelece sobre o exercício profissional no que tange a exames de rotina e complementares por enfermeiros. Brasília: COFEN, 1997. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html. Acesso em: 28 mar. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. 2. ed. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

CORREA, S. T.; CASTELO-BRANCO, S. Amandaba no Caeté: círculos de cultura como prática educativa no autocuidado de portadores de diabetes. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1106-1119, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PYgGwP7bDyPJs8gsxzSDpbn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2023.

COSTA, A. C.; SILVA, J. V. Nurses social representations of nursing care systematization. **Rev Enferm Refer.**, v. IV, n. 16, p. 139-146, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324035432_Nurses'_social_representation_s_of_nursing_care_systematization/link/5aba4068aca272aac4c7863f/download. Acesso em: 28 mar. 2023.

CROSSETTI, M. G. O.; GÓES, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo de diagnóstico em enfermagem. *In*: HERDMAN, T. H. et al. (Orgs.). **PRONANDA**: programa de atualização em diagnósticos de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, Panamericana; 2016. p. 09-34. (Ciclo 4, v. 1).

CUBAS, M. R.; NICHATA, L. Y. I. experiências na aplicação de SAE na APS na família *In*: FRACOLLI A. L.; PADOVEZE, M. C. SOARES, C. B. **Tecnologias de sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária à saúde**. São Paulo: EE USP, 2020. Cap. 10 p. 157-168.

DAMACENO, A. N. et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 14, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832>. Acesso em: 28 mar. 2023.

DICKOFF, J.; JAMES, P.; WIEDENBACH, E. Theory in a practice discipline. Part. I practice oriented theory. *Nursing Research*, v. 17, n. 5, p. 415-435, 1968. *In*: WANDERLEY, R. M. M. **Instrumento para avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica**. 2018. 99f. Dissertação (Mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/13840/1/Arquivototal.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde (on line)**, v. 14, n. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjihRgk/#>. Acesso em: 20 dez. 2022.

FABRIS, J.; SILVA, L. A. A. **A educação continuada na prática profissional da enfermagem**: artigo de revisão. 2018. 15f. Artigo (Especialização). Três de Maio: Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/14677/TCCE_GOPS_EaD_2018_FABRIS_JULIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. acesso em: 10 dez. 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp., p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FERNANDES, A. T. F. **Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento. 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FERNANDES, J. C. et al. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde Deb**, v. 43, n. esp. 6, p. 22-35, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yqTX8PcjQ7N6pgvffSRg3Cz/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FERREIRA, S. R. S. et al. **Reflexões sobre o escopo do trabalho da enfermeira na Atenção Primária à Saúde**: contribuições do grupo de estudo do DAPS-ABEn-RS. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem – Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da ABEn – Seção RS, 2020.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura: **Rev Saúde debate**. Rio de Janeiro. (*on line*), v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**, *on line*, v. 71, n. supl. L, p. 704-709, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=en>. Acesso em: 10 dez. 2022.

FILGUEIRAS, T. F. et al. Instrumento para consulta de enfermagem a gestantes com diabetes Mellitus. **Rev Rene**, v. 20, e40104, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-997263>. Acesso em: 28 mar. 2023.

FONSECA, L. M. M.; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. **Aprender para cuidar em enfermagem**: situações específicas de aprendizagem. Ribeirão Preto: Escola Enfermagem Ribeirão Preto - USP, 2015. 60 p. Livro eletrônico. Disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/ebooks/aprenderparacuidar/pdf/Aprenderparacuidaremenfermagemsituacoesespecificasdeaprendizagem.pdf>. Acesso em: 8 set. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

FROTA, M. A. et al. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciênc Saúde Col**, v. 25, n. 1, p. 25-35, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bxhbs99CZ8QgZN9QCnJZTPr/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2023.

GARCIA, R. A. et al. **Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica**: norteando a gestão e a assistência. São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/guia-boas-praticas-enfermagem-atencao-basica.pdf>. Acesso em: 8 set. 2021.

GAYOTTO, L. **Trabalho em grupo**: ferramenta de mudança. Petrópolis / RJ: Editora Vozes, 2001.

GIMENES, F. R. E. et al. As linguagens padronizadas e a prática clínica de enfermagem. *In*: FONSECA, L. M. M.; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. **Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem**. Ribeirão Preto: USP/EERP, 2015. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/ebooks/aprenderparacuidar>. Acesso em: 8 set. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad Saúde Pub**, (*on line*), v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00012219/pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

GODOY, F. et al. Revisão e atualização do instrumento de coleta de dados utilizado no curso de Enfermagem. **Rev Interd Saúde Educ Rib Preto**, v. 2, n. 1, p. 65-84, 2021. Disponível em: <https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/152>. Acesso em: 28 mar. 2023.

GUTIERRES, L. S. et al. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Rev Bras Enferm**. (*on line*), v. 71, n. suppl. 6, p. 2775-2782, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9tLBPnJcq4YpLb59jVyVLDs/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

GRYSHECK, L. P. F. L. A. et al. Análise crítica do potencial de utilização das nomenclaturas de enfermagem na atenção primária a saúde. **Enferm Foco**, v. 1, n. 1, p. 50-56, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2471/549>. Acesso em: 20 dez. 2022.

HIGASHIJIMA, M. N. S.; FERLA, A. A.; SANTOS, M. L. M. Educação permanente em saúde: colocando em análise a produção de conhecimento. **Rev Saúde em Redes**, (on line), v. 8, n. 1, p. 37-56, 2022. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3484>. Acesso em: 10 nov. 2022.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. Disponível em: <http://www.podiatra.com.br/uploads/trabalho/149.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

HERDMAN, T. H. et al. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. 12. ed. Stuttgart: Thieme, 2021. 592 p.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev Esc Enferm USP, v. 8, n. 1, p. 7-15, 1974. In: WANDERLEY, R. M. M. **Instrumento para avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica**. 2018. 99f. Dissertação (Mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/13840/1/Arquivototal.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

JUSTO, A. M. et al. **Bases para diálogo e reflexões em educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro: Superintendência de Educação em Saúde – SED, 2018. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTkzMTY%2C>. acesso em: 10 dez. 2022.

KUIPER, R. et al. **The essential of clinical reasoning for nurses: using the outcome-present state-test model for reflective practice**. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 2017. 458p.

LEMONS, S. S.; SPIRI, W. C.; SPAGNUOLO, R. S. A percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde. **Rev Elet Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4608.2020>. Acesso em: 28 mar. 2023.

LEOPARDI, M. T. **Teorias e método em assistência de enfermagem**. 1. ed. Florianópolis: Papa-livros, 2006.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. 228 p.

LOPES, O. C. A. et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**. v. 24, n. 2, p. e20190145, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?lang=pt#>. Acesso em: 29 dez. 2022.

LOUREIRO, L. H. et al. Tecnologia na Atenção Primária: uma estratégia de apoio a gestão. **Rev Práxis**, v. 9, n. 18, p. 69-67, 2017. Disponível em:

<https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/1418/1290>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MACEDO, A. A. G.; FRANCO, A. D. F. Dificuldades da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em instituições públicas e privadas. **Sci Gen** **2675-2999**. (on line), v. 2, n. suppl. 1, p. 73, 2021. Disponível em: <https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/325/252>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde deb*, v. 45, n. 131, p. 987-997, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YhNHLwb7DwF7RWKN867GhRz/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2022.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 17 nov. 2022.

MAGNAGO, C; PIERANTONI, C. Análise situacional e reflexões sobre a introdução do enfermeiro de prática avançada na Atenção Básica brasileira. **Hum Resour Health** [Internet]. v. 1, n. 19, p. 90(1-13), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00632-w>. Acesso em 22 de março de 2023

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Cienc Saúde Col**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt#>. Acesso em 24 fev. 2023.

MATIAS, M. C. M. et al. Consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado às pessoas com doenças crônicas cardiometabólicas. **Enferm UFSM**. v. 11, n. 22, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769243719>. Acesso em 24 fev. 2023.

MELO, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde deb**, v. 43, spe 5, p. 137-144, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5ftgSYH5bsBBJpbxR7L5RN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MENESES, I. G. et al. Educação permanente em equipe multidisciplinar de um programa gerontológico: concepções, desafios e possibilidades. **ABCS Health Sciences**. v. 44, n. 1, p. 44-46, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332774304_Educacao_permanente_em_equipe_multidisciplinar_de_um_programa_gerontologico_concepcoes_desafios_e_possibilidades/link/5cc906eca6fdcc1d49bc1183/download. Acesso em: 30 mar. 2023.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta de entrada para saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In*:

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA NETO, N. M. V. et al. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? **Rev Bras Enferm**, (*on line*), v. 71, n. Supl 1, p. 716-721, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/G7DdtWrzJfLnjFMXF7DT93L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

MOREIRA, L. R. et al. Percepção do enfermeiro acerca da formação acadêmica para o exercício profissional. *In*: MOLIN, R. S. (Org.). **Teoria e prática de enfermagem [livro eletrônico]**: da atenção básica à alta complexidade. Guarujá: Científica Digital; 2021. Vol. 2. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/books/978-65-89826-11-8.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

MOREIRA, L. R. et al. Percepção do enfermeiro acerca da formação acadêmica para o exercício profissional. **Enferm Rev**, v. 21, n. 1, p. 1-17, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/17896>. Acesso em: 28 mar. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, (*on line*), v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MORSE, J. M. “Emerger de los datos”: los procesos cognitivos del análisis en investigación cualitativa. *In*: MORSE, J. M. **Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.

MUNIZ, D. C. et al. A saúde do enfermeiro com sobrecarga de trabalho. **Rev Inic Cient Ext**, v. 2, n. 2, p. 274-279, 2019. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/275>. Acesso em: 28 mar. 2023.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo ampliado de saúde da família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trab Educ Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/tWS99FwJwhn55N9jGLSNDhR/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

NEVES, R. G., et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, 2018; 27(3):e2017170. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/N7hnfZBdZH7NQ6mmBCrWxvK/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**. v. 44, n. 1, p.

e32, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>. Acesso em: 28 mar. 2023.

NUNCIARONI, A. T. et al. Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. **APS em revista**. v. 4, n. 1, p. 61-80, 2022. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/234>. Acesso em: 6 mar. 2023.

OLIVEIRA, A. M. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família a partir da crença dos seus profissionais: uma revisão de literatura. **Temas em Saúde**. João Pessoa, v. 19, n. 5, p. 131-141, 2019(a). Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/10/19508.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.

OLIVEIRA, M. R. et al. Nursing care systematization: perception and knowledge of the Brazilian nursing. **Rev Bras Enferm.** (*on line*), v. 72, n. 6, p. 1547-1553, 2019(b). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZWvwqvt3P7WGJ7yry9pVpxp/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2023.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re) significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 3, p. 401-405, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FHDj7hq56rTjLt9pq9NLJZg/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34960>. Acesso em 10 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata. *In*: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro, 1978. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

PAIM, J. S. et al. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2015. 93p. (Coleção temas em Saúde) (*on line*). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>. Acesso em: 5 dez 2022.

PAIM, L. et al. Pesquisa convergente – Assistencial e sua aplicação em cenários da Enfermagem. **Cogitare Enfer**. v. 13, n. 3, p. 380-386, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i3.12990>. Acesso em: 5 dez 2022.

PANEGASSI, F.F.; SOARES, S.C.F.; GONZAGA, M.F.N. Aplicação da SAE na Estratégia da Saúde da Família. **Rev Saúde em Foco**, (*on line*), v. 10, n. 1, p. 1044-1048, 2018. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/12/118-APLICAÇÃO-DA-SAE-NA-ESTRATÉGIA-DA-SAÚDE-DA-FAMÍLIA.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface. Interface (on line)**, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4VQQtrdJVX4Nxhrt6TcSZzG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab Educ Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/>. Acesso em: 28 de março de 2023.

PEREIRA, C. E. A. et al. A representação da consulta de enfermagem para os idosos do hiperdia. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 8, n. 2, p. 18-32, 2019. Disponíveis em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3738>. Acesso em: 28 mar. 2023.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

PIRES, A. F. et al. A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de Enfermagem. **Rev Rede Cuid Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/2533/1292>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PIRES, D. B. P.; TEIXEIRA, D. J. Processo de Enfermagem: obstáculos apontados por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte. **Enferm Rev**, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/download/23633/16728/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

PONTES, A. F. et al. Perfil dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde da cidade do Recife – PE. **Res, Soc Develop**, v. 11, n. 9, p. e18911931814, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31814/27044>. Acesso em: 28 mar. 2023.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Rev Saúde Col**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDByNh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

PÜSCHEL V. A. A. et al. Advanced Practice Nursing in Brazil: how are we and what is missing? **Rev Esc Enferm USP**. (on line), v. 56, n. spe, p. e20210455, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/szbXD7C3RZZFSNBSszBcyMP/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20Comissão%20de%20Práticas%20Avançadas,nacionais%20para%20que%20a%20autarquia>. Acesso em: 20 dez. 2022.

RAMOS, C. F. V. et al. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 3, p. 1144-1151, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tvXfDVGfJZnd86qCb6h63FQ/?lang=en#>. Acesso em: 20 mar. 2023.

RIBEIRO, C. G.; PADOVEZE, M. C. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, n. 1, p. e03375, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qZL5hLGY7zzgmvrqcF9GvmJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2023.

RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M. C. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. v. 1, n. 1, p. 2018;52:e03375, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>. Acesso em: 20 mar. 2023.

RODRIGUES, G. V. B. et al. Processo de educação permanente sob a micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Merhy: reflexão teórica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e17610111514, 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11514>.

SANSON, G. et al. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. **J Clin Nurs**, v. 26, n. 23-24, p. 3764-3783, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13717>. Acesso em 20 set. 2021.

SANTANA, G. R.; COHRS, F. M.; FRANÇA MELO, C. P. A importância da coleta de dados no processo de enfermagem nas unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: uma revisão narrativa da literatura. **Braz J Develop**, Curitiba, v.7, n.6, p.63473-63484, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/31934>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SANTANA, E. T. et al. Diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA-I para idosos em instituição de longa permanência. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200104, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dc3V6npfLbWYM7xJdmJS9fP/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

SANTOS, K. C. R.; ALVARENGA, L. F. C. Núcleo de educação permanente em saúde: relato de experiência. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**. v. 6, n. 1, p. 51-56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.54909/sp.v6i1.124230>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SANTOS, G. L. A. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. **Enferm Foco**. v. 12, n. 1, p. 168-173, 2021a. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3993>. Acesso em: 20 set. 2022.

SANTOS, A. R. et al. Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e ressignificações. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 14, n. 1, p. e245355, 2021b. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245355/37470>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em revista**, v. 1, n. 2, p. 170–179, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22>. Acesso em: 6 mar. 2023.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n118/594-605/pt>. Acesso em: 03 mar. 2023.

SILVA, E. D. C.; AANHOLT, D. P. J.; NICHATA, L. Y. I. O que facilita e dificulta a Sistematização da Assistência de Enfermagem na percepção dos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família? **REVISA**. v. 10, n. 10, p. 336-346, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p336a346>. Acesso: 10 de março de 2023.

SILVA, T. L. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde Debate**. v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/prYWBkrvCywK6Hw5C5TbvQv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de março de 2023.

SILVA, A. M. M. et al. Mobile technologies in the Nursing tech. **Rev Bras Enferm**, (on line), v. 71, n. 5, p. 2570-2578, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3WV33fMDq5VB3HStMcMFMKN/?lang=en>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SILVA, J.; SILVA, J. J.; GONZAGA, M. F. N. Etapas do Processo de Enfermagem. **Rev Saúde em Foco**. v. 1, n. 9, p. 594-603, 2017. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/067_etapasprocessoenfermagem.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

SILVA, J.P.; GARANHANI, M.L.; PERES, A.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Rev Latino-Am Enferm** (on line), v. 23, n. 1, p. 59-66, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/100038/98654>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SILVA, J.; SILVA, J. J.; GONZAGA, M. F. N. Etapas do processo de enfermagem. **Rev Saúde em Foco**, v. 1, n. 9, p. 594-603, 2017. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp->

[content/uploads/sites/10001/2018/06/067_etapasprocessoenfermagem.pdf](#). Acesso em: 29 out. 2022.

SILVA, F. G. et al. Revisão e atualização do instrumento de coleta de dados utilizado no curso de Enfermagem. **Rev Interdiscip Saúde Educ**, v. 2, n. 1, p. 1-20, 2021.

Disponível em:

<https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/152/134>. Acesso em: 20 mar. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO Brasil; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 199, n. 1, p. 1-11, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ghYPrPYCdG68TBW5yxrGqbq/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SODER, R. et al. Desafios da gestão do cuidado na Atenção Básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enferm Foco**, v. 9, n. 3, p. 76-80, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SOUZA, J. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: avaliação da maturidade do conceito. **SciELO Preprints**. v. 1, n. 1, 1-19, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3344>. Acesso em: 18 mar. 2023.

SOUZA, P. T. L. et al. Basic human needs in intensive care. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 4, p. 1011-1016, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6850/pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOUZA JUNIOR, E. V. et al. A enfermagem brasileira pede socorro. **Rev Elect**, n. 40, p. 1-13, 2021. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682021000100015&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 28 mar. 2023.

SOUZA, K. C.; BERTOLINI, D. A. Importância do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde e a Realidade de um município do norte do Paraná. **Rev Uningá**, v. 56, n. s4, p. 182-196, 2019. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2788>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SOARES M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ghYPrPYCdG68TBW5yxrGqbq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2023.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Semiologia**: bases clínicas para o processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 282 p.

TONELLI, B. Q.; LEAL, A. P. R.; TONELLI, W. C. M. D.; VELOSO, D. C. M. D.; GONÇALVES, D. P.; TONELLI, S. Q. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO UPF**, v. 23, n. 2, p. 180-195, 2018. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8314/114114300>. Acesso em: 10 mar. 2023.

TOSO, B. R. G. O. et al. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde deb**, v. 45, n.130, p. 666-680, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmkyMzhTVcBDfYpYgYVF/#>. Acesso em: 20 mar. 2023.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto contexto-enferm.** Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e1450017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/X9TWwnJNhhq95tgVqMF8sG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2022.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa convergente assistencial.** Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014. 176p.

VICHNEWSKI, E. M. et al. Elementos facilitadores e dificultadores para à implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Iberoam Educ Invest Enferm**, (on line) v. 8, n. 4, p. 42-53, 2018. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/292/elementos-facilitadores-e-dificultadores-para-a-implantacao-da-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/>. Acesso em: 20 out. 2022.

VICTOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 14, n. 3, p. 611-616, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/6Trx8czzJ6PPBvPMtjFQHMh/?lang=pt>. Acesso em 29 mar. 2023.

VIRGÍNIO, N. A.; NÓBREGA, M. M. L. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 1, p. 53-56, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WJrcjLvTKxYpbZ3V8DNqscv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2023.

ZIMERMAN, D. Minha prática com grupos de reflexão. In: FRANKLIN, J. O. J. **Grupos de reflexão no Brasil: grupos e educação.** Taubaté, SP: Cabral, 2002.

ZIMERMAN, D. E. et al. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997. 424p.

ANEXO 1

Autorização do serviço

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS**
SECRETARIA DE SAUDE

Rua Três de Maio, nº35, Centro-Passos/MG
(35) 35227032

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Passos, 21 de dezembro de 2021.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto

Pesquisador: Sílvia Matumoto (orientadora)- docente do Departamento de Enfermagem

Declaro concordância com a realização do projeto de pesquisa, intitulado " **Análise coletiva para implementação do processo de enfermagem na estratégia saúde da família: qualificando a primeira etapa**", sob a responsabilidade da pesquisadora Franciele Vilela Sousa e orientadora Prof. Dra. Sílvia Matumoto.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo a pesquisadora apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início da coleta de dados do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Coordenação em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Clarissa C. Leão Batista
COREN/MG 106358
Enfermeira
PMP Mat. 5658

Clarissa Carneiro Leão
Coordenadora da Atenção Primária em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Passos

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise coletiva para implementação do processo de enfermagem na estratégia saúde da família: qualificando a primeira etapa

Pesquisador: Franciele Vilela Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55947922.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.349.866

Apresentação do Projeto:

Projeto a ser desenvolvido na Atenção Primária a Saúde num município de Minas Gerais (Passos). Pretende estudar a possibilidade de aplicação do processo de enfermagem e oferecer treinamento para os enfermeiros afim de tornar essa possibilidade viável. A Resolução do COFEN 358/2009, determina que o Processo de Enfermagem seja realizado em todos ambientes públicos ou privados em que se pratique a enfermagem. O foco do trabalho é o desenvolvimento de estratégias de formação em serviço no intuito de contribuir no processo educativo sistemático, na construção de valores, na busca de incluir novos significados à interação no trabalho e na valorização da essência do cuidado através da prática de enfermagem sistematizada. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi o método escolhido para guiar a investigação. Abordagem que atua na perspectiva de valorizar a realidade do indivíduo, num contexto não quantificado, centrado nos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2012). O estudo será realizado com 23 enfermeiros atuantes em ESF com mais de três meses de experiência de trabalho na equipe e excluídos os enfermeiros gestores, que não atuam na assistência direta e os que estiverem em período de férias, licença ou afastamento do trabalho durante o período de produção dos dados da pesquisa. Uma das enfermeiras da ESF será excluída por ser a pesquisadora principal do projeto. A coleta de dados ocorrerá mediante encontros utilizando a técnica de grupo de reflexão, haverá contato telefônico com os enfermeiros no intuito de informar sobre o estudo, fazer o convite e levantar sua disponibilidade quanto ao dia e horário para realização dos encontros grupais. Estes

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.349.866

ocorrerão em espaço "privativo, seguro e confortável" para a livre expressão. Serão observados os procedimentos de segurança sanitária. Serão dois grupos de até 11 e 12 pessoas, para as discussões e reflexões sobre aplicabilidade do PE nas práticas de saúde. Há previsão de quatro encontros, totalizando oito momentos com duração média de 60-90 minutos, que serão audiogravados em mídia digital e posteriormente transcritos. Os encontros poderão acontecer através da ferramenta Google Meet, caso o momento epidemiológico inviabilize a realização presencial.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo Geral pretende-se "Analisar a aplicação do processo de enfermagem dos enfermeiros da ESF, com enfoque na etapa da coleta de dados" (específicos: Identificar facilidades e dificuldades que os enfermeiros enfrentam no desenvolvimento do PE; revisar um dos roteiros para coleta de dados do PE elaborados no ano de 2019; desenvolver estratégias para implementação dos referidos roteiros de coleta de dados do PE).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes serão esclarecidos sobre objetivos e procedimentos da pesquisa e quanto às informações dadas e produzidas e à sua confidencialidade, bem como o armazenamento adequado das mesmas. O trabalho será realizado, após a anuência dos entrevistados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com as orientações do CEP/ EERP/USP. Uma via ficará com o participante e a outra com a pesquisadora. Como possíveis riscos destacam-se, "algum desconforto ou constrangimento desencadeado por alguma pergunta ou aspecto em discussão no grupo de reflexão e ao recordarem e relatarem situações vivenciadas no seu trabalho". A pesquisadora descreve no texto do trabalho e no TCLE os procedimentos para minimizar os desconfortos dos participantes e lhes é assegurado o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Como benefícios figuram o seu reconhecimento como enfermeiros com a aplicação do processo de enfermagem (traduzido em conhecimento e experiências em atendimento clínico) e a contribuição para o aprimoramento de instrumento de coleta de dados da consulta de enfermagem, com potencial para facilitar o seu trabalho. No caso dos encontros ocorrerem por meio virtual, a pesquisadora enviará por e-mail o link da sala de Google Meet, com data e horário do encontro, enviado na forma de lista oculta, a partir do e-mail institucional da pesquisadora visando assegurar sigilo e confidencialidade das informações do participante.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.349.866

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de relevância, trata-se de estudo de abordagem qualitativa, realizado com enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Versa sobre a Sistematização de Enfermagem como instrumento da gerência do cuidado para a reorganização das práticas de atenção a saúde e à organização da assistência de enfermagem, do qual o Processo de Enfermagem (PE) é um dos grandes eixos no exercício da profissão de enfermeiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexada a autorização da Secretaria do Município para realizar o trabalho.

Recomendações:

RECOMENDAÇÕES DA RELATORIA:

É um estudo interessante, todavia seria prudente a autora ponderar sobre a duração dos encontros" Há previsão de quatro encontros, totalizando oito momentos com duração média de 60-90 minutos" isso para cada grupo. Mesmo que os participantes concordem com uma agenda prévia, estudos de treinamento de enfermeiros nos serviços apresentam dificuldades(Rocha et al. Hum Resour Health (2021) 19:16 <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00556-5>) em geral pela dinâmica do próprio serviço. Em treinamentos similares, recomenda-se a supervisão dos participantes por tempo determinado. Sugiro que se atenham a temas curtos que efetivamente possam ser abordados e refletidos nesse período de tempo, limitando a inclusão de temas adicionais para evitar o fenômeno "muro das lamentações". Outra recomendação refere-se à possível transformação dos encontros virtuais, considero que devem ter essa proposta já elaborada e organizada, para evitar atropelos de última hora, inclusive no que tange aos procedimentos éticos cabíveis para tal mudança.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/research-comite-etica-pesquisa-relatorio/>

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Telefone: (16)3315-9197

CEP: 14.040-902

Município: RIBEIRAO PRETO

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.349.866

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 297ª Reunião Ordinária do CEP-EERP/USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1875899.pdf	11/02/2022 13:08:50		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_ASSINADA.pdf	09/02/2022 09:38:57	Franciele Vilela Sousa	Aceito
Cronograma	Cronograma_Refeito.pdf	08/02/2022 22:23:02	SILVIA MATUMOTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/12/2021 11:01:58	Franciele Vilela Sousa	Aceito
Declaração de concordância	MUNICIPIO.pdf	22/12/2021 10:56:17	Franciele Vilela Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/12/2021 10:55:34	Franciele Vilela Sousa	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	OFICIO.pdf	22/12/2021 10:52:53	Franciele Vilela Sousa	Aceito
Orçamento	Despesas.pdf	22/12/2021 10:51:23	Franciele Vilela Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 13 de Abril de 2022

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TÍTULO DO ESTUDO: Análise coletiva para implementação do Processo de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: qualificando a primeira etapa

PESQUISADORAS: Franciele Vilela Sousa e Profa. Dra. Sílvia Matumoto

O QUE É ESTE DOCUMENTO? Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo que será realizado no município de Passos, com enfermeiros das estratégias saúde da família. Esse documento “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” tem como finalidade explicar a finalidade de sua participação, caso você aceite o convite. Fala dos possíveis riscos e benefícios, caso você aceite participar, além dos seus direitos como participante da pesquisa. Após analisar todas as informações e, assim que forem esclarecidas todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar a decisão sobre sua participação ou não no estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento novamente.

POR QUE REALIZAR ESSE ESTUDO? Um dos instrumentos utilizados para reorganização das práticas de atenção à saúde é a Sistematização de Enfermagem, sendo uma ferramenta de gerência do cuidado, que fornece subsídios para organizar a assistência de enfermagem, tendo o Processo de Enfermagem um dos grandes pilares. Nesse sentido, o exercício profissional do enfermeiro é orientado pela Resolução do COFEN 358/2009, que determina que o Processo de Enfermagem deva ser realizado em todos os ambientes públicos ou privados em que haja prática de enfermagem. Assim, estratégias de formação em serviço poderão contribuir com o processo educativo sistemático, na construção de valores, ressignificando a interação no trabalho e valorizando a essência do cuidado, com a prática de enfermagem sistematizada. Esse projeto de pesquisa pretende investir no envolvimento dos enfermeiros em um processo de reflexão sobre suas práticas, por meio da problematização sobre a realização da SAE, e, mais especificamente, do Processo de Enfermagem.

O QUE ESSE ESTUDO QUER SABER? -Identificar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento do Processo de Enfermagem. - Revisar um dos roteiros para coleta de dados do Processo de Enfermagem, elaborados no ano de 2019. -Desenvolver estratégias de implementação dos roteiros de coleta de dados do Processo de Enfermagem.

O QUE ACONTECERÁ COM VOCÊ DURANTE O ESTUDO? Você irá participar de encontros, para a realização dos grupos de reflexão. Nesses encontros, você será convidado (a) e relatar sobre seu trabalho como enfermeiro e como tem aplicado o processo de enfermagem. Será feito contato prévio, para levantamento de melhor dia e horário para realização dos encontros. Esses serão realizados em espaço privativo, que ofereça segurança e conforto para livre expressão de ideias. Vale ressaltar a possibilidade de os encontros ocorrerem através da ferramenta Google Meet, visto o momento pandêmico. Assim a pesquisadora assegurará que todos os cuidados éticos sejam resguardados, mantendo sigilo em relação aos assuntos tratados nos encontros. Para tais encontros, os participantes serão divididos em dois grupos de 12 pessoas, a fim de operacionalizar as discussões e refletir sobre aplicabilidade do PE nas práticas de saúde. Para cada grupo estão previstos quatro encontros, totalizando oito momentos e com duração média de 60-90 minutos.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE VOCÊ PARTICIPAR DO ESTUDO? Você poderá sentir-se desconfortável ou constrangido ao se lembrar de situações vividas para responder às perguntas sobre o seu trabalho como enfermeiro (a) Se isso ocorrer, você poderá informar o pesquisador e poderá se ausentar do encontro e, caso queira, poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA VOCÊ PELA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO? Um possível benefício que esse estudo pode trazer-lhe refere-se a seu reconhecimento como protagonista no ambiente de trabalho, bem como a oportunidade do estímulo crítico e reflexivo nas práticas clínicas e de gestão. Esclarecemos que não haverá pagamento por participação na pesquisa, mas acreditamos que os resultados desse estudo possam contribuir para a valorização do trabalho realizado pelas equipes de saúde da família e para subsidiar propostas de melhorias da atenção nos serviços de saúde. Esclarecemos ainda que pretendemos divulgar o conteúdo dessa pesquisa em congressos e publicações em revistas científicas.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE VOCÊ NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO? Sua participação é voluntária, não obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo, como pode desistir a qualquer momento. Se isso acontecer, suas informações serão excluídas desse estudo e não serão mais utilizadas.

QUAIS SÃO OS SEUS DIREITOS SE VOCÊ QUISE PARTICIPAR DO ESTUDO? Receber as informações do estudo de forma clara, esclarecer suas dúvidas, assim como ter o tempo que for necessário para decidir participar ou não do estudo, com a liberdade para desistir e se retirar dele a qualquer momento, além de poder recusar-se a responder perguntas que o incomodem ou lhe causem constrangimento. Ter assistência de forma gratuita, pelo tempo que for preciso, a tudo o que for necessário, se ocorrerem danos decorrentes do estudo. Se isso acontecer, você terá direito a reclamar

indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas, além de ressarcimento pelos gastos em virtude de sua participação na pesquisa, assim como: transporte e alimentação se houver. Ter o seu anonimato (confidencialidade) e sua vida privada (privacidade) respeitados. Você receberá uma via desse documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador.

SE VOCÊ TIVER DÚVIDAS SOBRE OS SEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM VOCÊ FALA? Fale com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Esse comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e o autorizam acontecer ou não; tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa. O contato com o Comitê pode ser feito através do telefone (16) 3315-9197, ou pessoalmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto. O horário de atendimento é de 2ª a 6ª feira, em dias úteis, das 10:00 às 12:00 horas e das 14:00 às 16:00 horas.

ASPECTOS ÉTICOS: Esse estudo segue a Resolução CNS 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e será realizado somente após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

SE VOCÊ TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM VOCÊ FALA? Fale diretamente com as pesquisadoras responsáveis: SILVIA MATUMOTO telefone (16) 3315-3476, e-mail: smatumoto@eerp.usp.br ou FRANCIELE VILELA, telefone (35) 99192-6898, e-mail: vilelasouza25@usp.br.

Eu declaro que entendi o estudo e li o Termo de Consentimento. Declaro que tive o tempo necessário para decidir sobre a minha participação na pesquisa e assim concordo com a minha participação nessa pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento, não renuncio a nenhum dos meus direitos. Esse documento será assinado por mim e pelo pesquisador, sendo todas as páginas rubricadas por nós dois. Uma via ficará comigo, e outra com o pesquisador.

Nome do participante

Data

Assinatura

Franciele Vilela Sousa
Pesquisadora

Data

Assinatura

Silvia Matumoto
Pesquisadora

Data

Assinatura

APÊNDICE 2

Caracterização sociodemográfica

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
NOME:
IDADE: _____
GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO
TEMPO DE FORMAÇÃO: _____
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF: _____
GRADUAÇÃO: () ESPECIALIZAÇÃO – CONCLUÍDA: () SIM () NÃO () MESTRADO – CONCLUÍDO: () SIM () NÃO () DOUTORADO – CONCLUÍDO: () SIM () NÃO
CAPACITAÇÃO NOS ULTIMOS 3 ANOS, SOBRE PE: () SIM () NÃO
Nº DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS: () 1 (UM) () 2 (DOIS) () MAIS DE 2 (DOIS), ONDE: _____
VOCE UTILIZA OS INSTRUMENTOS IMPLEMENTADOS EM 2019? CASO SIM, DESCREVA QUAL LINHA DE CUIDADO:
EXPERIÊNCIAS ANTERIORES (USO DA SAE): () NÃO () SIM , ONDE: _____ SE SIM, QUAIS? _____ _____

Autocuidado:

Adesão terapêutica: () Sim () Não

Capacidade de autocuidado: () Suficiente () Insuficiente

Suporte Familiar: () Suficiente () Insuficiente Suporte Social: () Suficiente () Insuficiente

Percepção da pessoa diante da doença, tratamento

- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de estresse, depressão, ansiedade e pânico: no último mês, você ficou com: () desânimo () tristeza () desesperança () perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas

Exame físico:

Peso: _____; Estatura: _____; IMC: _____; Circunferência abdominal: _____; Glicemia capilar: _____; PA (deitado) _____; PA (sentado) _____; FR: _____; FC: _____

- **Nível de consciência:** () orientado no tempo e espaço () confuso () outro _____

- **Neurológico:** () distúrbios da marcha () desmaios () vertigens

- **Pele:** () acantose nigricans () infecções fúngicas () feridas () Lipodistrofia, descrever qual região: _____, () feridas, registrar tipo de ferida, tamanho, tecido, presença de exsudato;

- **Ouvidos:** () Boa acuidade () Déficit auditivo Outros: _____

- **Visual:** () Boa acuidade () déficit visual, usa óculos: () SIM () Não Outros: _____

- **Cavidade oral:** () gengivite () problemas odontológicos

- **Pescoço:** () simetria () presença de nódulos () anormalidades carótidas

- **Tórax:** () Simétrico () Assimétrico Outros: _____

- **Aparelho respiratório:** () Dispneia () batimento de asas nasais () assimetria () Tosse

Ausculta (direito e esquerdo): () murmúrios vesiculares () roncos () sibilos () estertores

- **Aparelho Cardiovascular:** () Taquicárdico () Bradicárdico

- **Abdomem:** Inspeção: () plano () globoso () simétrico () assimétrico () flácido () tenso

Ausculta: ruídos hidroaéreos () presentes () ausentes

Palpação: () massas () dor à palpação profunda () dor à palpação superficial

OBS: _____

- **Genitais:** * Considerar normatizações do Ministério da Saúde

Papanicolau, realizou nos últimos três anos () Sim () Não Mamografia, realizou nos últimos dois anos

PSA: () Sim () Não PSA, realizou nos últimos 12 meses () Sim () Não

Alteração na vida sexual, Outros: _____

- **Músculo Esquelético e MMSS e MMII:**

Muscular: () Sem alterações () Mialgia () Amputação: _____

Membros: () Parestesia _____ () Paresia _____ () Plegia _____ () Força normal ()

Hemiparesia _____ () Hemiplegia _____

Débito Urinário: () Anúria () Hematúria () Incontinência () SVD () Espontâneo

Funcionamento Intestinal: () Presente () Ausente dias, _____ Outros: _____

Vascular: INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DOS PÉS

Inspeção: () varizes () membros cianóticos, descreva _____

Palpação: () pulso periférico em ambos os pés ⇔ Direito _____ e esquerdo _____;

Perfusão periférica: () Sem alteração () Com alteração

UNHAS: () LESÕES () CORTE INADEQUADO () CORTE REDONDO () CORTE RETO

CONDUTA/CUIDADO COORDENADO: () consulta médica () avaliação nutricional () avaliação serviço social

() avaliação fisioterapia () avaliação psicológica () avaliação farmacêutica () saúde mental

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO*: _____

Data do agendamento do retorno: ___/___/___ () médico () enfermeiro

Assinatura/Carimbo do Profissional: _____

APÊNDICE 4

Roteiro 2022/Intermediário

ASSISTÊNCIA À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS

CONSULTA DE ENFERMAGEM		
Projeto Mestrado: Franciele Vilela Sousa		
Desenvolvido por: Enfermeiros das ESF' de Passos/ MG		
Nome:		
Data de Nasc: / /	Prontuário:	Data: _____/_____/_____
Endereço:		
Nome do ACS:		

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO*: _____

Descrição da comorbidade:

() Hipertensão arterial () Diabetes Mellitus () Diabetes insulino dependente

- Tempo de diagnóstico: _____

Antecedentes Pessoais/ Familiares

Descrição	Paciente	Pai	Mãe
Diabetes	-		
Hipertensão arterial	-		
Etilismo			
Drogas			
Dislipidemias			
Cardiopatía			
Doença vascular periférica			

OBS: _____

Queixa principal: _____

História patológica progressa:

- Outros diagnósticos: _____

- Alergia () não () sim: __ medicamentos __ alimentos __ ambientes, __ insetos __ outras: _____

- Cirurgias e outras intervenções (data, tipo e motivo): _____

- Hospitalização: _____

- Traumatismos / acidentes e consequências: _____

- Transfusões sanguíneas (nº, data e motivo): _____

- Situação vacinal: () Influenza () Covid19, descrever números de doses: _____ () hepatite () DT () outras: _____

História familiar (parentes de primeiro grau: pais e irmãos, cônjuge e filhos, avós, tios e primos paternos e maternos, doença ou morte prematura – causa e idade em que ocorreu)

() DM () HAS () AVE e DCV (doença cardiovascular – IAM, angina de peito) (familiares ♂ < 55 anos ou ♀ < 65 anos) () doença renal () dislipidemias

Estratificação de Risco Cardiovascular: _____¹

Situação atual:

DM (sinais e sintomas): () polidipsia () polifagia () poliúria () perda de peso () enurese noturna

() fadiga () falta de energia () visão turva () prurido vulvar ou cutâneo

() balanopostite () infecção fúngica recorrente () cicatrização lenta feridas

() parestesia nas mãos e pés () Síndrome ovário policísticos

Outros: _____

Medicamentos em uso:

Medicamentos	Dose	Horário	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras):

***Anexar cópia receita caso necessário**

Hábitos de vida

- Avaliação do profissional dentista, nos últimos 6 meses: () SIM () Não

- Hábitos alimentares e consumo alimentar :

Alimentação com alto teor de: () sal () gordura saturada () cafeína Ingestão de líquidos: _____

- Práticas corporais / atividade física:

() sedentária () exercem ativ. física moderada () exercem ativ fís intensas e constantes

() exercem ativ fís ocasionais () outra: _____

- Tabagismo (tipo, quantidade, frequência, duração do vício e abstinência): _____

- Uso de bebidas alcoólicas: Consumo: () ocasional () frequente () diário

- Uso de drogas ilícitas: () Não () SIM, descreva: _____

- Tempo de sono e repouso: Quantidade de horas de sono diárias: _____ horas

Autocuidado:

Adesão terapêutica: () Pouco aderente – intencional / não intencional () Aderente

Capacidade de autocuidado: () Suficiente () Insuficiente

Suporte Familiar: () Suficiente () Insuficiente Suporte Social: () Suficiente () Insuficiente

Percepção da pessoa diante da doença, tratamento

- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de estresse, depressão, ansiedade e pânico: no último mês, você ficou com: () desânimo () tristeza () desesperança () perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas

Triagem: Peso: _____ ; Estatura: _____ ; IMC: _____ ; Circunferência abdominal: _____ ; Glicemia capilar: _____ ; PA (deitado) _____ ; PA (sentado) _____ ; FR: _____ ; FC: _____

Exame físico

- Pulso periféricos: Pedioso: _____ bpm / Tibial posterior: _____ bpm Edema: _____

- Estado Geral: () bom () regular () mau

- Nível de consciência: () orientado no tempo e espaço () confuso () outro _____

- **Pele:** () acantose nigricans () infecções fúngicas () feridas () Lipodistrofia , descrever qual região:

_____, () feridas, registrar tipo de ferida, tamanho, tecido, presença de

exsudato; _____

- **Unhas:** () lesões () corte inadequado

- **Ouvidos:** Teste do sussurro, para avaliação da acuidade auditiva, () Déficit auditivo

- **Visual:** () déficit visual , usa óculos : () SIM () Não

- **Cavidade oral:** () gengivite () problemas odontológicos () candidíase

- **Pescoço:** () simetria () presença de nódulos () anormalidades carótidas

- **Tórax** : () Dispneia () batimento de asas nasais () assimetria () Tosse

Ausculta (direito e esquerdo): () murmúrios vesiculares () roncos () sibilos () estertores

- **Vascular**: Inspeção: () varizes () membros cianóticos, descreva _____

Palpação: () pulso periférico em ambos os pés \Rightarrow Direito _____ e esquerdo _____;

Perfusão periférica: () Sem alteração () Com alteração

- **Cardio**: ausculta de estertores, frequência, ritmo, sopros e galopes cardíacos , descrever anormalidades:

- **Abdome**:

Inspeção: () plano () globoso () simétrico () assimétrico () flácido () tenso

Ausculta: () ruídos hidroaéreos (a ausência de ruídos por mais de 3–5 minutos indica paralisação da motilidade gastrointestinal).

Palpação: () massas () dor à palpação profunda () dor á palpação superficial

OBS: _____

- **Genitais**: ** Considerar normatizações do Ministério da Saúde

() Papanicolau () PSA () Alteração na vida sexual , Outros: _____

- **Neurológico**: () distúrbios da marcha () desmaios () vertigens () atrofia Outras alterações:

CONDUTA/CUIDADO COORDENADO: () consulta médica () avaliação nutricional () avaliação serviço social

() avaliação fisioterapia () avaliação psicológica () avaliação farmacêutica () saúde mental

Data do agendamento do retorno: ___/___/___ **Assinatura/Carimbo do Profissional**: _____

APÊNDICE 5**Roteiro 2019**

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO PROGRAMA HIPERDIA

CONSULTA DE ENFERMAGEM

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
MICRO AREA: _____ **CNS:** _____
TELEFONE: _____ **IDADE** _____
PRONTUÁRIO: _____ **DATA** _____ **Classificação Risco:** _____

1 – Pressão Arterial: _____ Glicemia Capilar: _____

2 - Peso: _____ Altura _____ IMC: _____ Circunferência Abdominal: _____

3 - Exame Físico: _____

Antecedentes pessoais	Observações
() Diabetes	
() Hipertensão Arterial Sistêmica	
() Tabagismo	
() Etilismo	
() Drogas	
() Dislipidemias	
() Outras:	
() Cirurgia	
() Alergia	
() Imunização	

4 - Medicação em uso: _____

5 - Últimos exames: Data ____ / ____ / ____

Colesterol: _____ HDL: _____ LDL: _____ Triglicérides: _____

Glicemia: _____ Hemoglobina Glicada: _____

Colpocitologia e Mamografia (MULHERES) _____ PSA (HOMENS) _____

Necessidades psicobiológicas	Observações
Capacidade de auto- cuidado	
Integridade Física	
Alimentação	
Exercícios físicos	
Oxigenação	
Hidratação	
Eliminação	
Sono e Repouso	
Outros	

5 - Seguimento médico: _____

6 - Próxima consulta médica agendada para: ____ / ____ / ____

7 - Diagnósticos de Enfermagem

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (CIPE)	INTERVENÇÕES	PROJETO INTERVENÇÃO/RESPONSÁVEL
1. Adaptação comprometida;	1. Explicar ao paciente/família o processo saúde e doença; 2. Orientar sobre a importância do cuidado; 3. Orientar sobre os grupos de hipertensos e diabéticos; 4. Avaliar compreensão dos usuários sobre processo saúde e doença 5. Promover o bem-estar do paciente; 6. Encorajar atitude para mudanças de hábitos deletérios,	
2. Atitude comprometida para status nutricional;	1. Avaliar a atitude face ao status nutricional; 2. Avaliar o comportamento de comer ou beber; 3. Ensinar sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis; 4. Referenciar para o nutricionista.	
3. Andar Comprometido	1. Ensinar paciente e família sobre a prevenção de quedas; 2. Orientar paciente/familiares sobre importância de corrimão nas escadas, cadeiras e assentos sanitários em altura apropriada, iluminação e disposição de mobiliários adequados; 3. Orientar sobre grupo de atividade física.	
4. Autoestima baixa;	1. Encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos; 2. Referenciar para a psicologia.	
5. Atitude conflitante sobre o regime terapêutico;	1. Orientar o usuário quanto ao uso correto da medicação, importância da adesão ao tratamento, respeitar os horários e dosagens conforme prescrição médica; 2. Orientar sobre autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodízio e descarte) 2. Orientar usuário quanto aos sinais de hipertensão e hipotensão, monitoramento pressórico; 3. Orientar usuário quanto aos sinais de hipoglicemia e hiperglicemia, automonitoramento glicêmico;	
6. Atividade sexual insatisfatória	1. Referenciar para a psicologia; 2. Orientar consulta médica; 3. Orientar exame citopatológico (para as mulheres);	
7. Atividade física inadequada	1. Orientar paciente sobre atividade física; 2. Referenciar para o educador físico 3. Orientar sobre grupo de atividades físicas.	
8. Cefaléia presente	1. Ensinar medidas para o alívio da dor; 2. Consulta médica	
9. Cicatrização comprometida	1. Avaliar o risco de perfusão dos tecidos inefetiva; 2. Demonstrar o exame clínico dos pés; 3. Ensinar ao indivíduo/família o cuidado com os pés; 4. Avaliar a cicatrização da ferida; 5. Realizar curativo _____ 6. Ensinar ao paciente/família como cuidar das lesões; 7. Ensinar a inspeção da pele diariamente.	
10. Comunicação comprometida	1. Avaliar as causas da dificuldade de comunicação; 2. Incentivar comunicação efetiva.	

11. Déficit de conhecimento sobre o exercício;	1. Orientar paciente sobre atividade física; 2.Referenciar para o educador físico	
12. Déficit no autocuidado;	1 Orientar sobre doença e orientar cuidados.	
13. Dentição Incompleta	1. Referenciar para o dentista	
14. Dor aguda	1. Ensinar medidas para o alívio da dor	
15. Dor crônica	1. Ensinar medidas para o alívio da dor	
16. Efeitos adversos à medicação;	1. Orientar o usuário quanto ao uso correto da medicação, importância da adesão ao tratamento, respeitar os horários e dosagens, autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodízio e descarte)	
17. Excesso na ingestão de alimentos;	1.Avaliar a atitude face ao status nutricional 2.Avaliar o comportamento de comer ou beber 3.Ensinar sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis 4.Referenciar para o nutricionista	
18. Eliminação Urinária comprometida	1. Observar frequência, características e volume urina; 2. Orientar eliminar urina sempre que sentir vontade	
19. Fadiga;	1. Orientar sobre o processo da doença; 2. Orientar sobre consulta médica.	
20. Falta de apoio familiar;	1. Explicar paciente/família sobre doença, importância tratamento; 2. Orientar sobre os grupos hipertensos e diabéticos;	
21. Falta de apoio social;	1. Explicar paciente/família sobre doença, importância tratamento; 2. Orientar sobre os grupos hipertensos e diabéticos;	
22. Falta de conhecimento da doença;	1. Explicar paciente/família sobre doença, importância tratamento; 2. Orientar sobre os grupos hipertensos e diabéticos;	
22. Falta de conhecimento da medicação;	1. Explicar paciente/família sobre doença, importância tratamento; 2. Orientar sobre os grupos hipertensos e diabéticos;	
23. Falta de conhecimento do regime dietético;	1. Explicar paciente/família sobre doença, importância tratamento; 2. Orientar sobre os grupos hipertensos e diabéticos;	
24. Falta de conhecimento do regime medicamentoso;	1. Orientar o usuário quanto ao uso correto da medicação, importância da adesão ao tratamento, respeitar os horários e dosagens, autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodízio e descarte)	
25. Falta de habilidade para gerenciar o regime medicamentoso;	1. Orientar o usuário quanto ao uso correto da medicação, importância da adesão ao tratamento, respeitar os horários e dosagens, autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodízio e descarte)	
26. Falta de resposta ao tratamento;	1. Orientar sobre processo saúde/doença, 2. Orientar sobre consulta e interconsultas, 3. Orientar o usuário quanto ao uso correto da medicação, importância da adesão ao tratamento, respeitar os horários e dosagens, autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodízio e descarte)	
27. Habilidade da família para gerenciar o regime comprometida;	1. Explicar ao paciente/família sobre doença, tratamento e cuidados;	

28. Higiene Pessoal comprometida	1.Explicar ao paciente/família a importância da higiene pessoal; 2.Ensinar ao paciente/família como fazer a higiene pessoal;	
29. Higiene Pessoal Dependente	1.Explicar ao paciente/família a importância da higiene pessoal; 2.Ensinar ao paciente/família como fazer a higiene pessoal;	
30. Ingestão alimentar alterada	1.Avaliar a atitude face ao status nutricional 2. Avaliar o comportamento de comer ou beber 3. Ensinar sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis 4.Referenciar para o nutricionista	
31. Integridade dos tecidos corporais comprometida	8.Avaliar o risco de perfusão dos tecidos inefetiva 9.Demonstrar o exame clínico dos pés 10.Ensinar ao indivíduo/família o cuidado com os pés 11.Avaliar a cicatrização da ferida 12.Realizar curativo _____ 13.Ensinar ao paciente/família como cuidar das lesões 14. Ensinar a inspeção da pele diariamente;	
32. Isolamento social;	1.Encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos; 2.Referenciar para a psicologia.	
33. Não aderência à medicação;	1. Orientar o usuário quanto ao uso correto da medicação, importância da adesão ao tratamento, respeitar os horários e dosagens, autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodizio e descarte)	
34. Não aderência ao exercício;	1. Orientar paciente sobre atividade física; 2.Referenciar para o educador físico.	
35. Necrose presente	1.Avaliar o risco de perfusão dos tecidos inefetiva 2.Demonstrar o exame clínico dos pés 3.Ensinar ao indivíduo/família o cuidado com os pés 4.Avaliar a cicatrização da ferida 5.Realizar curativo _____ 6.Ensinar ao paciente/família como cuidar das lesões	
36. Peso comprometido;	1.Avaliar a atitude face ao status nutricional 2. Avaliar o comportamento de comer ou beber 3.Ensinar sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis 4.Referenciar para o nutricionista	
37. Presença de Edemas	1.Avaliar o risco de perfusão dos tecidos inefetiva 2.Demonstrar o exame clínico dos pés 3.Ensinar ao indivíduo/família o cuidado com os pés 4.Avaliar a cicatrização da ferida	
38. Perfusão Tissular Prejudicada	1.Avaliar o risco de perfusão dos tecidos inefetiva 2.Demonstrar o exame clínico dos pés 3.Ensinar ao indivíduo/família o cuidado com os pés 4.Avaliar a cicatrização da ferida 5.Realizar curativo _____ 6.Ensinar ao paciente/família como cuidar das lesões	
39. Pressão sanguínea alterada;	1. Orientar o usuário quanto ao uso correto da medicação, importância da adesão ao	

	tratamento, respeitar os horários e dosagens, autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodizio e descarte) 2. Orientar controle pressórico;	
40. Risco para Hipoatividade	1. Orientar paciente sobre atividade física; 2.Referenciar para o educador físico.	
41. Sobrepeso;	1.Avaliar a atitude face ao status nutricional 2.Avaliar o comportamento de comer ou beber 3.Ensinar sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis 4.Referenciar para o nutricionista	
42. Tontura presente	1. Agendar consulta com médico.	
43. Uso de álcool;	1. Estabelecer vínculo e escuta ativa; 2. Orientar sobre grupos de apoio.	
44. Uso de tabaco.	1. Estabelecer vínculo e escuta ativa; 2. Orientar sobre grupos de apoio.	

8 – Avaliação: _____
