



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

ANA CARINE FERREIRA DE ARAÚJO

**PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**FEIRA DE SANTANA - BA
2019**

ANA CARINE FERREIRA DE ARAÚJO

**PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatiane de Oliveira Silva Alencar

FEIRA DE SANTANA - BA

2019

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

A687 Araújo, Ana Carine Ferreira de
Processo de trabalho de enfermeiras na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na Estratégia Saúde da Família / Ana Carine Ferreira de Araújo. – 2019.
86 f.: il.

Orientadora: Tatiane de Oliveira Silva Alencar.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Enfermeiras – processos de trabalho. 2. Hipertensão. 3. Diabetes. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Atenção à saúde. I. Alencar, Tatiane de Oliveira Silva, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616-083:616.12-008.331.1

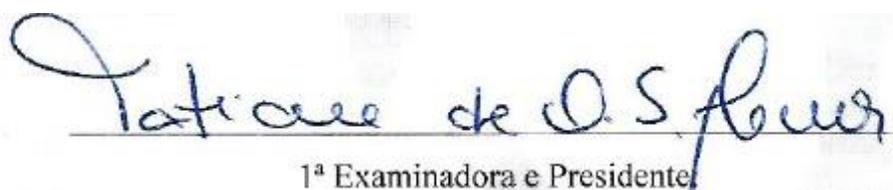
ANA CARINE FERREIRA DE ARAÚJO

**PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional
em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de
Feira de Santana como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 24 de agosto de 2018.

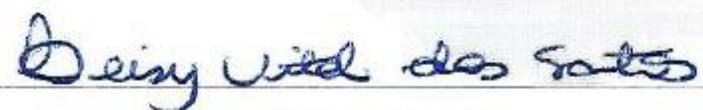
BANCA EXAMINADORA



Tatiane de Oliveira Silva Alencar

1ª Examinadora e Presidente

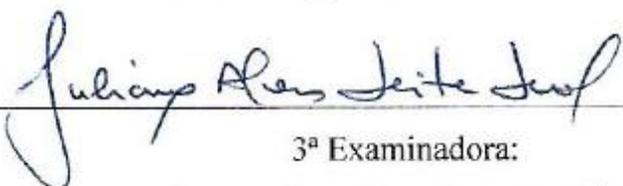
Profª Drª Tatiane de Oliveira Silva Alencar / UEFS



Deisy Vital dos Santos

2ª Examinadora:

Profª Drª Deisy Vital dos Santos / UFRB



Juliana Alves Leite Leal

3ª Examinadora:

Profª Drª Juliana Alves Leite Leal / UEFS

Dedico este trabalho a todos usuários e todas usuárias com hipertensão e diabetes que encontrei nessa trajetória profissional, e aos colegas com quem já tive a oportunidade de discutir sobre a atenção à saúde desse grupo. Este trabalho é fruto de nossos encontros e inquietações coletivas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, luz do meu caminho!

À minha família pelo amor e apoio incondicional, em especial, a meu esposo, que sempre soube me incentivar nos momentos de fraqueza e cansaço!

À minha filha, Julia, que chegou no meio do mestrado para aumentar meu desafio e encher meus dias com mais amor e felicidade!

À Professora Dra. Tatiane Oliveira da Silva Alencar, por seu comprometimento ao longo dessa jornada, pela confiança, cuidado e carinho sempre, especialmente após a chegada de Julia!

Aos colegas do mestrado, pelos aprendizados e experiências compartilhadas, e pelo respeito e amizade construídos. Em especial a Flavia e a Anny, companheiras de estrada, que se tornaram minhas amigas e confidentes. Vocês contribuíram para tornar tudo mais leve!

Muito obrigada!

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde de grande magnitude, tanto pela mortalidade associada quanto pela forte carga de morbidades relacionadas. Entre elas se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, cujo controle e prevenção é desafio, sobretudo, para a Atenção Básica, especialmente da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que analisou o processo de trabalho de enfermeiras das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA. A produção de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, observação sistemática do trabalho da enfermeira na assistência a esses usuários, e análise documental. A análise dos dados ocorreu por análise de conteúdo, modalidade temática, tendo como fundamento a teoria marxista do processo de trabalho. Tais técnicas e elementos teóricos utilizados permitiram caracterizar o processo de trabalho das enfermeiras, identificando suas práticas e o que essas profissionais compreendem como sujeito, objeto, finalidade e instrumentos do processo de trabalho, além das facilidades e as fragilidades encontradas por elas. Constatamos que o processo de trabalho das enfermeiras sofre influência de diversos fatores externos, e se mostra confuso e desorganizado, sobretudo porque não há uma clareza quanto a seu objeto de trabalho e objetivo a ser alcançado, e sobre os documentos que devem orientar sua prática na Atenção Básica. Nesse sentido, tendo em vista uma melhor definição do seu processo de trabalho, é necessário que gestão e profissionais estejam alinhados, dentro de um projeto estruturado de atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, planejado e desenvolvido de forma conjunta, respeitando as especificidades e limitações de cada localidade, e incluindo a participação efetiva da comunidade.

Palavras-chaves: Processo de trabalho; enfermeiras; hipertensão; diabetes; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Chronic noncommunicable diseases constitute a major health problem, both due to the associated mortality and the heavy burden of related morbidities. Among them are Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus, whose control and prevention is a challenge for Primary Care, especially the Family Health Strategy. It is a qualitative study that analyzed the work process of Family Health Unit nurses in the attention to users with hypertension and/or diabetes in the city of Camaçari-BA. The production of data occurred through semi-structured interviews, systematic observation of the nurse's work in assisting these users, and documentary analysis. The analysis of the data occurred by content analysis, thematic modality, based on the Marxist theory of the work process. These techniques and the theoretical elements used allowed to characterize the nurses' work process, identifying their practices and what these professionals understand as the subject, object, purpose and instruments of the work process, and the facilities and weaknesses encountered by them. We find that the nurses' work process is influenced by several external factors, and it is confused and disorganized, especially since there is no clarity as to their object of work and objective to be achieved with their work, and about the documents that should guide their practice in Primary Care. In this sense, with a view to a better definition of their work process, it is necessary that management and professionals are aligned, within a structured health care project to users with hypertension and/or diabetes, planned and developed jointly, respecting the specifics and limitations of each locality, and including effective community participation.

Keywords: Work process; nurses; hypertension; diabetes; family health strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Construção cronológica dos marcos e políticas orientadoras para a atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus no Brasil.....	24
Figura 2 -	Síntese das facilidade identificadas no processo de trabalho das enfermeiras, Camaçari-BA, 2018.....	58
Figura 3 -	Síntese das fragilidades identificadas no processo de trabalho das enfermeiras, Camaçari-BA, 2018.....	60
Quadro 1 -	Estabelecimentos e serviços de saúde do município por níveis de atenção, Camaçari-BA, 2018.....	32
Quadro 2 -	Distribuição de Unidades de Saúde por Distritos e Regiões de Saúde e número de equipes de Saúde da Família, Camaçari-BA, 2018.....	33
Quadro 3 -	Distribuição de Unidades de Saúde que fizeram parte do campo de investigação, por Distritos e Regiões de Saúde.....	34
Quadro 4 -	Caracterização das enfermeiras participantes do estudo.....	35
Quadro 5 -	Síntese das entrevistas realizadas no estudo.....	38
Quadro 6 -	Recomendações dos Cadernos de Atenção Básica para consultas de enfermagem na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.....	42
Quadro 7 -	Recomendações dos documentos acerca da periodicidade das consultas médicas ou de enfermagem na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.....	47
Quadro 8 -	Definições dos documentos acerca das necessidades e demandas dos usuários na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.....	52
Quadro 9 -	Objetivos do processo de cuidado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes referidos nos documentos.....	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CARMEN	Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINDI	<i>Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program</i>
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COREN	Conselho Federal de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MEV	Mudanças de Estilo de Vida
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade da Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	ELEMENTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS NORTEADORES DA PESQUISA	15
2.1	Processo de Trabalho em Saúde	15
2.2	Processo de Trabalho da Enfermeira	19
2.3	Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF: políticas orientadoras para o processo de trabalho da enfermeira	23
3	METODOLOGIA	31
3.1	Caracterização da Pesquisa	31
3.2	Cenário do Estudo	31
3.3	Participantes do Estudo	34
3.4	Técnicas e Instrumentos de Produção de Dados	36
3.5	Plano de Análise de Dados	38
3.6	Aspectos Éticos	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1	Práticas de Atenção à Saúde a Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes	40
4.2	Elementos do Processo de Trabalho das Enfermeiras	49
4.3	Facilidades e Fragilidades Encontradas pelas Enfermeiras na Atenção à Saúde aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DIRIGIDA	
	APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL	
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde pública, tanto pela mortalidade associada quanto pela carga de morbidades relacionadas. São responsáveis por grande número de internações e envolvem perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013a). Entre elas se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, e 21,4%, diagnóstico de hipertensão arterial (IBGE, 2014). No mesmo ano, as doenças cardiovasculares representaram a principal causa de morte no país, com 29,8% dos óbitos ocorridos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Da mesma forma, a natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controle, também tornam o DM uma doença muito onerosa, tanto para os indivíduos afetados e suas famílias, quanto para o sistema de saúde. Muitos indivíduos com diabetes são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas, ou não o conseguem com a mesma eficiência de antes (WHO, 2002).

Nesse contexto, faz-se necessário a estruturação da atenção à saúde para controle e prevenção dessas doenças e suas complicações. No Brasil, esse desafio é, sobretudo, da Atenção Básica (AB), especialmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes de AB devem estabelecer o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular desses usuários, estimulando a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, através do cuidado multiprofissional (BRASIL, 2013b).

Na perspectiva de estruturação da atenção à saúde para controle e prevenção dessas doenças, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política tem a finalidade de realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e

serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Além disso, propõe fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas, e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014a).

Em contraposição a isso, estudo realizado recentemente, em um município da região metropolitana de Salvador, acerca da implantação das Redes de Atenção à Saúde, identificou limites na operacionalização das redes, com obstáculos estruturais importantes e entraves nos processos de trabalho nos serviços de saúde, o que, possivelmente, resultam numa baixa efetividade da AB (ARAGÃO, 2016).

De modo semelhante, estudos acerca da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na ESF em diferentes estados brasileiros, evidenciam um cenário de baixa cobertura pelas equipes, prevalecendo o atendimento à demanda espontânea, não atendendo o padrão assistencial estabelecido pelo Ministério da Saúde (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006; MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011; RADIGONDA *et al.*, 2016). Além disso, uma investigação acerca do processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial, realizado em oito Unidades de Saúde da Família (USF) de Jequié-BA, em 2010, identificou que profissionais de saúde desenvolviam suas ações com traços do modelo médico-hegemônico, com priorização de procedimentos, normas e protocolos preestabelecidos, e ênfase no uso do medicamento, em detrimento do vínculo, acolhimento e da interação entre profissionais e usuários (SANTOS, 2010).

O tratamento não medicamentoso é parte essencial para o controle da HAS, do DM e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Envolve, sobretudo, o apoio para mudança de estilo de vida, com uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo. Nesse sentido, os Cadernos de Atenção Básica (CAB) (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b), documentos orientadores da prática na AB, destacam a função fundamental que a consulta de enfermagem desempenha, pois está fortemente ligada ao processo educativo e de motivação dos usuários em relação aos cuidados à sua saúde, com o desenvolvimento de seu plano de autocuidados.

Em estudo realizado no ano de 2008, em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fortaleza-CE, acerca dos aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao portador de HAS atendido na ESF, constatou-se que a consulta de enfermagem era realizada conforme as queixas apresentadas pelos usuários, refletindo a forte influência do modelo assistencial biomédico, curativo e individual; que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), apesar de se mostrar importante, não era executada em suas diversas fases do processo de enfermagem; e que havia falta de conhecimento técnico para a realização de exame físico pelas enfermeiras, principalmente quanto às ausculta cardíaca e pulmonar e à palpação das carótidas e dos pulsos periféricos (FELIPEI; ABREU; MOREIRA, 2008).

Na mesma linha, outra investigação sobre como se processavam as práticas cotidianas de cuidado em saúde realizadas por enfermeiras junto aos adultos hipertensos assistidos pelas equipes de Saúde da Família, no município de Pau dos Ferros-RN, em 2010, evidenciou um cuidado distante do encontro dialógico que se espera entre profissionais e usuários dos serviços básicos, além da desmotivação dessas profissionais para práticas educativas com este grupo, e do sentimento de desassistência das enfermeiras pela gestão local de saúde para realizarem o seu trabalho junto aos usuários com HAS, devido à sobrecarga de trabalho (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

Já um estudo realizado em Cambé-PR, em 2012, sobre a avaliação do acompanhamento de adultos com HAS e ou DM pela equipe de saúde da família, constatou cobertura de consulta de enfermagem em nível crítico, com apenas 1,5% dos prontuários dos indivíduos com pelo menos um registro dessa atividade nos últimos 12 meses, o que sugere que a consulta de enfermagem não faz parte do cotidiano das atividades programáticas aos indivíduos com HAS ou DM (RADIGONDA *et al.*, 2016).

A respeito disso, concordamos com Franco e Merhy (2007) ao afirmarem que se não houver a ruptura com o processo de trabalho centrado no médico e na produção de procedimentos, não haverá exploração do potencial da ESF nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Nesse contexto, cada profissional de saúde precisa tornar as ações de saúde mais acolhedoras, estabelecendo uma relação de confiança, respeito e compromisso entre os sujeitos, com estímulo aos usuários e família a participarem ativamente, o que resulta em maior possibilidade de enfrentamento das situações de saúde.

A partir desses estudos, é possível inferir que, apesar das mudanças na AB ao longo dos anos, continuam existindo entraves no processo de trabalho das enfermeiras na atenção a esse público. Além disso, os estudos encontrados abordavam o trabalho da enfermeira na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabéticos, com foco em ações específicas, como a consulta de enfermagem, ou na natureza do cuidado produzido nessa relação, sem, no entanto, abordar o processo de trabalho como um todo, considerando seus elementos constituintes. Em contraposição ao foco dado pelos estudos encontrados, entendemos que o processo de trabalho da enfermeira não se limita à realização da consulta de enfermagem, que é uma ação importante, mas apenas um dos instrumentos possíveis desse processo, e que todo o trabalho da enfermeira na AB apresenta grande potencial para apoiar e acompanhar os usuários com hipertensão e/ou diabetes, visando a melhoria de sua condição de saúde, em função das competências gerenciais, assistenciais e educativas assumidas por essa profissional.

Diante da situação apresentada pelos estudos, das lacunas de investigação identificadas, e considerando a trajetória profissional da pesquisadora como enfermeira na ESF do município de Camaçari-BA, que suscitou inquietações, emergiram os seguintes questionamentos: Como se desenvolve o processo de trabalho de enfermeiras na atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF de Camaçari-BA? Quais as facilidades e/ou fragilidades encontradas pela enfermeira para o desenvolvimento do processo de trabalho na atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes?

Para responder a esse questionamento, este estudo teve como objetivo geral: analisar o processo de trabalho de enfermeiras das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar o processo de trabalho de enfermeiras das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA;
- Discutir as facilidades e as fragilidades do processo de trabalho de enfermeiras das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA.

Nesse estudo, foram considerados como facilidades os elementos que interferem positivamente no processo de trabalho, e como fragilidades, os elementos que interferem negativamente.

A relevância desse estudo fundamenta-se na teoria de Mendes-Gonçalves (1992), ao afirmar que é a partir das relações entre seus elementos que se estabelece o processo de trabalho específico, sendo social e historicamente determinados, assim como a concepção do que é doença. Nesse sentido, conhecer esses elementos torna-se fundamental para a compreensão do processo de trabalho, e para reflexão para seu aperfeiçoamento ou reestruturação, visando a melhoria na atenção à saúde.

A relevância científica baseia-se na pequena quantidade¹ de trabalhos científicos publicados que tratam da atenção de enfermeiras a usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF no Brasil, e nenhum no município no qual se pretende realizar o estudo. Ou seja, além de abordar uma realidade ainda não investigada, este estudo pretende contemplar todos os elementos constituintes do processo de trabalho em saúde, pois acredita-se que é preciso compreender quais são os sujeitos, objetos, finalidades e instrumentos de trabalho, para que se possa refletir sobre as práticas.

A opção pela abordagem conjunta do DM e da HAS no presente estudo foi baseada nos aspectos comuns às duas patologias, como etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, importância do tratamento não medicamentoso, complicações, difícil adesão ao tratamento, necessidade de controle rigoroso para evitar complicações e acompanhamento por equipe multidisciplinar.

Nesse estudo optou-se por usar o termo “enfermeira”, no feminino, em virtude da prevalência do gênero feminino na profissão, e em respeito e endosso à luta histórica das enfermeiras por sua valorização. Aliado a isso, cabe ressaltar que neste estudo só participaram mulheres.

¹ Foi realizada uma busca de publicações nos últimos 20 anos (1996 a 2016), nas bases de dados Scielo e Portal da CAPES, utilizando a associação dos descritores “hipertensão”, “diabetes”, “saúde da família” e “enfermeira”. Foram encontrados somente quatro artigos que traziam aspectos relacionados ao tema em estudo (FELIPEI; ABREU; MOREIRA, 2008; ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010; BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012; e RADIGONDA *et al.*, 2016). No banco de teses e dissertações da CAPES, utilizando os descritores “hipertensão”, “diabetes”, “saúde da família”, “enfermeira” e “processo de trabalho”, foi possível identificar duas dissertações que se relacionavam ao tema (SANTOS, 2010; REZENDE NETA, 2012). O descritor “processo de trabalho” foi utilizado no banco de teses e dissertações da Capes para fazer uma busca mais direcionada ao trabalho da enfermeira. Esse descritor quando utilizado na base de dados Scielo não oferecia nenhum documento encontrado como resultado. Nenhum dos estudos abordaram especificamente processo de trabalho de enfermeiras na atenção a hipertensos e diabéticos na ESF.

2 ELEMENTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS NORTEADORES DA PESQUISA

Para fundamentar a compreensão do objeto de estudo *processo de trabalho de enfermeiras de equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e ou diabetes*, delimitamos três eixos de análise: o processo de trabalho em saúde, o processo de trabalho da enfermeira, e a atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF, considerando as políticas orientadoras para o processo de trabalho da enfermeira.

2.1 Processo de Trabalho em Saúde

O processo de trabalho em saúde abrange todo o cotidiano do trabalho em saúde, tudo que se relaciona à prática dos trabalhadores ou profissionais de saúde na produção e oferta dos serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006). Mas ao se falar em trabalho em saúde, antes de tudo, é preciso situar qual o conceito de trabalho será considerado nesse estudo.

Para Marx (2013 [1867]), o trabalho é um processo do qual participam o homem e a natureza, em que o homem impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. É, portanto, exclusivamente humano, pois pressupõe, antes mesmo da construção concreta, o produto em mente, diferente das formas instintivas animais. Para ele, os componentes do processo de trabalho consistem de três elementos: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto do trabalho; e os meios de trabalho, o instrumental.

Na sua visão, o processo de trabalho no capitalismo resulta em alienação, pois ocorre como processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista. Nessa circunstância, os produtos do trabalho não pertencem ao trabalhador, mas ao proprietário do capital, o que reflete na acumulação desse capital distante do trabalhador. Logo, o trabalhador não pertence a si mesmo, mas a outro, o que resulta na dominação do indivíduo pelo contexto social, e reduz o trabalho ao meio forçado de satisfazer suas necessidades mais elementares através do salário. A alienação do trabalho é, portanto, traduzida como perda da relação vital com a natureza exterior e com seu próprio corpo (MARX, 2013 [1867]). Dessa forma, estudar trabalho em saúde requer considerar o contexto hegemônico do modo capitalista de produção, que sofre

forte influência do mercado financeiro e da política do Estado neoliberal (PIRES, 2000).

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), que aplicou a teoria marxista do trabalho ao campo da saúde, trabalho é a transformação de “algo antes” em “algo depois” com emprego de uma energia, com intencionalidade, a partir de uma necessidade, que o “algo depois” é capaz de satisfazer. Ou seja, trabalho é a atividade coordenada intelectual-mecânica de consumo de energia conforme a finalidade.

Nesse sentido, o que diferencia o processo de trabalho humano da natureza animal, já que ambas apresentam causalidade e estão para atender necessidades, é a teleologia, ou seja, finalidade, sendo o objetivo não necessariamente a satisfação imediata das carências, como acontece no mundo animal (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Na análise sobre processo de trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves (1992) considera em sua composição os seguintes elementos: sujeito, objeto de trabalho, instrumentos de trabalho e finalidade. O ‘algo antes’ é um objeto da natureza, enquanto parte de um todo e que se relaciona como tal, mas se torna um objeto humanizado, a partir de quando é delimitado e desprendido do todo, por um **sujeito** que já vislumbra um resultado potencial, para entrar no processo de trabalho como **objeto de trabalho**. Ou seja, o objeto é aquilo sobre o qual incide a ação do sujeito, e depende de como o olhar do sujeito o delimita.

A energia incorporada ao processo de trabalho para transformar o objeto de trabalho no ‘algo depois’ corresponde aos **instrumentos de trabalho**, que envolvem os utensílios e o conhecimento prévio sobre o projeto a ser alcançado. Essa energia consiste também no “conjunto de qualidades humanas naturais que podem ser ativadas para obter transformações, chamado força de trabalho, que fornece energias mecânicas e energias intelectuais” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.10). Por fim, o elemento que distingue o processo de trabalho humano do de outros animais, a **finalidade**, sempre presente antes e durante o processo de trabalho, e que significa a interiorização produtiva da necessidade que motiva o processo.

Esses elementos precisam ser examinados de forma articulada, pois é a partir de suas relações que se estabelece o processo de trabalho específico. Vale destacar que processo de trabalho e necessidades se configuram num ciclo que se repete, sendo que a cada vivência, se aprimoram as técnicas, práticas, conhecimentos, e se renovam as necessidades e exigências dos sujeitos (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O autor ressalta que objeto e necessidades do processo de trabalho são social e historicamente determinados, mesmo que sejam negados pela consciência intelectual do agente que atua, ou da consciência daquele que tem necessidade, até porque a própria alienação é histórica e socialmente determinada, e precisa ser compreendida para a práxis do processo de trabalho. A concepção do que é doença também é histórica e socialmente determinada, e define os instrumentos e o objeto do processo de trabalho.

Nogueira (1997), ao analisar o processo de trabalho em saúde, destaca três aspectos como fundamentais. O primeiro é que o processo de trabalho em saúde possui características comuns a qualquer tipo de processo de trabalho, marcado por uma direcionalidade técnica, uma intencionalidade dos resultados almejados, envolvendo instrumento e força de trabalho, e, portanto, passível de análise macroeconômica geral, nos termos marxistas. O segundo é que a assistência à saúde consiste basicamente num serviço, diferentemente do processo de trabalho na indústria, que produz coisas e objetos. E o terceiro aspecto é que, por não se realizar sobre coisas e objetos, mas sobre pessoas, tem como base uma inter-relação pessoal forte e decisiva para a própria eficácia da ação, já que o consumidor contribui no processo de trabalho fornecendo valores de uso² necessários, exigindo, além da história de sua queixa ou doença, participação ativa e responsabilização pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica.

Ainda na perspectiva desse autor, o trabalho em saúde apresenta outra particularidade, que é a integração entre os aspectos intelectual e manual, pois na saúde, quem detém o saber técnico e a intencionalidade dos resultados obtidos, também executa o ato técnico final, diferente do trabalho realizado em uma fábrica, por exemplo, planejado por uns e executados por outros.

Pedduzi e Schraiber (2006), numa releitura dos conceitos apresentados por Mendes-Gonçalves, afirmam que o **objeto** de trabalho no processo de trabalho em saúde, ou seja, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador, são as necessidades humanas de saúde. Em relação aos **instrumentos**, as autoras destacam a presença de instrumentos materiais e não-materiais, sendo os primeiros os equipamentos,

² Compreende-se *valor de uso* a partir da conceituação de Marx (2013 [1867]), como a utilidade que um objeto tem para os indivíduos pelo uso ou pelo consumo, ao satisfazer suas necessidades, de acordo com suas qualidades físicas particulares, mas independente da quantidade de trabalho necessário para a apropriação de suas qualidades úteis. À medida que *valores de uso* se trocam entre si, surge o *valor de troca*, relação quantitativa que varia com o tempo e o lugar.

material de consumo, medicamentos, e instalações, e os segundos, os saberes, científico e popular. São esses saberes que vão articular os sujeitos e os instrumentos materiais, e que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Segundo Merhy (2002, 2007), no processo de trabalho em saúde há o encontro entre o agente produtor e o agente consumidor, que seriam os **sujeitos** desse processo. O agente consumidor, em algum momento torna-se objeto do agente produtor, mas não deixa de por, em ato, suas intencionalidades, conhecimentos e representações, que se expressam em suas necessidades de saúde apresentadas. O autor também denomina os **instrumentos** do trabalho em saúde de tecnologias, e as classifica em leves, leves-dura e duras. As leves baseiam-se em tecnologias relacionais, do tipo produção de vínculo, acolhimento, de encontros de subjetividades; as leves-duras são representadas pelos saberes bem estruturados, como a clínica médica, clínica psicanalística, epidemiologia; e as duras são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais. O tipo de tecnologia que prevalece no processo de trabalho em saúde reflete no modo como se dá o cuidado aos usuários.

É possível identificar que há diferentes perspectivas para a conceituação de sujeito do processo de trabalho. Mendes-Gonçalves (1992), quando se propôs a analisar o processo de trabalho em saúde, realizou uma divisão didática dos elementos na perspectiva do trabalhador da saúde como sujeito, contrapondo seus conceitos à lógica do trabalho mecânico, colocando então o trabalhador como elemento central no desenvolvimento do processo de trabalho. Nesse sentido, compreendeu o sujeito como aquele que se apropria e organiza o processo de trabalho, cuja ação incide sobre um objeto, que ele mesmo delimitou a partir de seu olhar e sua intencionalidade. De outro modo, Merhy (2002) apresenta sua análise do processo de trabalho em saúde sob a lógica do agente produtor e consumidor, definindo, portanto, dois sujeitos, o trabalhador e o usuário dos serviços de saúde, que expressa em ato suas necessidades de saúde. Assim, não há uma contraposição de conceitos e definições, apenas concepções distintas, que se complementam na análise do processo de trabalho em saúde.

Ainda na discussão do trabalho em saúde, Merhy (2002, 2007) oferece outros conceitos como o de trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho vivo é o trabalho em si, aquele que é realizado no ato da produção de algum bem ou serviço. Chama-se trabalho morto a todos aqueles produtos-meios envolvidos no processo de trabalho, e

que são resultados de um trabalho vivo anterior. Nessa perspectiva, afirma que “o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente” (MERHY, 2007, p. 48), e ressalta que o trabalho em saúde não pode ser capturado absolutamente pelo trabalho morto, uma vez que seu objeto se estrutura durante o processo de trabalho, que se configura como intervenção em ato, com grande presença de tecnologias leves, e onde o ato de produção do produto e seu consumo ocorrem ao mesmo tempo.

Sem a pretensão de encerrar essa discussão, vale ressaltar que o trabalho em saúde atualmente se configura principalmente como um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde, e que tem como resultado, a assistência de saúde. Apesar disso, o trabalho é compartimentalizado, onde cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, em geral, sem um acompanhamento gerencial que determine qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual a função de cada trabalhador, como ocorre em empresas da produção material. Assim, no espaço institucional, há características da divisão parcelar do trabalho, do trabalho profissional do tipo manual, e do trabalho assalariado (PIRES, 2000).

2.2 Processo de Trabalho da Enfermeira

A Enfermagem é uma profissão que tem como essência o cuidado ao ser humano, seja individualmente, na família ou na comunidade, através de atividades de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Responsabiliza-se pelo conforto, acolhimento e bem estar dos usuários, seja através do cuidado direto, pela coordenação dos setores para a prestação da assistência, ou através da educação em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Essa é apenas uma das definições de enfermagem existentes que, de forma isolada, ocultam as características históricas do trabalho na área e as contradições produzidas no processo de sua inserção no capitalismo. Para a compreensão das relações que se estabelecem na atualidade, é preciso contextualizá-la histórica e socialmente.

Reconhecida como uma profissão de saúde desde a segunda metade do século XIX, a enfermagem deixa de ser praticada por diversos indivíduos sem qualificação específica, quando Florence Nightingale acrescenta atributos a esse

campo de atividades de cuidado à saúde. A partir daí, o cuidado é reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias para a sociedade, e que requer uma formação baseada em conhecimentos científicos (PIRES, 2009). Vale ressaltar, no entanto, que a escola Nightingeliana disseminou a ideologia do trabalho vocacionado da enfermeira nos diferentes continentes, o que ainda é bastante presente na maioria dos países (LEAL, 2016).

Em documento produzido às vésperas da semana da enfermagem, no auge do movimento pela Reforma Sanitária, em 1987, Xavier e colaboradores (1987, p. 179) conceitua a “Assistência de Enfermagem como um conjunto de ações de natureza diversa que se articulam e se complementam entre si na consecução da finalidade do trabalho em saúde”. Na ocasião, os autores categorizaram o conjunto de procedimentos, tarefas e atividades que as profissionais de enfermagem realizavam nos serviços de saúde do país, em: ações que apóiam o diagnóstico e o acompanhamento do processo e asseguram o tratamento prescrito pelo médico e por outros profissionais; ações para a organização da totalidade da atenção de enfermagem prestada à clientela; ações de controle de risco; ações de natureza administrativa, na organização do processo do trabalho de enfermagem; e ações de treinamento, formação e educação continuada aos profissionais de enfermagem.

No Brasil, a introdução do pensamento social no campo da saúde, na década de 70, provocou a ruptura com a compreensão que reduzia as questões de saúde ao plano biológico, num modelo clínico de diagnóstico e terapêutica. A categoria trabalho passou a ser inserida nos estudos do campo da saúde, e passou-se a analisar o processo saúde-doença em suas relações com a economia, política e ideologia da sociedade. Nesse ínterim, alguns autores passaram a estudar a enfermagem também enquanto uma prática que estabelece relações sociais na produção de serviços, marcada por determinantes históricos, políticos, sociais e econômicos (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

No contexto das profissões de saúde, a enfermagem é a que está presente em todas as instituições assistenciais, e isso relaciona diretamente a qualidade das ações de enfermagem com a qualidade da assistência em saúde (PIRES, 2009). Historicamente, a conformação da profissão da enfermeira se deu para responder a uma demanda de uma força de trabalho numerosa e qualificada que assegurasse a continuidade da atenção e o cumprimento das ordens médicas, num contexto de

consolidação do modelo biomédico e da divisão técnica e cada vez mais especializada do trabalho médico (MELO *et al.*, 2016).

Nesse sentido, a enfermagem vem adotando, ao longo da história, princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo³, destacando-se a hierarquia rígida e controle gerencial do processo de produção, a fragmentação do trabalho em tarefas, a separação entre concepção e execução, a ênfase no ‘como fazer’ e a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas e normas. Notadamente, a presença de diferentes categorias na enfermagem, com formações diferenciadas e divisão técnica do trabalho atende a interesses econômicos e políticos, já que promove o barateamento do trabalho (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Segundo Pires (2009), é possível destacar a autonomia profissional e o reconhecimento da relevância social como aspectos frágeis da enfermagem. A autonomia profissional é comprometida desde o surgimento da profissão como auxiliar do médico. Não só em relação à enfermagem, mas o profissional médico tem sido o elemento central do processo de trabalho em saúde, delegando campos de atividades a outros profissionais de saúde como da nutrição e fisioterapia, que participam da assistência de modo subordinado à prática médica, ainda que mantenham certa autonomia para tomada de decisões (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). Além disso, a autonomia profissional da enfermeira é limitada, ou anulada, uma vez que ocupa o lugar de trabalhadora assalariada nas organizações de saúde, o que lhe impõe a venda da sua força de trabalho, atendendo às exigências de quem a emprega e também aos determinantes sociais do seu trabalho (SANTOS, 2012).

Essa autora também analisa que o objeto de trabalho da enfermeira varia de acordo com a atividade desenvolvida, sendo o corpo adoecido, o objeto de trabalho no processo de trabalho assistencial, e o corpo produtivo das trabalhadoras de enfermagem e/ou de outros trabalhadores da saúde, o objeto de trabalho no processo de trabalho gerencial assumido pela enfermeira.

Já em uma investigação acerca das características que identificam o processo de trabalho da enfermeira em diferentes países (Brasil, Estados Unidos, Canadá,

³ Teorias que sustentam a gerência e controle do trabalho, com a produção em massa e divisão de tarefas organizadas de forma hierarquizada e sistematizada, onde cada trabalhador desenvolveria uma atividade específica no sistema produtivo da indústria, com monitoramento do tempo de produção, o que teve papel importante na consolidação da supremacia norte-americana no século XX. O Taylorismo é uma teoria criada pelo engenheiro Americano Frederick W. Taylor (1856-1915). Henry Ford (1863-1947), dono de uma indústria automobilística, foi o pioneiro no uso da teoria de Taylor na sua indústria, com a introdução da esteira rolante para aumentar a produtividade (RIBEIRO, 2015).

Chile, Austrália, Portugal, Reino Unido, Japão, África do Sul, China e Tailândia), Leal (2016) identificou que o processo de trabalho da enfermeira apresenta uma natureza indissociavelmente assistencial-gerencial, que vai além da organização do processo do trabalho de enfermagem, mas com uma valorização das ações assistenciais e procedimentos técnicos. Foi notado que, além de realizar a coordenação do processo de trabalho em enfermagem, direciona o processo de trabalho em saúde, como uma “gerente intermediária”, tornando-se primordial na execução de políticas de saúde e nos processos de mudanças no sistema de saúde. Nessa perspectiva, utiliza, como um dos principais instrumentos do seu processo de trabalho, a informação, usada para articular os processos de trabalho em saúde dentro das organizações. Apesar disso, a desvalorização do componente gerencial do processo de trabalho da enfermeira, acarreta o não reconhecimento da natureza do próprio trabalho, e, conseqüentemente, a não identificação dos objetos do seu processo de trabalho (LEAL, 2016).

A autora também identificou uma diversidade de objetos do trabalho da enfermeira referidos na literatura pesquisada nos diversos países, justamente pela natureza assistencial-gerencial do seu trabalho. Alguns estudos discutem que o objeto do trabalho da enfermeira é o cuidado em enfermagem, a assistência à saúde, o corpo do paciente ou suas necessidades de saúde, e outros defendem que a enfermeira atua na organização e gerenciamento da unidade de produção de serviços e dos recursos humanos. Essa dicotomia revela a fragilidade da base teórica-conceitual dos estudos sobre o trabalho da enfermeira, e que contribui para confundir essa trabalhadora (LEAL, 2016).

Nesse sentido, para compreender como se organiza o processo de trabalho dessa profissional em determinado serviço de saúde, é imprescindível a identificação daquilo que é considerado como seu objeto do trabalho, e como isso reflete em sua prática à luz das políticas de saúde que orientam a sua atuação.

Para além dos elementos relacionados ao âmbito micro da prática da enfermeira, faz-se necessário considerar a macroestrutura, sobretudo no que diz respeito às políticas de saúde. A expansão da Atenção Básica no Brasil tem encontrado barreiras na escassez e má distribuição de médicos, especialmente em regiões menos desenvolvidas. Uma das estratégias de enfrentamento a esse cenário é a incorporação de funções mais avançadas, incluindo práticas médicas, na atuação de enfermeiras (CASSIANII; ZUG, 2014). Tal medida é considerada, nos países que

já a experienciaram, como uma abordagem promissora para melhorar o acesso aos serviços, ao mesmo tempo em que ajuda a diminuir custos (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010).

Nessa perspectiva, concordamos com Leal (2016) entendendo que o trabalho da enfermeira vem atendendo aos interesses do sistema capitalista, à medida em que a divisão social e técnica do trabalho, a assunção de práticas do trabalho médico e a flexibilização e intensificação do trabalho da enfermeira, corroboram para a valorização do capital sobre a exploração do trabalho.

2.3 Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF: políticas orientadoras para o processo de trabalho da enfermeira

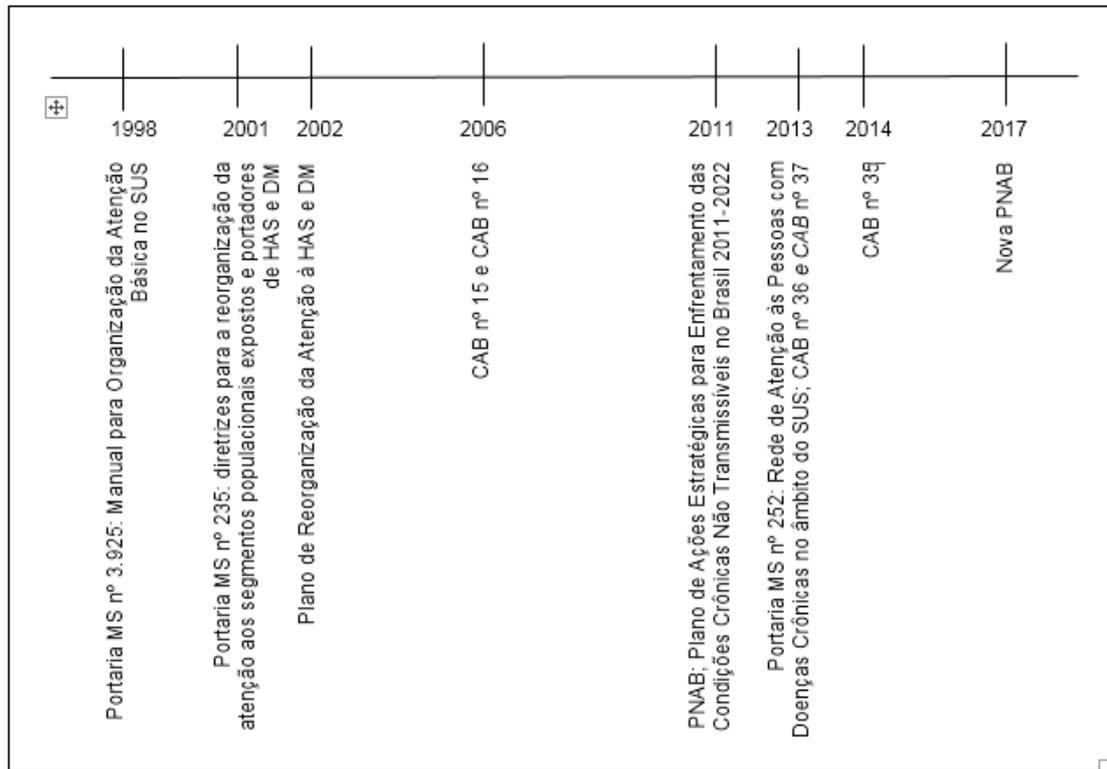
Em âmbito global, as doenças crônicas já representam um problema de saúde público há muitos anos. Data de 1985 a criação e desenvolvimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em países europeus, do Programa CINDI (*Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program*), um programa nacional de intervenção às doenças não transmissíveis. Foi em 1996 que os programas de prevenção integrada das DCNT receberam apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, tendo como referência o Programa CINDI, e em 2002 a Conferência Pan-Americana de Saúde aprovou a iniciativa Carmen (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis) como uma das principais estratégias de prevenção integrada das doenças crônicas (BRASIL, 2007).

As principais linhas de ação da iniciativa Carmen são o desenvolvimento, a implementação e avaliação de políticas que visem a redução simultânea de fatores de risco comuns a mais de uma das doenças crônicas; mobilização social e intervenções de base comunitária, vigilância epidemiológica dos fatores de risco; e atividades preventivas que possam contribuir com a redução das desigualdades em saúde (BRASIL, 2007).

No Brasil, desde a década de 70 a população brasileira veio sofrendo mudança de seu perfil de morbimortalidade, com grande predomínio das doenças e mortes devidas às DCNT, dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares, que passou a representar a principal causa de morte no Brasil desde então. Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde tem adotado várias estratégias e ações para reduzir os efeitos das doenças cardiovasculares na população brasileira (BRASIL, 2006a).

Especificamente no que diz respeito às ações instituídas pelo Ministério da Saúde, agente formulador das políticas, um conjunto delas tem sido implementadas ao longo dos anos articuladas ao modelo de atenção, como mostra a **Figura 1**.

Figura 1 – Construção cronológica dos marcos e políticas orientadoras para a atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus no Brasil.



Fonte: Elaboração da autora.

Em 1998, a Portaria nº 3.925/98 (BRASIL, 1998) aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, o qual define as ações de Atenção Básica dirigidas a grupos específicos da população, e destaca o controle e tratamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus como impacto esperado com o desenvolvimento dessas ações.

A mesma portaria enfatiza a ESF como um potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde, para acompanhamento permanente da saúde de indivíduos e famílias de determinado espaço territorial, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1998). Nesse sentido, a adoção da ESF como política prioritária da atenção básica, compreende as condições mais

favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das DCNT exige (BRASIL, 2006a).

A necessidade de organização da atenção aos usuários com esses agravos se fez tão marcante, que em 2001 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001 (BRASIL, 2001a), que estabeleceu diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus; determinou a elaboração do Plano Nacional de Reorganização da Atenção pelas Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde; e estabeleceu a constituição de comitê técnico com a finalidade de assessorar na elaboração e no monitoramento do plano.

No ano seguinte, foi apresentado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus pelo Ministério da Saúde, em articulação com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, através do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), e as secretarias municipais de saúde, através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

O Plano tinha o propósito de vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. Foi direcionado a médicos, enfermeiras, nutricionistas e outros profissionais de saúde que atuam na atenção básica, e abordava: epidemiologia, conceitos, classificação, avaliação, estratificação de risco, prevenção de complicações, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com medidas de prevenção e controle, como hábitos e estilos de vida saudáveis, atribuições e competências da equipe de saúde, critérios de encaminhamentos para referência e contra-referência, e outras orientações técnicas específicas (BRASIL, 2001b).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus apontava papel de destaque na atuação da enfermeira nos aspectos que se relacionavam principalmente a atividades educativas de promoção de saúde e para adesão ao tratamento. Vale ressaltar, porém, a vinculação das consultas individuais, realizadas pela enfermeira, ao trabalho do médico, e a indicação da repetição da prescrição de indivíduos controlados e sem intercorrências por aquela profissional (BRASIL, 2001b).

Em 2006, o Ministério da Saúde divulga os Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 15 - *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde* (BRASIL, 2006b), e nº 16 - *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2006c), que atualizam conhecimentos e estratégias e visam melhorar a capacidade da atenção básica para a abordagem integral desses agravos. Apesar dos fatores comuns às duas patologias, elas são abordadas de forma separadas nos CAB, diferentes do que foi apresentado no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus.

Em relação ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus, o CAB nº 15 (BRASIL, 2006b) inova ao fazer considerações sobre a hipertensão em populações especiais, e a abordagem de emergência e urgência hipertensivas, além da lista atualizada dos fármacos anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) de 2006. A respeito das atribuições específicas da enfermeira, o CAB não acrescenta nenhum item, mantendo o que já havia sido definido pelo Plano em 2002.

O CAB nº 16 (BRASIL, 2006c) aborda todos os elementos já apresentados no Plano, apenas com atualização de dados. Mas em relação às atribuições específicas da enfermeira, inclui a realização de consulta de enfermagem a pessoas com maior risco para diabetes tipo 2, orientação dos usuários sobre automonitorização da glicemia capilar e técnica de aplicação de insulina, e uso de dados dos cadastros e das consultas de revisão para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde. Destaca-se aí a dimensão de coordenação do cuidado aos usuários acompanhados na Unidade, especificamente relacionada à enfermeira.

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Condições Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011). Construído com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa, diversos ministérios do governo brasileiro, membros de Organizações Não-Governamentais (ONG) da área da saúde, entidades médicas, e associações de usuários, visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nesses dez anos, as DCNT, entre as quais estão hipertensão e diabetes, através do desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

O Plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em eixos estratégicos (vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral), e compreende a importância da AB na realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de DCNT, estabelecendo vínculo e responsabilizando-se pelos usuários (BRASIL, 2011).

Recentemente, em 2013, a publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo é promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014b).

Ainda em 2013, o Ministério da Saúde publicou uma versão mais atualizada e completa dos CAB, o nº 36 - *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus* (BRASIL, 2013c), e o nº 37 - *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial* (BRASIL, 2013b). E em 2014, lançou o nº 35 - *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica* (BRASIL, 2014b).

Os CAB nº 36 e 37, além do que já traziam os CAB nº 15 e 16, apresentam seções sobre a organização da linha de cuidado do diabetes mellitus e hipertensão arterial, rastreamento e consultas de enfermagem.

Segundo o Ministério da Saúde, a consulta de enfermagem tem como objetivo, entre outros, avaliar o potencial dos usuários para o autocuidado, estimulando-os e auxiliando-os a desenvolver seu plano de autocuidado em relação aos fatores de risco identificados durante o acompanhamento, apesar de não ser atribuição única da enfermeira (BRASIL, 2013c). Em tese, representa importante instrumento de estímulo à adesão das ações na Atenção Básica (BRASIL, 2013b).

De acordo com os CAB, é de competência da enfermeira realizar consulta de enfermagem para pessoas com maior risco para desenvolver DM tipo 2, abordando fatores de risco, estratificação do risco cardiovascular e orientação sobre mudança de estilo de vida, e para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM, podendo ser realizada por meio da aplicação da SAE (BRASIL, 2013c). No acompanhamento de pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, a consulta de enfermagem é fundamental para sensibilizá-las sobre a sua condição de saúde e pactuar metas e planos de como seguir o cuidado (BRASIL, 2013b).

Na prevenção primária da HAS, podem ser realizadas consultas individuais ou coletivas para incentivar a mudança de estilo de vida para adoção de hábitos saudáveis, notadamente nos indivíduos com pressão arterial limítrofe. E para a prevenção secundária, deve haver consultas de enfermagem para acompanhamento da pessoa com HAS. Nas consultas de enfermagem, o foco do processo educativo será para orientação de medidas que reduzem a PA, como: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, destaca-se a participação da enfermeira nas funções de educação em saúde, estímulo às mudanças de estilo de vida e encorajamento para adesão do tratamento e autocuidado, além da estruturação do processo de trabalho com base na SAE. Acerca disso, Rezende Neta (2012) realizou um estudo que objetivou analisar o autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 na ESF em Teresina-PI, a partir de orientações que receberam de enfermeiras, e os resultados apontaram associação estatisticamente significativa entre as orientações disponibilizadas pelas enfermeiras e a aderência às atividades de autocuidado com o diabetes, valorizando seu papel como orientadora para o autocuidado.

Além disso, o Ministério da Saúde preconiza como prática da enfermeira a realização de exame físico completo no usuário, com atenção especial para avaliação dos pés e orientações para o cuidado dos mesmos, estratificação de risco cardiovascular através do escore de Framingham⁴, solicitação e avaliação dos exames previstos no protocolo assistencial local, e verificação do uso dos medicamentos (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c). Vale ressaltar que, diferente dos CAB anteriores, as novas versões não mencionam a repetição da prescrição de indivíduos controlados e sem intercorrências pela enfermeira.

Apesar de falar sobre educação em saúde, práticas e atividades educativas, nota-se que os CAB dão grande destaque às consultas individuais, sem enfatizar a realização de atividades de grupo ou nos espaços da comunidade, e para além disso,

⁴ O escore de risco de Framingham, elaborado por pesquisadores norte-americanos, estima o risco de desenvolvimento de doença coronariana na próxima década, com base em valores numéricos, positivos e negativos, a partir de zero, de acordo com o risco atribuído aos valores da idade, pressão arterial, lipoproteína de alta densidade colesterol, lipoproteína de baixa densidade colesterol, tabagismo e diabetes (LOTUFO, 2008).

não estimulam o estabelecimento de uma relação de parceria com as instituições da comunidade. Vale ressaltar que essa abordagem contraria recomendações da OMS, instituídas há mais de uma década, para o gerenciamento das condições crônicas, a partir da ideia de que “sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais de saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos” (OMS, 2003, p.7).

Segundo a OMS (2003), no Relatório Mundial sobre Cuidados Inovadores para Condições Crônicas, os sistemas de saúde de todo o mundo não apresentam um plano de gerenciamento das condições crônicas, e vem tratando os sintomas quando eles aparecem. Evidências de vários países sugerem que a atenção às condições crônicas requer tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, através da parceria entre usuários e familiares, equipes de assistência à saúde e pessoal de apoio da comunidade, com os recursos da comunidade de fato integrados ao processo de cuidados dos portadores de condições crônicas.

No Brasil, uma proposta de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) na ESF foi construída por Mendes (2011), a partir do Modelo de Atenção Crônica originado nos Estados Unidos, mas com modificações para adaptar ao SUS. O MACC foi citado no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Condições Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, mas ainda não está evidente nas Políticas que orientam as práticas na Atenção Básica. O que se nota, no entanto, é a continuidade dos problemas já evidenciados pela OMS em 2003, com um sistema de saúde organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos que não mais atende as necessidades de muitos usuários, sobretudo os que apresentam condições crônicas.

Em 21 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. As mudanças trazidas, no entanto, parecem não interferir de forma direta na atenção aos hipertensos e diabéticos. A Saúde da Família (SF) continua sendo a forma prioritária de organização da AB, mesmo abrindo possibilidades para expansão de unidades sem SF de caráter transitório para ESF. Ainda assim, a abordagem acerca dos sujeitos, famílias e território não mudou, com o processo de trabalho ligado à “adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma

a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe” (BRASIL, 2017, p.74). Em relação à atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, a nova PNAB destaca que a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis está estabelecida como ação de Vigilância em saúde na Atenção Básica.

A partir dos elementos teóricos apresentados como referencial, espera-se compreender como se desenvolve o processo de trabalho de enfermeiras das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA, identificando os sujeitos, objeto, instrumentos e finalidade do trabalho, e suas facilidades e fragilidades na execução dessa atenção.

3 METODOLOGIA

O conhecimento científico é resultado da articulação entre teoria e realidade empírica, e o método permite a abordagem da realidade a partir das perguntas do investigador (MINAYO, 2007). Neste item apresentaremos as características deste estudo, que nos levaram à análise e à compreensão do objeto. São apontados o tipo e o cenário do estudo, os participantes, as técnicas e instrumento de produção e análise de dados, além dos aspectos éticos da pesquisa.

3.1 Tipo de Estudo

Nesse estudo utilizou-se a abordagem qualitativa, pois esta permite trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais (DESLANDES; ASSIS, 2002), o que se estabeleceu como objeto a ser estudado.

3.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no município de Camaçari-BA. Este está situado na região metropolitana de Salvador, a 41 km da capital baiana, faz parte da Macrorregião Leste do Estado da Bahia, possui uma extensão territorial de aproximadamente 784.658 km², e população estimada de 292.074 habitantes (IBGE, 2016).

O município é dividido em dois distritos (orla e sede), e em oito regiões de saúde. A rede de serviços de saúde encontra-se distribuída nos níveis primário, secundário e terciário, conforme **Quadro 1**.

Quadro 1 - Estabelecimentos e serviços de saúde do município por níveis de atenção, Camaçari-BA, 2018.

Nível de atenção	Estabelecimentos e serviços de saúde
Atenção Primária	40 UBS (33 com Saúde da Família) 2 Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) Academia da Saúde
Atenção Secundária	03 Centros de Atenção Psicossial (CAPS) – CAPS II, CAPSad e CAPSi Centro de Referência de Especialidades em Saúde (CRES) Centro Especializado de Atendimento Social ao Usuário do SUS (CEASUS) Centro Multiprofissional de Reabilitação Física (CEMPRE) Centro de Oncologia (CEONC) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) Central de Regulação de Serviços de Saúde Unidade de Apoio às pessoas com Doença Falciforme (UNIFAL) Hospital Dia (com atendimento de especialidades) Laboratório Central de Camaçari
Atenção Terciária	Hospital Geral Estadual 05 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Fonte: Adaptado de Guia de Serviços de Interesse à Atenção Básica (CAMAÇARI, 2016a).

Com exceção da região IV, as demais possuem uma UBS de referência e três a cinco USF. Ao todo somam 40 UBS, sendo 33 delas com equipes de Saúde da Família, conforme descrito no **Quadro 2**.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão 2017, a cobertura estimada pela ESF no município em 2017 foi de 66,15% da população (CAMAÇARI, 2017). As 33 USF comportam 39 equipes de Saúde da Família, com profissionais vinculados diretamente ao município, e 13 equipes compostas por profissionais preceptores e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), concentradas na região IV, sendo que para estas, o parâmetro populacional de cobertura é menor, com cerca de 2.000 usuários cada equipe.

Quadro 2 – Distribuição de Unidades de Saúde por Distritos e Regiões de Saúde e número de equipes de Saúde da Família, Camaçari-BA, 2018.

	Regiões de Saúde	Unidades de Saúde	nº de equipes de SF
SEDE	Região I	UBS Gleba B	-
		USF Nova Vitória	3
		USF Ponto Certo	3
		USF Novo Horizonte	2
		USF Jardim Limoeiro	1
SEDE	Região II	UBS Camaçari de Dentro	-
		USF Buri Satuba	2
		USF Dois De Julho	1
		USF Lama Preta	1
SEDE	Região III	UBS Gravatá	-
		USF Gravatá	2
		USF Ficam I e II	1
		USF Santo Antonio	1
		USF Parque Florestal	2
SEDE	Região IV*	USF Nova Aliança	3
		USF Piaçaveira	3
		USF Phoc III	2
		USF Parque Das Mangabas	3
		USF Phoc Caic	2
SEDE	Região V	UBS Gleba E	-
		USF Parque Verde I	1
		USF Parque Verde II	1
		USF Verde Horizonte	2
		USF Parafuso	1
ORLA	Região VI	UBS Vila de Abrantes	-
		USF Catu de Abrantes	1
		USF Buri de Abrantes	1
		USF Fonte da Caixa	2
		USF Machadinho	1
		USF Cajazeiras de Abrantes	1
ORLA	Região VII	UBS Arembepe	-
		USF Jauá	1
		USF Pé de Areias	2
		USF Areias	1
		USF Fonte das Águas	2
ORLA	Região VIII	UBS Monte Gordo	-
		USF Barra do Pojuca	1
		USF Cachoeirinha	1
		USF Barra do Jacuípe	1
		USF Coqueiro de Monte Gordo	1

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2017, Secretaria de Saúde, Camaçari (CAMAÇARI, 2017).

Notas: Dados trabalhados pela autora.

*USF vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF. Parâmetro populacional menor: cerca de 2.000 pessoas por equipe.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuam nas regiões I e IV, sendo que nesta última, é composto por profissionais preceptores e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF.

Para a delimitação do campo de investigação propriamente dito, foram consultadas as Unidades de Saúde do município a respeito do desenvolvimento de atividades de atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes pelas enfermeiras. Do total de Unidades consultadas, seis constituíram o campo de investigação, distribuídas nos distritos e regiões de saúde conforme **Quadro 3**.

Quadro 3 – Distribuição de Unidades de Saúde que fizeram parte do campo de investigação, por Distritos e Regiões de Saúde.

Distrito	Região de Saúde	Quantidade de USF
Sede	Região I	2
	Região III	1
	Região IV	1
	Região V	1
Orla	Região VI	1

Fonte: Elaboração da autora.

3.3 Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram nove enfermeiras das USF já mencionadas. Os critérios de inclusão foram:

- Desenvolver atividades na USF há pelo menos seis meses, em função da necessidade de uma experiência mínima na USF de modo que pudesse descrever o processo de trabalho;
- Participar diretamente na assistência de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

O segundo critério foi definido pois no município de Camaçari há USF onde a enfermeira não desenvolve atividades direcionadas especificamente a usuários com hipertensão e/ou diabetes, por motivos diversos, entre os quais se destacam: população adscrita muito acima da capacidade técnica da equipe, equipe incompleta e falta de estrutura física.

Na ocasião da produção de dados, o município contava com 52 enfermeiras nas 33 USF, estando duas equipes sem enfermeiras. Das 52 enfermeiras, 38 receberam convite para participar do estudo; 16 responderam que não realizavam

atividades específicas com os usuários com hipertensão e/ou diabetes; seis responderam que não poderiam participar do estudo em função de férias, mudança de unidade, falta de tempo ou por estar passando por reestruturação da assistência; seis não responderam; dez enfermeiras aceitaram o convite, e no decorrer do estudo uma participante desistiu. Assim, o estudo foi realizado com nove enfermeiras, que estavam distribuídas em seis das USF, sendo duas enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O **Quadro 4** apresenta a caracterização das participantes deste estudo.

Quadro 4 – Caracterização das enfermeiras participantes do estudo.

Nº	Tempo de graduação	Pós-graduação	Tempo de atuação na ESF	Vínculo Empregatício
1	10 anos	Esp. Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família	10 anos	Servidora pública municipal
2	10 anos	Esp. em Emergência e Esp. em Enfermagem do Trabalho	7 anos	Servidora pública municipal
3	24 anos	Esp. em Saúde Pública e Esp. em Obstetrícia	16 anos	Servidora pública municipal
4	12 anos	Esp. em Enfermagem do Trabalho	12 anos	Servidora pública municipal
5	8 anos	Esp. em Obstetrícia e Esp. em Gerontologia	5 anos	Servidora pública municipal
6	10 anos	Esp. em Enfermagem do Trabalho	5 anos	Servidora pública municipal
7	11 anos	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	10 anos	Servidora pública municipal
8	1 ano	Residência Multiprofissional em Saúde da Família em curso	7 meses	Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF
9	1 ano	Residência Multiprofissional em Saúde da Família em curso	7 meses	Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF

Fonte: Elaboração da autora.

Podemos visualizar, portanto, que, com exceção das residentes, as demais enfermeiras tem mais de oito anos de graduação e possuem pós-graduação, mas apenas três são na área de Saúde Pública ou Saúde da Família.

No texto, as participantes foram identificadas por um número de 1 a 9, no intuito de respeitar o seu anonimato, conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Cabe destacar o envolvimento da pesquisadora com a realidade pesquisada, por ser enfermeira trabalhadora na Atenção Básica, que atua com usuários com

hipertensão e/ou diabetes. Há de se considerar essa condição como possível viés na discussão dos resultados obtidos.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Produção de Dados

A produção de dados se deu por meio de fontes primárias - entrevista semiestruturada e observação sistemática, e secundária - análise documental.

A entrevista consiste numa conversa entre dois ou mais interlocutores destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. A entrevista semi-estruturada parte de questionamentos previamente construídos, de acordo com a questão de pesquisa, e permite que a partir das respostas das entrevistadas surjam novas indagações e inquietações, enriquecendo a investigação (TRIVINÓS, 1987).

A entrevista foi realizada em dia e horários previamente agendados, em local conveniente à profissional entrevistada, tendo sido gravada após permissão da entrevistada, e guiada por um roteiro (APÊNDICE A), contendo informações a respeito de: atividades desenvolvidas na atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes, elementos do processo de trabalho das enfermeiras, facilidades e fragilidades encontradas. Segundo Minayo (2007), roteiro de entrevista é uma lista de temas que contemplem o objeto de investigação, e que permitem a operacionalização da abordagem do ponto de vista dos entrevistados. O tempo médio das entrevistas foi de 12 minutos.

A observação sistemática segue um roteiro de tópicos a serem observados, formulados segundo os temas que constituem o objeto da investigação (MINAYO, 2007). Guiadas por um roteiro (APÊNDICE B) e registradas em um diário de campo, foram observadas quatro atividades realizadas por enfermeiras junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos:

- I. Consulta individual a usuária com diabetes para avaliação dos pés;
- II. Atividade em grupo de práticas corporais, conduzida pela equipe do NASF e enfermeira da USF, destinada a todos os usuários da unidade que quisessem participar, com presença majoritária de usuários com hipertensão e/ou diabetes;
- III. Atividade educativa em grupo com usuários com hipertensão e/ou diabetes;

IV. Consulta individual a usuária com hipertensão.

A observação de uma visita domiciliar a um usuário com hipertensão e diabetes foi agendada, mas a mesma não aconteceu por falta de carro da prefeitura para transportar os profissionais da equipe.

A análise documental foi norteada por uma matriz (APÊNDICE C), e os documentos analisados foram:

1. Portaria municipal nº 034/2016 da Secretaria de Saúde do Município de Camaçari (CAMAÇARI, 2016b), que institui e normatiza a prescrição de medicamentos, a solicitação e realização de exames complementares e os encaminhamentos na rede de atenção pelas enfermeiras que atuam no âmbito dos programas de saúde pública implantados no Município;
2. Plano Municipal de Saúde do município de Camaçari, 2014-2017;
3. Relatório Anual de Gestão de 2016 do município de Camaçari (CAMAÇARI, 2016c);
4. CAB nº 35 - *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica* (BRASIL, 2014b);
5. CAB nº 36 - *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus* (BRASIL, 2013c);
6. CAB nº 37 - *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial* (BRASIL, 2013b).
7. Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017);
8. Livro de registro de consulta coletiva.

Os CAB são materiais produzidos por técnicos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com o objetivo de orientar os profissionais de saúde quanto as práticas de atenção à saúde na Atenção Básica, com diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de saúde. Apesar disso, não se pode desconsiderar que a produção desses materiais sofre influência de outras políticas e da conjuntura política do momento.

Os documentos foram referidos no texto pelo termo Documento, acompanhado do número correspondente (exemplo: Documento 1).

3.5 Plano de Análise de Dados

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, desenvolvida por Bardin (2009 [1977]), adaptada por Minayo (2007) para pesquisas qualitativas. Segundo Minayo (2007, p. 316):

fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico. [...] Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

Na fase de **pré-análise** foi realizada a transcrição das falas e a leitura do material empírico, com destaque de trechos significativos, baseado nas questões do estudo.

Na fase de **exploração do material** realizou-se a classificação dos dados nas unidades de registro, a partir dos seguintes núcleos de sentido: ações de atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF; elementos do processo de trabalho na atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes na ESF; facilidades; e fragilidades. As entrevistas foram recortadas a partir dos núcleos de sentido, conforme **Quadro 5**.

Quadro 5 – Síntese das entrevistas realizadas no estudo.

NÚCLEOS DE SENTIDO	E1¹	[...]	E9	SÍNTESE HORIZONTAL²
Ações de atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF				
Elementos do processo de trabalho na atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes na ESF				
- Sujeito				
- Objeto				
- Instrumentos				
- Finalidade				
Facilidades				
Fragilidades				
SÍNTESE VERTICAL³				

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: 1 – Entrevistada; 2 – A síntese horizontal se refere à síntese geral de cada núcleo de sentido; 3 - A síntese vertical se refere à síntese geral de cada entrevistado sobre o objeto do estudo.

Por fim, na última fase, a **análise final**, foi realizada a triangulação dos dados (entrevistas, observações e análise documental), o tratamento e a interpretação dos resultados, sempre fundamentado no referencial teórico do estudo, chegando então às três categorias analíticas:

Categoria 1: Práticas de atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes;

Categoria 2: Elementos do processo de trabalho das enfermeiras;

Categoria 3: Facilidades e fragilidades encontradas pelas enfermeiras na atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

3.6 Aspectos Éticos

Partindo do pressuposto de que a ética deve permear todo o processo de pesquisa, este estudo seguiu os preceitos recomendados pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

A produção de dados somente foi iniciada após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob CAAE nº 70656717.0.0000.0053.

Antes da coleta dos dados foram dados às participantes esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos, processo e importância, o anonimato, a confidencialidade das informações e a permissão para desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização. Os riscos potenciais do estudo, relacionados a possíveis constrangimentos em decorrência dos questionamentos e observação das atividades, foram minimizados pela busca do estabelecimento de uma relação de acolhimento e confiança entre entrevistadora e entrevistada.

Depois dos esclarecimentos, as enfermeiras assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), e só então prosseguimos à entrevista e observação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao estudar o processo de trabalho de enfermeiras na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF, com base no referencial já mencionado (MENDES-GONÇALVES, 1992), teve-se a oportunidade de conhecer a prática desenvolvida pelas enfermeiras e sua compreensão acerca dos elementos do seu processo de trabalho. A análise desses dados consta neste capítulo, organizado em três eixos, conforme categorias analíticas:

Categoria 1: Práticas de atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes;

Categoria 2: Elementos do processo de trabalho das enfermeiras;

Categoria 3: Facilidades e fragilidades encontradas pelas enfermeiras na atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

4.1 Práticas de Atenção à Saúde aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes

A atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes na Atenção Básica compreende uma série de atividades, fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses usuários, para os quais o resultado esperado, além do controle e tratamento da doença, é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

Nesse sentido, faz-se importante ressaltar o elevado número de enfermeiras que manifestaram não realizar atividades específicas com os usuários com hipertensão e/ou diabetes, sendo 16 entre as 38 enfermeiras que receberam convite para participar do estudo. Essa situação, por si só, já revela uma constatação preocupante, uma vez que a ESF, adotada como política prioritária da atenção básica, por compreender as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das DCNT exige (BRASIL, 2006a), não vem executando sua função como prevê as políticas orientadoras.

De outro lado, as condições que se apresentam para as equipes de saúde do município certamente influenciam de forma negativa no desenvolvimento do processo de trabalho, como população adscrita muito acima da capacidade técnica da equipe,

equipe incompleta ou insuficiente, e estrutura física inadequada das Unidades de Saúde.

A análise dos dados permitiu identificar diversas ações realizadas pelas enfermeiras. A principal delas, destacada em todas as falas e percebida também durante a observação, é a consulta de enfermagem. Outras atividades também foram relatadas, a exemplo de atividades educativas, acolhimento, renovação de receitas, consulta compartilhada (realizada por mais de um profissional a um usuário), consulta coletiva (realizada por um ou mais profissionais a um grupo de usuários), discussão de casos terapêuticos e visita domiciliar, conforme podem ser identificadas nas falas seguintes:

[Fazemos] consultas individuais e atividades educativas pontuais [...] em datas comemorativas ou que julgemos necessário [...], interconsulta nos casos que a gente julgue especiais, discussão de casos terapêuticos nas reuniões de equipe (E 1).

No momento a gente está fazendo só acolhimento e consulta de enfermagem pra hipertenso e diabético. O paciente chega, a gente vê qual necessidade, que a maioria vem pra renovar receita, esclarecer sobre exame, então a gente acolhe, o que for pra renovar receita a gente vem, pega o prontuário, olha, aí passa pra médica (E 3).

A gente tem o que a gente chama de consulta coletiva, [...] em que cada equipe fica responsável cada semana, [...] participa médico, enfermeiro, dentista. [...] A gente dispara um tema, faz uma consulta individual rápida com cada um, realiza troca das receitas. Tem visita, quando a gente identifica [a necessidade] a gente marca consulta em domicílio, pra ver de que forma a gente pode ajudar (E 8).

De modo geral, percebe-se a focalização da consulta de enfermagem na prescrição, e portanto no medicamento, tanto pelo usuário quanto pela profissional, e a subordinação do trabalho da enfermeira no profissional médico, revelando o predomínio do modelo assistencial biomédico. Nessa perspectiva, cabe sinalizar o quanto a prática das enfermeiras atende esse modelo, já que se configuram como “força de trabalho numerosa e qualificada para assegurar a continuidade da atenção e a implementação das ordens médicas”, em resposta ao aprofundamento histórico da divisão técnica do trabalho médico (MELO *et al.*, 2016).

Vale destacar a prática de “uma consulta individual rápida”, mencionada pela entrevistada 8, que nos leva a refletir que as particularidades dos indivíduos, demandas e necessidades dos usuários podem não estar orientando o processo de trabalho dessas profissionais.

De todo modo, é importante considerar que o trabalho das equipes envolve uma grande demanda de usuários diariamente nas unidades, e portanto é necessário servir-se de estratégias que envolvam aspectos resolutivos de cuidado e de condutas, ao mesmo tempo em que se busca desenvolver os aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho (BRASIL, 2013).

A análise documental permitiu constatar que a renovação de receitas, referida pelas entrevistadas 3 e 8, é uma atividade prevista pela Portaria Municipal de Camaçari nº 034/2016 (Documento 1), que indica que, se não for identificada necessidade de reavaliação dos medicamentos, a enfermeira deve seguir a prescrição médica anterior realizando a renovação da receita (CAMAÇARI, 2016b). A despeito disso, nota-se que ainda há desconhecimento do teor dessa portaria municipal por parte de enfermeiras, o que pode ser constatado na seguinte fala:

[...] a médica renova porque a gente não pode... o paciente chegava, fazia a consulta, [...] a gente mantinha a receita, mas ela que carimbava, eu levantava pra ela carimbar, não transcrevia (E 3).

A análise dos CAB também permitiu identificar que há especificações sobre as consultas de enfermagem na atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes, conforme **Quadro 6**.

Quadro 6 - Recomendações dos Cadernos de Atenção Básica para consultas de enfermagem na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Documento	Recomendações
<p>CAB 36 – 2013 (Documento 5)</p>	<p>Recomenda consulta de rastreamento pela enfermeira, com consulta médica posterior, se suspeita diagnóstica. Os objetivos da consulta de rastreamento são: conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC); identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.</p> <p>Orienta consulta de enfermagem para pessoa com maior risco para desenvolver DM2, abordando fatores de risco, estratificação de risco cardiovascular e orientações sobre Mudanças do Estilo de Vida (MEV), com avaliação do potencial para o autocuidado e estímulo e auxílio para a pessoa desenvolver seu plano de autocuidado.</p> <p>Orienta consulta de enfermagem para acompanhamento de pessoa com DM, com utilização da SAE, e voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado.</p>

Quadro 6 - Recomendações dos Cadernos de Atenção Básica para consultas de enfermagem na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes (continuação).

Documento	Recomendações
CAB 37 – 2013 (Documento 6)	<p>Orienta consulta de enfermagem para acompanhamento da pessoa com HAS, com utilização da SAE, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado.</p> <p>Orienta consulta de enfermagem para pessoas com PA limítrofe: caso haja fatores de risco, realizar estratificação de risco (por escore de Framingham); se não tiver fatores de risco, orientar MEV; se existir HAS, encaminha para o médico. A consulta de enfermagem para pessoas com pressão arterial limítrofe tem o objetivo de trabalhar o processo de educação em saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida.</p>

Fonte: Elaboração da autora, a partir de Brasil (2013b; 2013c).

Assim como constatado nesta pesquisa, outros estudos acerca da consulta de enfermagem a usuários com hipertensão e/ou diabetes, mostraram que essa atividade vem sendo executada de forma diferente do que é preconizado nos documentos que orientam a prática na AB, com forte influência do modelo assistencial biomédico, curativo e individual. Maciel e Araújo (2003) identificaram que a consulta de enfermagem era realizada de forma muito centrada na consulta médica, e as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras restringiam-se à anamnese, exame físico sumário e orientações sobre dieta, medicamentos, caminhadas e uso de chás, com predomínio do atendimento individual, sem considerar a família e abordagens grupais.

Já Felipei, Abreu e Moreira (2008) constataram que a consulta de enfermagem era realizada conforme as queixas apresentadas pelos usuários; que a SAE, apesar de se mostrar importante, não era executada em suas diversas fases do processo de enfermagem; e que havia falta de conhecimento técnico para a realização de exame físico pelas enfermeiras, principalmente quanto às auscultas cardíaca e pulmonar e à palpação das carótidas e dos pulsos periféricos.

Ao referirem a consulta de enfermagem, as enfermeiras revelaram, de modo geral, uma realidade de baixos números de consultas realizadas na AB do município. Como possível motivo para tal, a baixa adesão dos usuários às consultas de enfermagem foi destacada nas falas:

A minha consulta de enfermagem ainda tem mais um pouquinho [de adesão] porque o meu médico deixa escrito no papelzinho que é pra agendar a consulta comigo e bota a data. [...] Então os meus ainda vem um pouquinho, mas é por conta disso, por causa do médico (E 5).

Em alguns momentos a gente até abriu a agenda, num tempo de três meses pra garantir esse retorno, mas o fluxo não andou. Quando acontece, são pacientes que tentaram acesso ao médico, o médico recusou, e acabou conseguindo consulta de enfermagem, passando pela gente, e a grande

maioria eu não consigo resolver, porque são coisas que fogem de nossa competência de enfermeiro (E 6).

Além da baixa adesão, a entrevistada 5 também evidencia a posição de passividade que a enfermeira ocupa no processo de trabalho para a atenção à saúde dos usuários, uma vez que associa a existência da adesão à consulta de enfermagem, ainda que pequena, à atitude do médico da equipe, tornando-se alheia ao processo de mudança da realidade.

De modo complementar, existe uma compreensão da consulta de enfermagem como uma alternativa, quando não se consegue agendar uma consulta médica, expressa pela entrevistada 6. Isso revela uma supervalorização da consulta médica pelo usuário, reflexo do desenvolvimento histórico das profissões de saúde, que foram se conformando de modo subordinado à prática médica, num processo de consolidação do modelo biomédico.

Cenário semelhante a este foi evidenciado no estudo de Radigonda e colaboradores (2016), realizado em Cambé-PR, em 2012, que constatou cobertura de consulta de enfermagem em nível crítico, com apenas 1,5% dos prontuários dos indivíduos com pelo menos um registro dessa atividade durante 12 meses. Os motivos para tal, no entanto, não foram investigados no estudo.

De modo complementar, o estudo de Santos e colaboradores (2008), acerca da percepção da enfermeira sobre a realização da consulta de enfermagem na prática dos serviços de atenção básica, mostrou que a consulta de enfermagem é realizada de forma limitada, sendo apontadas dificuldades como excesso de atividades administrativas, alta demanda de usuários dos serviços de atenção básica, descrença da população na enfermeira, e deficiências na estrutura física da unidade de saúde e no entrosamento da equipe. Vale ressaltar, no entanto, que as atividades administrativas são elementos intrínsecos do trabalho da enfermeira, que compreendem seu componente gerencial, o que nos faz refletir sobre o não reconhecimento por essa profissional da natureza do próprio trabalho.

Em relação à realização de atividades educativas, cabe ressaltar que foram mencionadas atividades pontuais ou temas que emergiram na consulta coletiva, mas nenhuma atividade periódica com um grupo de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Resultado semelhante foi obtido no estudo de Santos (2010), que, ao investigar o processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial, em oito USF de Jequié-BA, identificou

que as atividades educativas se limitavam ao repasse de orientações pontuais que não favoreciam a interação entre profissionais e usuários. Esse cenário se contrapõe ao que se espera da AB, uma vez que a mudança consciente para atuar frente às ações na promoção da saúde ocorre com a participação efetiva do usuário/família nos meios de produção de conhecimentos e de habilidades (WEYKAMP *et al.*, 2015).

Nas falas foi referido grupo de práticas corporais e Academia da Saúde, ambos realizados pelo NASF, sendo atividade não específica para usuários com hipertensão e/ou diabetes. Alguns motivos para a não realização de atividades regulares de grupo foram expostos, como podemos ver adiante:

Existem as dificuldades de parar pra poder fazer grupo, ou achar que o hiperdia não é o principal foco, que é, tipo, grupo de gestante, esse tipo de coisa (E 2).

[...] uma falha da equipe, eu acho, e da unidade como um todo, porque se a gente for ver mesmo, tem espaço e é pra gente fazer, e é algo que depende da gente (E 4).

A gente tá pensando agora em fazer, em retomar os grupos, em função dessa liminar médica [liminar que suspendeu a solicitação de exames e realização de diagnósticos pela enfermeira na Atenção Básica], a gente vai retomar mais as atividades educativas (E 5).

As falas das entrevistadas 2 e 4 revelam as dificuldades da própria equipe em organizar seu processo de trabalho de modo que contemple a realização de atividades de grupo, mesmo havendo estrutura física para tal, ou até de reconhecer a importância dessa atividade para o público de usuários com hipertensão e diabetes.

A liminar referida pela entrevistada 5 trata-se da decisão da Justiça Federal do Distrito Federal, de 27 de setembro de 2017, que suspendeu parcialmente os efeitos da Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, ainda vigente naquele momento, proibindo enfermeiras de solicitar exames e realizar diagnósticos. A liminar foi concedida em ação movida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) contra a União Federal, sob alegação de preservar as atribuições privativas dos médicos e garantir que usuários não fossem colocados em risco.

Na prática tal liminar levou à suspensão de várias atividades realizadas pelas enfermeiras nas unidades de AB, especialmente as consultas individuais e a realização da coleta para o exame preventivo do câncer cérvico-uterino, ameaçando a efetividade de programas de assistência consolidados na Atenção Básica. De modo geral, as enfermeiras discordaram da decisão liminar, por significar limitações em seu trabalho. Apesar disso, houve um grupo que acreditava que seria o momento de

demonstrar o valor do trabalho da enfermeira, já que muitas ações nas unidades precisaram ser interrompidas. Nesse sentido, a entrevistada 5 refere a retomada dos grupos, já que não haveria mais a grande demanda de atendimentos como ocorria antes da liminar. Mas o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) entrou com recurso contrapondo a liminar, que foi suspensa pelo Tribunal Regional Federal (TRF) da 1ª região, em 17 de outubro do mesmo ano.

Ainda na análise das práticas de atenção à saúde dos usuários, foi possível apreender sobre a definição de agendamento de consulta médica ou de enfermagem. Tal compreensão pode ser observada nas seguintes falas:

Os que estão mais compensados, a gente tenta colocar o retorno pra consulta de enfermagem, pra reforçar orientação, e os que estão descompensados, a gente garante realmente consulta médica, pra readequação da terapia medicamentosa (E 1).

Pacientes descompensados marca logo no acolhimento pro médico e pacientes compensados, a gente pede que eles façam no mínimo duas consultas médicas por ano e as demais com as enfermeiras (E 2).

As falas revelam o uso da condição clínica do usuário para definir com qual profissional, médico ou enfermeira, deve ser a próxima consulta, o que estaria coerente com as recomendações técnicas. Não há, porém, uma definição clara sobre o que é considerado compensado e descompensado, nem há periodicidade estabelecida.

A respeito da periodicidade de consultas médicas ou de enfermagem, podemos constatar no **Quadro 7** o que os documentos analisados recomendam, sendo a classificação de risco cardiovascular definidora da periodicidade das consultas. Apesar disso, esse aspecto não foi mencionado por nenhuma entrevistada. Nessa perspectiva, a prática relatada pelas entrevistadas e observada nas atividades, contraria aquilo que está determinado como normativa nacional e municipal. Tais documentos podem apresentar alguns aspectos de fragilidade que merecem mais estudos e definições, mas existem como orientadores da prática na AB, e, portanto, devem ser considerados. De todo modo, apenas prescrevem como o serviço vai funcionar, mas a forma que ele toma é definida pelas atividades dos sujeitos, que se movem a partir de seus desejos, por sua vez definidos pela sua trajetória de vida, histórica e socialmente produzida.

Quadro 7 - Recomendações dos documentos acerca da periodicidade das consultas médicas ou de enfermagem na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Documento	Recomendações
Portaria Municipal de Camaçari nº 034/2016 (Documento 1)	Define que o enfermeiro deverá realizar consultas intercaladas com a consulta médica, segundo classificação de risco e protocolos nacionais e/ou instituídos pela Secretaria de Saúde.
CAB 37 (Documento 6)	Sugere consultas médicas mensais até atingir o nível pressórico desejado, e depois, consultas preferencialmente intercaladas, com médico e enfermeira, com periodicidade definida pelo risco cardiovascular e necessidades individuais.

Fonte: Elaboração da autora, a partir de Brasil (2013b) e Camaçari (2016b).

Outra característica da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes identificada na análise dos dados, foi o registro em livro específico, e o controle da adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes às consultas na USF pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o intuito de coordenação desse acompanhamento, o que pode ser constatado nas falas a seguir:

A gente tem um livro de consulta coletiva. A gente faz todos esses registros, e normalmente traz pra dentro da reunião de equipe pra poder discutir (E 8).

No caso dos pacientes que moram em área coberta, existe o cadastro e esse acompanhamento por parte do ACS. Existe essa cobrança pra que se agende a consulta e se faça esse acompanhamento pelo médico, pelo menos uma vez no ano, ou duas vezes, a depender da necessidade, do controle da hipertensão e do diabetes (E 4).

A gente sentiu necessidade de ter um instrumento com os ACS. [...] Dentro dessa ficha, a gente tem um campo onde tem o número de hipertensos e diabéticos que o ACS possui, e quantos deles estão em consulta em dia e por quê não vieram pra consulta caso seja faltoso (E 5).

A entrevistada 8 indica que o livro de registro da consulta coletiva é discutido em reunião de equipe. A análise desse livro (Documento 8), porém, permitiu inferir que os dados registrados (nome, cartão SUS, endereço, medidas antropométricas, medida da pressão arterial e glicemia e previsão de retorno) não parecem oferecer subsídios para o acompanhamento periódico dos usuários atendidos, o livro apenas permite o registro dos atendimentos do dia.

O Relatório Anual de Gestão de 2016 (Documento 3) destaca que o município estava naquele ano em fase de implementação do acompanhamento do Programa Hiperdia através do Livro de Acompanhamento do Adulto, o que em tese melhoraria o acompanhamento destes usuários e possibilitaria um melhor planejamento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde (CAMAÇARI, 2016c). Mas esse livro de consultas coletivas mencionado pela entrevistada, e analisado como documento,

não se trata do Livro de Acompanhamento do Adulto que estaria sendo implementado em 2016.

Numa outra perspectiva, pode-se perceber pelas falas das entrevistadas 4 e 5 que a função de acompanhar a frequência nas consultas e identificar faltosos fica a cargo unicamente dos ACS. Os documentos analisados não mencionam especificamente como deve ser o acompanhamento da frequência e presença dos usuários nas consultas. O CAB 35 (Documento 4) apenas destaca que a enfermeira tem a função diferenciada de realizar a gestão de casos, reunindo e coordenando a equipe multidisciplinar para a análise da situação, a elaboração do plano de cuidados, o acompanhamento e a avaliação (BRASIL, 2014b). É possível compreender que tais funções correspondem à dimensão gerencial do processo de trabalho da enfermeira, e a análise das falas evidencia, portanto, o não reconhecimento e conseqüente supressão de tal componente nas práticas das enfermeiras.

Importante destacar que práticas de ações intersetoriais, de envolvimento da comunidade e de plano terapêutico singular não foram citadas pelas entrevistadas, revelando fragilidades no processo de trabalho das enfermeiras na ESF, por não compreender práticas com reconhecida importância pelas políticas orientadoras.

Diante do exposto até aqui, podemos inferir que, em Camaçari, as práticas de atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes nas USF são focadas na realização de consultas individuais, sem critérios estabelecidos para periodicidade de consultas médicas e de enfermagem, e com dificuldades para a adesão dos usuários às consultas de enfermagem. Ademais, depreendemos que as atividades educativas, quando realizadas, limitam-se a momentos pontuais, sem a perspectiva de continuidade em grupos, e os registros não permitem o acompanhamento sistematizado dos usuários. Decerto, esse cenário não corresponde ao que os documentos recomendam, refletindo no desalinhamento com a proposta de ESF.

4.2 Elementos do Processo de Trabalho das Enfermeiras

Nesse estudo, adotamos o referencial de Mendes-Gonçalves (1992) para a compreensão dos elementos do processo de trabalho: sujeito, objeto, instrumentos e finalidade.

Os dados analisados permitem compreender que algumas enfermeiras consideram como sujeito do processo de trabalho: a equipe de saúde, a gestão, ou a

si mesma como sujeito único do seu processo de trabalho. Outras enfermeiras, de modo diferente, consideram que os sujeitos são os profissionais de saúde da equipe e os usuários. Tal compreensão pode ser verificada nas seguintes falas:

O profissional e o paciente, porque a gente não consegue fazer tudo se o paciente não tem o desejo de fazer [...]. Mas a gente só tem esse retorno se o paciente tem vontade de ser ajudado (E 5).

Acho que são os profissionais. A população também participa de todo o processo, principalmente na consulta coletiva, que a gente traz a questão de educação em saúde. Eles são bem participantes (E 8).

Os usuários e os profissionais de saúde que fazem as consultas com os usuários, no caso eu, o médico, a dentista, os ACS, que tem que fazer essa visita na comunidade, pra saber quem é o hipertenso, o diabético, todo mundo, a triagem, a recepcionista que faz as marcações... (E 9).

Essas falas coadunam com a ideia de Merhy (2002), que defende que o processo de trabalho em saúde tem dois sujeitos, o agente produtor e o agente consumidor, que nesse caso seriam os profissionais de saúde e os usuários, respectivamente, como citados pelas entrevistadas. Nessa perspectiva, o agente consumidor, em algum momento torna-se objeto do agente produtor, mas não deixa de por, em ato, suas intencionalidades, conhecimentos e representações, que se expressam em suas necessidades de saúde apresentadas.

De modo complementar, a fala da entrevistada 5 se relaciona com o pensamento de Nogueira (1997), ao destacar que o processo de trabalho em saúde é realizado sobre pessoas, e, portanto, tem como base uma interrelação pessoal forte e decisiva para a própria eficácia da ação, já que o consumidor contribui no processo de trabalho de forma ativa, responsabilizando-se também pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica.

Por outro lado, foi possível identificar que essa compreensão do usuário como sujeito do processo de trabalho foi posta em dúvida, como pode ser visto no fragmento abaixo:

[...] a validade da receita faz com que esse usuário volte no período que a gente acha interessante que ele retorne (E 1).

A forma como esse sujeito lida com o usuário reflete muito a forma como ele compreende o outro e o objeto de seu processo de trabalho. A tentativa de fazer o usuário retornar para o acompanhamento na unidade pela necessidade de uma nova receita para garantir as medicações em uso, revela a existência de relações entre profissionais e usuários onde impera o saber e as ordens daqueles sobre o modo de

vida desses, a despeito da dimensão dialógica que deve existir na AB, com participação do usuário como sujeito do seu cuidado e decisões negociadas.

Esse aspecto também foi observado durante consultas realizadas por enfermeiras a usuárias com hipertensão e diabetes. As profissionais utilizaram perguntas diretas com julgamento dos cuidados realizados pelas usuárias, e orientações imperativas sobre o *como fazer*. Nesse sentido, nota-se as profissionais como protagonistas do processo, e, portanto, como sujeito, estando as usuárias como meras expectadoras.

Vale ressaltar que se nota uma concepção restrita de educação em saúde, evidenciada pela entrevistada 8, que utiliza tal expressão como sinônimo de atividade educativa. Segundo o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BRASIL, 2009, p. 22), o termo *educação em saúde* corresponde a “um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades”. Além disso, potencializa o exercício do controle social sobre políticas e serviços de saúde e contribui para o incentivo à gestão social da saúde. Compreende, portanto, muito mais que atividades educativas, pois se refere a uma abordagem crítico-reflexiva da realidade, para propor ações transformadoras.

A concepção revelada pela entrevistada se relaciona com outro termo, o de *educação para a saúde*. Segundo Falkenberg e colaboradores (2014), esse termo compreende uma concepção mais verticalizada dos métodos e práticas educativas, na qual os profissionais de saúde buscam ensinar uma população o que precisa ser feito para a mudança de hábitos de vida, visando alcançar a melhoria da saúde individual e coletiva. Essa abordagem foi identificada em atividade educativa observada, destinada a um grupo de hipertensos e diabéticos, que teve como metodologia discussão do tema direcionado por perguntas trazidas pela equipe. Apesar de haver espaço para o usuário falar sobre seu conhecimento prévio, sua experiência e suas dúvidas, o intuito era ensinar, através da explicação da resposta correta, o que deveria ser feito para o cuidado à saúde. Logo, é possível inferir que acontece nas unidades investigadas ações de *educação para a saúde*, ao invés de *educação em saúde*.

Cabe reiterar que não há uma divergência de conceitos e definições acerca do sujeito do processo de trabalho em saúde, apenas diferentes perspectivas. Mendes-Gonçalves (1992) analisou o processo de trabalho em saúde na perspectiva do

trabalhador da saúde como sujeito, contrapondo seus conceitos à lógica do trabalho mecânico. Assim, compreendeu o sujeito como aquele que se apropria e organiza o processo de trabalho, cuja ação incide sobre um objeto, delimitado a partir de seu olhar e sua intencionalidade. Merhy (2002), por sua vez, apresenta sua análise do processo de trabalho em saúde sob a lógica do agente produtor e consumidor, definindo, portanto, dois sujeitos. Dessa forma, os conceitos e concepções se complementam na análise do processo de trabalho em saúde.

Ao analisar os documentos, é possível compreender que a definição de sujeito constante nos CAB (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; BRASIL, 2014b) é distinta daquelas trazidas por Mendes-Gonçalves (1992) e Merhy (2002). Percebe-se nos CAB a opção pela expressão “processo de cuidado”, e não “processo de trabalho”. Nesse sentido, não referem sujeito do processo de trabalho, mas sim, sujeito do cuidado à saúde, apresentando o usuário como sujeito ativo, defendendo o princípio fundamental da prática centrada na pessoa, usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo.

A respeito do objeto do processo de trabalho das enfermeiras, a análise permite inferir que o mesmo compreende principalmente o usuário/paciente, com foco no que ele apresenta como demanda. Isso é evidente nas seguintes falas:

O paciente, o objeto é ele...a atividade que eu vou desenvolver é em função dele, do que for apresentado [por ele] (E 3).

Eu acho que é o planejamento das atividades que a gente faz, [...] a partir da demanda que a unidade traz, que os agentes comunitários trazem, a gente consegue trazer pra dentro da reunião de equipe e definir de que forma a gente pode traçar algumas estratégias [...], pra ver de que forma a gente consegue atender a população (E 8).

Esse pensamento corrobora com as ideias de Pedduzi e Schraiber (2006), que definem objeto de trabalho no processo de trabalho em saúde como as necessidades humanas de saúde, então manifestadas pelo sujeito. Mendes-Gonçalves (1992) afirma que o objeto de trabalho não é um objeto natural, mas um aspecto da realidade recortado pelo sujeito que possui um projeto de transformação. De acordo com as falas das entrevistadas, esse recorte é justamente aquilo que é apresentado como demanda pelos usuários.

Apesar disso, foi possível constatar uma contradição em relação à compreensão do objeto, evidente no fragmento abaixo:

[...] eu acho que a gente ter a educação permanente de uma maneira mais sistematizada, faz com que a gente tenha um maior conhecimento e volte de novo o olhar pra aquela doença de uma maneira mais atenciosa (E 1).

Percebe-se uma preocupação da entrevistada em “voltar o olhar para a doença”, e não para o usuário e suas necessidades, como referido anteriormente, evidenciando uma prática assistencial que tem como objeto a doença.

Outra contradição também foi observada durante uma consulta realizada por uma enfermeira a uma usuária hipertensa e diabética para avaliação dos pés. A profissional não valorizou o fato da usuária ter dito que não estava usando as medicações prescritas, mesmo apresentando valor alto da glicemia capilar no momento, uma vez que a consulta seria apenas para avaliação e orientação dos cuidados com os pés. Nesse sentido, além do olhar segmentado da profissional, nota-se que aquilo que se apresenta como necessidade no momento não foi considerada como objeto de trabalho.

Nos documentos analisados também identificamos a abordagem das necessidades e demandas dos usuários como foco ou base para a realização das ações de AB, como disposto no **Quadro 8**.

É possível inferir, portanto, que esses documentos apresentam as necessidades e demandas de saúde dos usuários como o objeto de trabalho da atenção à saúde na Atenção Básica, cabendo aqui a diferenciação entre os dois conceitos.

Quadro 8 – Definições dos documentos acerca das necessidades e demandas dos usuários na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Documento	Definições
Portaria Municipal de Camaçari nº 034/2016 (Documento 1)	Afirma que a atenção básica está próxima do dia a dia das pessoas e comunidades, usando tecnologias de cuidado complexas e variadas, e tendo como foco as necessidades de saúde de maior relevância do território.
CAB 35 – 2014 (Documento 4)	Defende uma atenção à saúde baseada nas necessidades de saúde ou problemas de saúde do usuário, e aborda programação da assistência conforme a necessidade da população.
CAB 37 – 2013 (Documento 6)	Aborda necessidades de cuidado como foco nas necessidades, problemas e preocupações da pessoa.
Nova PNAB – 2017 (Documento 7)	Afirma que a Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território.

Fonte: Elaboração da autora, a partir de Camaçari (2016b) e Brasil (2013b; 2014b; 2017).

A demanda por um bem ou serviço pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que a pessoa deseja consumir em um determinado período de tempo, ou seja, está diretamente relacionado à noção de desejo, liberdade e autonomia da pessoa segundo suas preferências. Já a necessidade de saúde está relacionada àquilo que deve fundamentalmente ser satisfeito, mesmo o indivíduo não tendo consciência dessa necessidade, o que pode depender, portanto, da avaliação e julgamento dos profissionais de saúde. Ambos os conceitos expressam dimensões sociais e políticas que variam historicamente segundo as formas de produção econômica da produção (IUNES, 1995).

Outras entrevistadas trazem também como objeto de trabalho o cuidado, a prevenção, a promoção da saúde, o autocuidado do paciente, e a educação em saúde, o que pode ser identificado nos seguintes trechos:

O objeto é o cuidado, a questão da promoção, todas as ações que visem promover, pra que esses fatores de risco não sejam tão acentuados (E 4).

Eu acho que é o autocuidado do paciente, a visão dele com a doença dele, o que ele enxerga do problema de saúde dele (E 7).

Onde eu estou que é na Saúde da Família, eu acredito que o objeto maior é a educação em saúde, [...] porque o paciente, usuário, ele vai precisar conhecer da sua saúde, e muitas vezes tem outros fatores interligados a diabetes e a hipertensão, que não são só os fisiológicos, e que podem melhorar a qualidade de vida deles (E 9).

A análise dos dados evidencia uma diversidade de objetos referidos pelas enfermeiras, mas vale ressaltar que todos os objetos referidos são relacionados a ações assistenciais e procedimentos técnicos, não sendo mencionados objetos relacionados ao processo de trabalho gerencial que a enfermeira assume nas Unidades de Saúde.

Essa constatação permite duas inferências acerca do cenário apresentado. A primeira é que as enfermeiras não demonstraram reconhecer a dimensão gerencial de seu trabalho, já que, como afirma Leal (2016), se não há o reconhecimento da natureza gerencial do seu trabalho, a enfermeira não identifica os objetos dessa dimensão do seu processo de trabalho. A segunda inferência possível é que as enfermeiras de fato não estão executando a dimensão gerencial na atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, no sentido de realizar sua coordenação e acompanhamento. Nessa perspectiva, nota-se coerência entre os objetos do processo de trabalho elencados e a atividade realizada mais destacada nas falas, a consulta de enfermagem, ação essencialmente assistencial.

A análise ainda mostra que as enfermeiras consideram como instrumentos do processo de trabalho as atividades educativas, as consultas individuais, as consultas coletivas, o acolhimento, o conhecimento, livros de registro, prontuário, cartão de pressão arterial e glicemia e materiais impressos, com destaque para as atividades educativas, como pode ser verificado nas falas seguintes:

A parte educativa, é mais o falar mesmo, ou com utilização de alguns materiais impressos [...]. [Para registro] tem aquele livro verde dos hipertensos e diabéticos. Não estamos utilizando como deveria não, mas existe (E 2).

Consulta de enfermagem [...], e tá promovendo questões como atividades, atividade física, estimulando a dieta saudável, né, pra que assim a gente tenha um resultado positivo (E 4).

O conhecimento, que ai a gente coloca a educação em saúde, [...] o prontuário... A gente também tem um cartãozinho que [...] a gente faz essa avaliação da pressão e da glicemia (E 5).

O destaque feito à parte educativa como instrumento do processo de trabalho, revela como as enfermeiras reconhecem a importância dessa atividade para a atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, apesar de não investirem na sua execução. Cabe destacar mais uma vez que a abordagem feita pela entrevistada 5 sobre educação em saúde, refere-se à realização de atividades educativas, revelando uma concepção restrita de educação em saúde.

Na análise documental, notou-se que a Portaria Municipal de Camaçari nº. 034/2016 (Documento 1) situa a utilização de protocolos para a padronização de condutas na prescrição de medicamentos, com base no Protocolo de Acesso do Departamento de Atenção Básica da SESA/Camaçari, Cadernos da Atenção Básica e Protocolos do Ministério da Saúde. Além disso, a Portaria valoriza a Consulta de Enfermagem, indicando que a mesma deve ser soberana aos exames, sendo estes complementares e de apoio à consulta. A consulta de enfermagem e a educação em saúde também são abordados nos CAB (Documentos 4, 5 e 6) como meios para alcance do resultado esperado no acompanhamento e tratamento dos usuários com hipertensão e diabetes. Dessa forma, podemos inferir que os protocolos, a consulta de enfermagem, e a educação em saúde são compreendidos nos documentos referidos acima como instrumentos do processo de trabalho, já que correspondem ao que é utilizado no processo para transformação do objeto no produto (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No estudo de Santos (2010) acerca do processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial, realizado em Jequié-BA, identificou-se que os instrumentos eram consultas, visitas domiciliares e atividades educativas. Nesse estudo, apesar de ter sido citada como ação realizada, a visita domiciliar não foi referida como instrumento do processo de trabalho por nenhuma enfermeira, e nem foi uma atividade observada durante o estudo.

Necessário faz se destacar que a informação, sistemas de informação, recursos disponíveis na comunidade também não foram mencionados pelas enfermeiras como instrumentos de trabalho, o que demonstra uma prática distante do planejamento e da integração com a comunidade, atributos imprescindíveis para uma prática na Estratégia de Saúde da Família.

No que se refere à finalidade do processo de trabalho, entendida como a motivação do processo de trabalho, a intencionalidade do sujeito na realização das ações (MENDES-GONÇALVES, 1992), as enfermeiras referiram: prevenção de doenças ou de danos, promoção da saúde, busca por qualidade de vida do usuário, qualidade no atendimento, educação em saúde, aumento da adesão ao tratamento, melhora do quadro clínico do paciente, e otimização da agenda. Algumas entrevistadas evidenciam esta compreensão nas falas:

Qualidade de vida, a gente trabalha pensando em fazer com que esse usuário, esse paciente, ele tenha melhoria na sua qualidade de vida (E 5).

Eu acho que tá muito voltado pra promoção e prevenção de saúde, educação em saúde, prevenir complicações, orientação alimentar, e ter qualidade de vida (E 6).

Diminuir o fluxo, a demanda muito grande, porque a gente não consegue abarcar todos individualmente dentro de uma consulta (E 8).

A análise documental também permitiu a apreensão da finalidade do processo de cuidado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, como apresentado pelo **Quadro 9**. Vale ressaltar que o que se compreende como processo de cuidado, então citado pelos documentos, corresponde ao que abordamos como processo de trabalho nesse estudo.

Quadro 9 – Objetivos do processo de cuidado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes referidos nos documentos.

Documento	Objetivo referido
CAB 35 – 2014 (Documento 4)	Ressalta que o papel das equipes de atenção básica é fundamental no sentido de apoiar os portadores de condições crônicas a receberem informações que lhes permitam tomar postura proativa de cuidado.
CAB 36 - 2013 (Documento 5)	Dá ênfase na finalidade do processo de trabalho voltado para o usuário com diabetes, defendendo uma educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, com foco no autocuidado.
CAB 37 – 2013 (Documento 6)	Aborda o estímulo ao autocuidado como objetivo do processo de cuidado dos usuários com hipertensão, refere como objetivo do tratamento a manutenção de níveis pressóricos controlados e redução do risco de doenças cardiovasculares, diminuição da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Fonte: Elaboração da autora, a partir de Brasil (2013b; 2013c; 2014b).

Desse modo, pode-se inferir que os CAB, documentos que orientam a prática na Atenção Básica, destacam como finalidade do processo de cuidado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o autocuidado. A nova PNAB (Documento 7) não aborda especificamente sobre a atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes, mas determina que o processo de trabalho na AB se caracterize, entre outros atributos, pelo

Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, que devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários (BRASIL, 2017, p. 75).

Mais uma vez a questão do autocuidado se destacando como finalidade do processo de trabalho na Atenção Básica. Apesar disso, o autocuidado não foi referido pelas enfermeiras como finalidade do seu processo de trabalho, mas foi citado como objeto do mesmo.

De acordo com a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Elizabeth Orem, autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar físico e mental. Segundo a autora, o indivíduo possui a responsabilidade de cuidar de si, mas a enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto acha-se incapacitado ou limitado no suprimento de autocuidado eficaz continuado, devendo o planejamento basear-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do indivíduo para execução de atividades de autocuidado (ARAUJO *et al.*, 2014).

Apesar disso, o que se compreende dessa análise é que não há um entendimento consensual por parte das enfermeiras sobre os elementos do seu processo de trabalho. A compreensão acerca do elemento sujeito está coerente com os referenciais apresentados, mas a prática por vezes contraria o que foi identificado nas falas. Sobre objeto e finalidade, percebe-se que há pouca clareza e até imprecisão entre o que diferencia um do outro, distanciando-se daquilo que é preconizado nos documentos que orientam a prática na Atenção Básica. Já sobre os instrumentos, notou-se que muitos itens utilizados não foram nem citados. Esse panorama provavelmente está relacionado às fragilidades visíveis no processo de trabalho, expressas na prática por ações descontinuadas e com baixo potencial de alcance dos resultados esperados.

4.3 Facilidades e Fragilidades Encontradas pelas Enfermeiras na Atenção à Saúde aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes

A análise dos dados permitiu apreender as facilidades e as fragilidades expressadas pelas enfermeiras na execução da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Nesse estudo, foram considerados como facilidades os elementos que interferem positivamente no processo de trabalho, e como fragilidades, os elementos que interferem negativamente nesse processo.

As facilidades relatadas foram heterogêneas, e se referem a diferentes aspectos, sejam relacionados aos profissionais, ao serviço ou aos usuários, como sintetizadas na **Figura 2**.

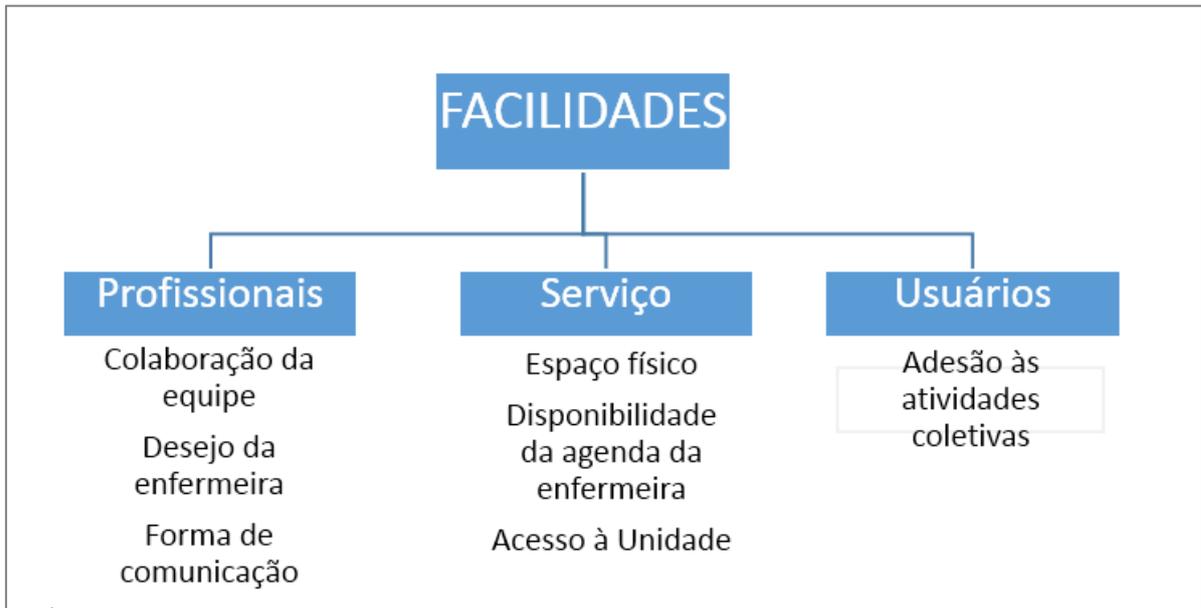
Entre as facilidades relacionadas aos profissionais envolvidos, foram referidas a colaboração da equipe, o desejo da enfermeira em realizar as atividades, e a forma como a enfermeira se comunica com o usuário, evidentes nas falas abaixo:

A equipe, a participação de toda equipe, a sensibilização dos outros profissionais quanto à importância da consulta de enfermagem, do acompanhamento de enfermagem também (E 4).

Facilita ter um profissional que quer realizar a ação, eu, e facilita esse profissional médico que fica “vá pra consulta com a enfermeira” (E 5).

Eu acho que facilita é a comunicação, que eu acho que me comunico de uma forma fácil pra eles entenderem (E 9).

Figura 2 – Síntese das facilidade identificadas no processo de trabalho das enfermeiras, Camaçari-BA, 2018.



Fonte: Elaboração da autora.

É notável que a entrevistada 4 valoriza o trabalho em equipe, ressaltando a participação de todos para o sucesso das ações. Essa afirmação está de acordo como os documentos que orientam a prática na Atenção Básica. O CAB nº 35 (Documento 4) destaca que é necessário esforço coordenado de uma equipe multidisciplinar para que haja assistência integral, já que as doenças crônicas são complexas, há comorbidades e determinantes multifatoriais (BRASIL, 2014b).

De outro modo, percebe-se na fala da entrevistada 9 a importância do fator comunicação para a efetividade das ações realizadas, ao afirmar que utiliza uma comunicação de fácil entendimento. O uso de uma linguagem adequada foi notado nas atividades que foram observadas, mas cabe destacar que não apenas o fácil entendimento pelo usuário deve ser levado em consideração. As práticas de boa comunicação dependem de um bom relacionamento entre profissional e usuário, e precisam alcançar um acordo entre eles em relação às decisões e acompanhamento da condição de saúde do usuário. Apesar disso, foi observado nas consultas o uso de perguntas e orientações imperativas para determinado modo de vida, que não consideravam sua história, escolhas e a própria vida do usuário.

Sobre esse aspecto, o estudo de Borges, Pinheiro e Souza (2012), acerca da consulta de enfermagem de hipertensão arterial na ESF de Fortaleza-CE, com foco nas práticas de comunicação, observou que a prática de comunicação da enfermeira com os usuários com hipertensão ocorre de maneira unilateral, caracterizando uma

relação assimétrica de poder entre esses sujeitos, com imposição de um modo de vida idealizado, sem levar em consideração a experiência e o conhecimento que o usuário traz consigo, demonstrando uma prática reducionista de cuidado.

A análise das facilidades referidas pelas entrevistadas evidenciou também aspectos relacionados ao serviço, como a existência de espaço físico para a realização de atividades educativas, a disponibilidade maior da agenda da enfermeira, e o acesso à unidade, o que pode ser constatado nas falas abaixo:

Facilita a gente ter o espaço, o auditório, pra fazer educação em saúde (E 5).

O que facilita aqui, eu acho que é o acesso, nessa unidade. Nessa unidade eu estou muito próxima da comunidade, então é muito fácil chamar, é muito fácil visitar, é muito fácil fazer com que eles participem (E 7).

[...] o acesso eu acho que seria um facilitador, porque quando o usuário tem o desejo da consulta de enfermagem, a agenda é mais tranquila, a acessibilidade pra consulta de enfermagem é bem melhor do que pra consulta médica (E 6).

A existência de infraestrutura adequada e em boas condições, com espaço, mobiliário e equipamentos para o funcionamento das UBS, é condição definida em Portaria (BRASIL, 2017), que aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (Documento 7), como responsabilidade das três esferas de governo. Nesse sentido, a entrevistada 5 enfatiza a importância da existência do espaço para atividades educativas, aspecto identificado também na observação de duas atividades em grupo, realizadas em um galpão amplo, anexo à unidade de saúde.

Em relação à questão da maior disponibilidade da agenda da enfermeira como facilitadora, citada pela entrevistada 6, vale ressaltar que parece controversa, já que essa disponibilidade se dá justamente pela baixa procura dos usuários por consulta de enfermagem. Essa característica também foi apontada nos estudos de Mendonça e Bazzo (2013) e Radigonda e colaboradores (2016), fato que não contribui de forma positiva para o processo de trabalho.

Outra facilidade referida pelas enfermeiras está relacionada ao usuário, e diz respeito à adesão às atividades coletivas propostas. Esse aspecto pode ser confirmado na fala a seguir:

O que facilita é que há muita adesão por parte deles, então a gente não precisa estar correndo muito atrás, ou tentando ver quem vai participar, eles participam bastante (E 8).

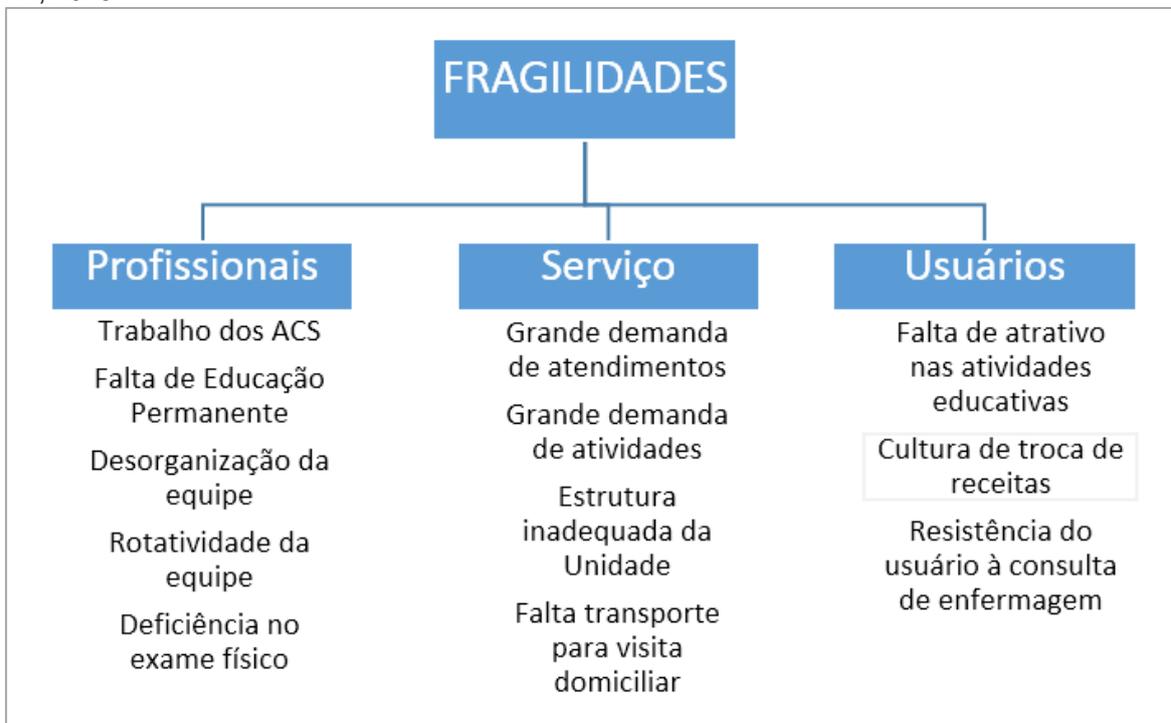
Essa fácil adesão foi observada numa atividade de grupo de práticas corporais, destinada a qualquer usuário que desejasse participar, e conduzida pela equipe da

USF e profissionais do NASF. Havia muitos usuários participantes, que demonstravam animação e interesse, inclusive para retornar na próxima reunião.

Importante destacar essa característica identificada no estudo, uma vez que contrasta com a realidade apresentadas em outros estudos (ANDRADE *et al.*, 2013; MATIAS, 2017), nos quais a falta de adesão de usuários às atividades educativas aparece como uma dificuldade.

As fragilidades relatadas também apresentaram aspectos relacionados aos profissionais, ao serviço e aos usuários, conforme síntese da **Figura 3**.

Figura 3 – Síntese das fragilidades identificadas no processo de trabalho das enfermeiras, Camaçari-BA, 2018.



Fonte: Elaboração da autora.

Entre as fragilidades relacionadas aos profissionais, foram referidos o trabalho do ACS, a falta de educação permanente entre os profissionais e a desorganização enquanto equipe. Esses aspectos estão evidentes nas falas a seguir:

O trabalho dos agentes comunitários, eu acho que se eles fossem mais atuantes, e atuassem de uma forma mais qualificada, a gente teria algumas vantagens no controle dessa população. E pouca educação permanente nesse sentido, [porque] eu acho que a gente ter a educação permanente de uma maneira mais sistematizada, faz com que a gente tenha um maior conhecimento (E 1).

O que dificulta é essa questão de desorganização de minha equipe, porque a gente ainda não se encontrou (E 9).

A entrevistada 1 relata o problema em torno da qualificação do trabalho dos agentes comunitários. Importante destacar aqui a relação entre os profissionais que compõem a equipe de saúde, uma vez que o processo de trabalho de um interfere no do outro, como evidencia a entrevistada. Apesar disso, nenhum dos estudos que abordam o trabalho da enfermeira na atenção a usuários com hipertensão e diabetes, trouxe apontamento semelhante nos resultados.

A questão da educação permanente, também levantada pela entrevistada 1, é reforçada na nova PNAB (Documento 7) como responsabilidade da gestão municipal. Para tanto, assegura que deve “desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na AB” (BRASIL, 2017, p. 69). Apesar disso, o Relatório Anual de Gestão de 2016 (Documento 3) revela que a meta de *Capacitar 100% dos profissionais indicados pelas Diretorias em Facilitadores das ações de Educação Permanente em Saúde* não foi alcançada. Ou seja, a responsabilidade local definida pela política nacional não foi executada satisfatoriamente.

Nessa perspectiva, o estudo de Silva e colaboradores (2017) revelou que gestões locais de municípios do Rio Grande do Sul executam ações de educação permanente, mas estas, no entanto, reúnem estratégias educativas isoladas, descontínuas e de bases tecnicistas, sem propostas educativas definidas. Não atendendo, portanto, a política nacional de forma satisfatória.

Reafirmando o trabalho em equipe como aspecto positivo, a desorganização enquanto equipe foi aqui citada como fragilidade pela entrevistada 9. De modo semelhante, Araújo, Paz e Moreira (2010), em seu estudo sobre como se processavam as práticas cotidianas de cuidado em saúde realizadas por enfermeiras junto aos adultos hipertensos assistidos pelas equipes de Saúde da Família, no município de Pau dos Ferros-RN, em 2010, identificaram em seus resultados que o não trabalhar em equipe gera nas enfermeiras a sensação de estarem sozinhas ao executarem as ações de saúde, e que o trabalho fragmentado e individual não oferece à enfermeira condições para modificar sua atuação.

A observação das atividades também permitiu a identificação de outras fragilidades relacionadas aos profissionais. No grupo de práticas corporais, havia alta rotatividade da equipe, já que se tratava de residentes de um Programa de Residência Multiprofissional, o que pode interferir na questão do vínculo com os usuários

participantes e na continuidade da atividade. Já nas consultas observadas, em uma notou-se pouca destreza da profissional na realização do exame físico dos pés, e na outra nem houve realização do exame físico. Este último aspecto também foi mencionado no estudo de Felipei, Abreu e Moreira (2008), ao identificar que havia falta de conhecimento técnico para a realização de exame físico pelas enfermeiras, principalmente quanto às ausculta cardíaca e pulmonar e à palpação das carótidas e dos pulsos periféricos.

Acerca das fragilidades relacionadas ao serviço, foram destacadas a grande demanda para atendimentos, de atividades para a enfermeira, e a estrutura da unidade, como apresentados nas falas abaixo:

Como a demanda da gente é muito grande, a gente não tem tempo, pra fazer por exemplo, rodas de conversa com eles, além de não ter espaço físico [...].A outra coisa também é que é uma área muito vulnerável socialmente, [pobreza, violência doméstica, ruas sem calçamentos, sem água encanada, sem luz]...então assim, você fica querendo fazer outras atividades, mas é uma [carência] tão grande que você tem realmente que parar para fazer atendimento (E 3).

Eu acho que a nossa estrutura é dificultadora, não comporta nem o paciente sentado adequadamente, ai fica difícil...e outras dificuldades do processo de trabalho em si, as outras áreas técnicas [atendimento de outros grupos prioritários], as demandas e as retiradas da enfermeira da unidade [para reuniões fora da unidade] (E 7).

Merece destaque, na fala da entrevistada 3, a correlação feita entre vulnerabilidade e necessidade de atendimento, revelando uma visão reducionista da atenção à saúde, pautada basicamente em atendimentos individuais, em detrimento das ações coletivas e de mobilização da comunidade.

Em contraposição à consideração da estrutura física como facilitadora, as condições inadequadas de estrutura física das unidades foram mencionadas como fragilidades, dificultando a realização das atividades programadas. Observou-se a existência de unidades de saúde em espaços adaptados, em imóveis alugados, como galpão com divisórias de madeira para formar as salas de atendimento, ou casas onde os cômodos foram convertidos em consultórios e sala de espera.

Numa outra perspectiva, a entrevistada 7 destaca as diversas atividades que ficam sob responsabilidade da enfermeira, sejam relacionadas à atenção de outros grupos prioritários, ou a participação de reuniões fora da unidade, convocadas pela gestão. Esse aspecto parece estar relacionado à dimensão gerencial do trabalho da enfermeira, pois foi possível compreender que a mesma era convocada para as reuniões por ser considerada um membro articulador dentro da unidade e equipe de

saúde. Nesse sentido, em seu estudo acerca da gestão do trabalho em UBS, Celedônio e colaboradores (2017) identificaram que as enfermeiras acumulavam atividades assistenciais e gerenciais dentro da unidade, o que representa muitas vezes sobrecarga de trabalho, ao invés de plenitude das atividades.

De modo geral, as enfermeiras referiram ainda dificuldades em realizar visita domiciliar em função da falta do carro que transportavam os profissionais, retirado pela gestão há meses. Diante de um caso de extrema necessidade para visita domiciliar, a equipe devia entrar em contato com os gestores na secretaria de saúde para articular a disponibilização de um carro. Foi agendada a observação de uma visita domiciliar a usuário com hipertensão e diabetes, mas no dia programado, não houve carro disponível para transporte da equipe.

Tal dificuldade também foi apontada no estudo de Lopes e Marcon (2012), que observaram que, como não havia carro disponível para a unidade, os profissionais precisam selecionar criteriosamente os casos a serem visitados, priorizando aqueles de maior necessidade e restringindo o atendimento à pessoa agravada, e não a todos os membros da família, realidade que distoia da proposta da atenção básica.

As fragilidades relatadas relacionadas ao usuário foram a falta de atrativos nas atividades educativas, a cultura da troca de receitas, e a resistência dos usuários à consulta de enfermagem.

Falta de atrativo para a comunidade, como material didático (E 1).

O que dificulta seria que alguns pacientes não valorizam o trabalho da enfermagem no hiperdia, porque eles acham que a gente está ali só pra fazer aquela receita que o médico passou (E 5).

Aqui tem uma resistência muito grande do hipertenso e do diabético em fazer o acompanhamento com o enfermeiro, porque ele está mais atrelado à questão da medicação e dos exames, e não à questão da prevenção e da promoção, como deve ser (E 4).

O material didático mencionado pela entrevistada 1 corresponde a um recurso material que pode ser utilizado na execução das ações educativas propostas, mas a concepção desse material como atrativo aos usuários parece equivocada. Em seu estudo sobre as práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste mineiro, Barbosa e colaboradores (2010) também identificaram nas falas dos entrevistados a questão de atrativos para a participação em atividades educativas, atrelando a existência de sorteio ou algo comestível a uma maior adesão dos usuários às atividades. A necessidade de atrativos para os

usuários, no entanto, pode revelar uma relação fragilizada entre equipe e comunidade, uma vez que se espera que a participação efetiva do usuário/família seja fator componente na produção de conhecimentos e de habilidades, indo muito além da condição de expectador ou convidado.

De modo semelhante, a renovação de receitas de forma indiscriminada demonstra fragilidade do serviço, pois acontece como reflexo da dificuldade de agendamento de consulta médica. O hábito de buscar a unidade de saúde para a “troca de receitas” também foi referido em outros estudos (BARROS, 2015; OLIVEIRA, 2015) como um entrave ao acompanhamento efetivo dos usuários com hipertensão e diabetes pelas equipes de atenção básica. Percebe-se que tal prática se tornou tão frequente, que os usuários se habituaram a ir à unidade apenas para renovar a receita. De acordo com a entrevistada 5, isso se configura como dificuldade para as enfermeiras organizarem seu processo de trabalho, já que os usuários desejam a renovação da receita, que, na consulta de enfermagem, pode nem mesmo acontecer, pois segundo a Portaria nº 034/2016 (Documento 1), a enfermeira deve renovar a receita apenas se julgar que não há necessidade de reavaliação dos medicamentos pelo médico.

A resistência dos usuários às consultas de enfermagem se mostrou uma característica forte desse cenário, identificada como principal dificuldade para a realização das consultas de enfermagem. Existe, portanto, uma valorização da consulta médica, em detrimento da consulta de enfermagem, fruto da construção histórica dessas duas profissões, onde a prática da enfermeira foi se configurando ao longo do tempo de modo subordinado à prática médica, com comprometimento de sua autonomia profissional.

Cabe destacar que a fala da entrevistada 4 traz a ideia de distanciamento entre atendimento médico e de enfermagem, direcionando o primeiro apenas para o uso de medicação e para os exames, e o último para ações de prevenção e promoção. De fato, a educação em saúde é tida por alguns autores (SILVA *et al.*, 2012; WEYKAMP *et al.*, 2015) como uma ferramenta de trabalho essencial na prática cotidiana da enfermeira, que deve desenvolver, com a competência técnica, científica e legal que lhe é garantida por lei, sua função de educadora e promotora da saúde. Apesar disso, segundo os CAB (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013b), documentos que orientam a prática na AB, a abordagem deve ser de forma integral pela equipe de saúde, sendo

a orientação sobre mudanças do estilo de vida realizada por qualquer profissional de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o processo de trabalho de enfermeiras das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA. Para tanto, caracterizou-se o processo de trabalho das enfermeiras, identificando suas práticas e o que essas profissionais compreendem como sujeito, objeto, finalidade e instrumentos do processo de trabalho, a partir da teoria de Mendes-Gonçalves (1992), além de discutir as facilidades e as fragilidades encontradas por elas.

Enquanto limitações desse estudo, pode-se destacar o envolvimento da pesquisadora com a realidade pesquisada, o que pode ter influenciado nos resultados. Além disso, as atividades observadas foram poucas, especialmente pela pequena quantidade de atividades realizadas pelas enfermeiras, o que não permitiu confrontar de forma minuciosa os elementos citados com a prática.

Entre as práticas de atenção à saúde, notou-se foco na realização de consultas individuais, sem critérios estabelecidos para periodicidade de consultas com enfermeiras e médicos; dificuldades para a adesão dos usuários às consultas de enfermagem; atividades educativas pouco realizadas e limitadas a momentos pontuais, sem a perspectiva de continuidade; centralidade no profissional médico, com postura de passividade ou subordinação por parte das enfermeiras; e predomínio de ações assistenciais, podendo-se constatar forte relação com o modelo de atenção biomédico. Esse cenário, contudo, não corresponde às recomendações dos documentos que orientam a prática na Atenção Básica.

Sobre os elementos do seu processo de trabalho, compreendeu-se que não há um entendimento consensual por parte das enfermeiras. O elemento sujeito foi relacionado principalmente ao profissional de saúde e ao usuário, mostrando coerência com os referenciais apresentados. Apesar disso, a prática por vezes contradiz as falas, estando o usuário como mero expectador da prática profissional.

O objeto do processo de trabalho foi compreendido de modo diverso, correspondendo à prevenção, promoção da saúde, autocuidado do paciente, educação em saúde, mas sobretudo às demandas apresentadas pelos usuários, ainda que a prática observada tenha se mostrado contraditória. Do mesmo modo, o elemento finalidade foi compreendido de diversas formas, como prevenção de doenças ou de danos, promoção da saúde, busca por qualidade de vida do usuário,

qualidade no atendimento, educação em saúde, aumento da adesão ao tratamento, melhora do quadro clínico do paciente, e otimização da agenda. No entanto, o autocuidado, então abordado como finalidade pelos CAB e PNAB, não foi mencionado pelas enfermeiras como tal. Percebeu-se grande confusão em relação ao que seria o objeto e a finalidade do processo de trabalho das enfermeiras, com notável distanciamento entre a prática e aquilo que é preconizado nos documentos orientadores da Atenção Básica.

Os instrumentos destacados compreendem as atividades educativas, as consultas individuais, as consultas coletivas, o acolhimento, o conhecimento, livros de registro, prontuário, cartão de pressão arterial e glicemia, e materiais impressos. Notou-se que muitos instrumentos utilizados no processo de trabalho não foram nem citados, como os aparelhos e equipamentos usados no exame físico, informações e sistemas de informação, e recursos da comunidade. Ademais, apesar de não realizarem com frequência, as enfermeiras reconhecem a importância das atividades educativas como instrumento do seu processo de trabalho.

As facilidades e fragilidades encontradas pelas enfermeiras são de natureza diversa, relacionados aos profissionais, ao serviço ou aos usuários. As facilidades compreendem a colaboração da equipe, o desejo da enfermeira em realizar as atividades, a forma como a enfermeira se comunica com o usuário, a existência de espaço físico para a realização de atividades educativas, a disponibilidade maior da agenda da enfermeira, o acesso à unidade, e a adesão dos usuários às atividades propostas. As fragilidades envolvem o trabalho do ACS, a falta de educação permanente entre os profissionais, a desorganização enquanto equipe, a grande demanda para atendimentos, a grande demanda de atividades para a enfermeira, a estrutura da unidade, a falta de atrativos nas atividades educativas, a resistência dos usuários à consulta de enfermagem, e a cultura da troca de receitas. O estudo permitiu inferir que ainda há grandes obstáculos a serem vencidos na atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, principalmente porque as fragilidades destacadas parecem causar maiores efeitos negativos no processo de trabalho do que as facilidades incitam efeitos positivos.

Esse estudo permitiu conhecer a compreensão das enfermeiras acerca dos elementos do seu processo de trabalho, e perceber as relações entre esses elementos, possibilitando então uma reflexão sobre o mesmo, a partir das práticas de

saúde. Isso oferece subsídio para aperfeiçoamento ou reestruturação do processo de trabalho das enfermeiras, visando a melhoria na atenção à saúde.

Considerando que para compreender como se organiza um processo de trabalho em determinado serviço de saúde é imprescindível a identificação daquilo que é considerado como seu objeto do trabalho, constatamos que o processo de trabalho das enfermeiras se mostra confuso e desorganizado, inclusive porque não há uma clareza quanto a seu objeto de trabalho. Também falta clareza das enfermeiras sobre o objetivo a ser alcançado com seu trabalho, e sobre os documentos que devem orientar sua prática na Atenção Básica. Isso reflete uma prática desestruturada, com ações descontinuadas e baixo potencial de alcance dos resultados esperados.

Vale destacar, no entanto, que o processo de trabalho das enfermeiras sofre influência de diversos fatores externos, como a conjuntura política, atuação dos gestores da saúde, sobretudo em relação ao que é tido como prioridade de governo, tamanho da população adscrita, condições de trabalho, segurança, entre outros. Dessa forma, trata-se de uma questão complexa e multifatorial, da qual parte importante está além da governabilidade das enfermeiras que trabalham nas Unidades de Saúde da Família.

Nesse sentido, esse estudo revelou como persiste a necessidade de revisar o processo de trabalho das enfermeiras na atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município, considerando o grande potencial do trabalho dessas profissionais na atenção básica. É necessário definir claramente qual o objeto de trabalho e sua finalidade, para que todo o processo aconteça de modo adequado dentro de cada realidade local, com exploração dos instrumentos de trabalho disponíveis e possíveis de serem desenvolvidos. Para tanto, gestão e profissionais precisam estar alinhados, dentro de um projeto estruturado, planejado e desenvolvido de forma conjunta, respeitando as especificidades e limitações de cada localidade, incluindo a participação efetiva da comunidade. O envolvimento e o esforço de cada profissional é imprescindível para o alcance de uma atenção à saúde com qualidade, mas a participação da gestão, com priorização da atenção à saúde desse grupo populacional, apoio às ações e à educação permanente, é imperativo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ana Carolina Vieira de *et al.* Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 439-449, São Paulo, 2013.

ARAGÃO, Mariana Nossa. **Limites e desafios da implantação de Redes de Atenção à Saúde no contexto municipal**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araujo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, n. 14, v. 3, p. 560-566, 2010.

ARAÚJO, Mayara Dias *et al.* Teoria do autocuidado de Dorothea Orem. **Cad. Unisuam Pesqui. Ext.**, v. 4, n. 2, p. 11-12, Rio de Janeiro, 2014.

BARBOSA, Flávia Isabela *et al.* Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centrooeste mineiro. **Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 195-203, abr./jun., 2010.

BARROS, Márcio Rosa. **Controle de hipetensos e diabéticos: estratégias para a atenção básica**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009 [1977].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde e define os recursos do Piso da Atenção Básica – PAB. **In: Diário Oficial da União**. Brasília, 17 nov., 1998, Seção I, p. 8-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 235, de 20 de fevereiro de 2001. **In: Diário Oficial da União**. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0235_20_02_2001.html>. Acesso em 26 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de HA e DM. **Apresentação do HiperDia**. 2006a. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede CARMEN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, v. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de Atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 abr., 2014a. Seção I, p. 50-52.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar**. Bahia, dez. 2015. Brasília: DATASUS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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. In: **Diário Oficial da União**, 22 de setembro de 2017. Brasília, 2017. Seção I, p. 68-76.

BORGES, José Wicto Pereira; PINHEIRO, Nádia Marques Gadelha; SOUZA, Ana Célia Caetano de. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.179-189, 2012.

CAMAÇARI. Prefeitura Municipal de Camaçari, Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de Serviços de Interesse à Atenção Básica**. Camaçari, 2016a.

CAMAÇARI. Prefeitura Municipal de Camaçari. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 034, de 01 de dezembro de 2016. Encaminhamentos, solicitações de exames e prescrições de rotina da(o) Enfermeira(o) na Atenção Básica. In: **Diário Oficial do Município**, Camaçari, 2016b, ano XIV - nº 702 - de 10 a 16 de dezembro de 2016, p. 78.

CAMAÇARI. Prefeitura Municipal de Camaçari. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Camaçari, 2016c.

CAMAÇARI. Prefeitura Municipal de Camaçari. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2017**. Camaçari, 2017.

CASSIANI, Sílvia Helena de Bortoli; ZUG, Keri Elizabeth. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 5, p.675-676, set./out, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500673&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 08 ago 2018.

CELEDÔNIO, Raquel Mendes *et al.* Gestão do trabalho em unidades básicas de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, p. 341-350. Recife, jan. 2017.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução n. 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados,

em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 10 out 2018.

DELAMAIRE Mare-Laure; LAFORTUNE Gaetan. **Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries.** OECD Health Working Papers, n. 54. Paris: OECD Publishing, 2010. Disponível em: <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1529033293&id=id&accname=guest&checksum=3A9FD7B7408B594CCE50CE07D451BA1C>>. Acesso em 15 jun 2018.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-226.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FELIPEI, Gilvan Ferreira; ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 42, n. 4, 2008.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população.** 2016. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IUNES, Roberto. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, Sergio Francisco.; VIANA, Solon Magalhães. **Economia da saúde.** Rio de Janeiro: IPEA, 1995.

LEAL, Juliana Alves Leite. **Processo de Trabalho da enfermeira em diferentes países.** 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum**. Health Sciences, v.34, n.1, p. 85-93. Maringá, jan-jun 2012.

LOTUFO, Paulo Andrade. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med**. v. 87, n. 4, p. 232-237, 2008.

MACIEL, Isabel Cristina Filgueira; ARAÚJO, Thelma Leite de. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 207-214. Ribeirão Preto, mar-abr 2003.

MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck; ASSUNÇÃO, Ari Nunes. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl.1, 2011.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. 31. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013 [1867].

MATIAS, Priscila da Silva. **Grupos de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde**: concepções de quem faz. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

MELO, Cristina Maria Meira *et al.* Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. Cadernos São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDONÇA, Fernanda Freitas; BAZZO, Dineuza. Percepções da consulta de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros e usuários de uma unidade básica de saúde. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia** (Campo Mourão Online), v. 8, n. 1, p. 53-61. 2013. Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/683>>. Acesso em 19 mar 2017.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Relações de trabalho no setor saúde: As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, M. Cecília G. B., orgs. **Saúde, trabalho e formação profissional** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787-08.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

OLIVEIRA, Marcia Farsura de. **Pacientes hipertensos e Grupo Hipertensão na ESF Sete de Barros: adesão ao grupo operativo**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 199-206.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, p. 251-263, 2000.

PIRES, Denise; GELBCKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trab. educ. saúde**, v. 2, n. 2, p. 311-326, 2004.

RADIGONDA, Bárbara *et al.* Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, CambéPR, Brasil, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 115-126, 2016.

REZENDE NETA, Dinah Sá. **Ações de enfermagem e implicações para o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina.

RIBEIRO, Andressa de Freitas. Taylorismo, fordismo e toyotismo. **Lutas Sociais**, v. 19, n. 35, p. 65-79, 2015.

ROCHA, Semiramis Melani Melo, ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial**. 2010.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié.

SANTOS, Sueli Maria dos Reis *et al.* A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 124-130, 2008.

SANTOS, Tatiane Araújo dos. **O valor da força de trabalho da enfermeira.** Salvador, 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SILVA, Lenise Dias *et al.* O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.2, p.412-419, mai/ago, 2012.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto *et al.* **Educação permanente em saúde na atenção básica:** percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, v.38, n.1, mar. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 13, sulp. 2, 2016.

SOUSA, Luciano Burigo de; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; SCOCHI, Maria José. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 4, 2006.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais:** pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

XAVIER, Iara de Moraes *et al.* Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à reforma sanitária. **Rev. bras. enferm.**, v. 40, n. 2-3, p. 177-180, 1987.

WEYKAMP, Juliana Marques *et al.* Motivação: Ferramenta de Trabalho do Enfermeiro na Prática da Educação em Saúde na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 19, n. 1, p. 5-10, João Pessoa, 2015.

WHO. *WORLD HEALTH ORGANIZATION*. Diabetes: the cost of diabetes. **WHO fact sheet**, n. 236, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/>>. Acesso em 28 jan. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA DEPARTAMENTO DE SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I – Caracterização do(a) entrevistado(a):

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

Sexo: Masc. () Fem. ()

Tempo de Formação: _____

Especialização: Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Mestrado: Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Doutorado: Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Tempo de atuação na ESF: _____

Tempo de atuação nessa USF: _____

II – Questões disparadoras:

Comentar sobre seu processo de trabalho na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na USF, considerando os seguintes itens:

- Ações de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos que você realiza na ESF;
- Sujeito do seu processo de trabalho;
- Objeto de seu trabalho;
- Instrumentos/tecnologias de trabalho;
- Finalidade das ações que são desenvolvidas;
- Relação que estabelece com os usuários hipertensos e diabéticos na USF;
- Situações que facilitam e/ou limitam a sua atuação na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos;
- Expectativas sobre sua atuação profissional na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos.

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA DEPARTAMENTO DE SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

- Atividades realizadas:

- Características do Processo de Trabalho:
 - Sujeitos identificados
 - Objeto do trabalho
 - Finalidade
 - Instrumentos/tecnologias de trabalho

- Aspectos de facilidades:

- Aspectos de fragilidades:

- Resultados das atividades:

APÊNDICE C - MATRIZ PARA ANÁLISE DOCUMENTAL



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

MATRIZ PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

	DOCUMENTO	UNIDADES DE ANÁLISE		
		Processo de trabalho em saúde	Processo de trabalho da enfermeira	Atenção à saúde dos usuários com HAS/DM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente dessa pesquisa conduzida por Ana Carine Ferreira de Araújo, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), orientada pela Profª Drª Tatiane de Oliveira Silva Alencar. Os objetivos da pesquisa são:

- Caracterizar o processo de trabalho de enfermeiras das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA;
- Discutir facilidades e fragilidades do processo de trabalho de enfermeiras das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA.

Para a produção dos dados, será realizada uma entrevista com base num roteiro de questões disparadoras sobre seu processo de trabalho, com a gravação através de gravador de voz. A participação é voluntária, ficando a seu critério autorizar a utilização das informações audiogravadas, não havendo nenhuma penalidade caso se recuse ou desista de prosseguir na pesquisa. Caso permita, será também realizada a observação sistemática de alguma atividade com usuários hipertensos e/ou diabéticos, como consulta, atividade em grupo ou visita domiciliar. Você não terá nenhuma despesa pela sua participação, e nem receberá qualquer pagamento ou gratificação. Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, esta será ressarcida com devolução de valores. Os riscos potenciais do estudo são os relacionados ao caso de você se sentir constrangido(a) ou inibido(a) com os questionamentos e observação das atividades, mas buscaremos minimizá-los de modo que possa se sentir o mais confortável possível. Não haverá quaisquer prejuízos adicionais, sejam esses de caráter social, psicológico ou moral. Caso haja algum dano proveniente da pesquisa, devidamente comprovado, garantimos indenização. Os dados serão manipulados apenas pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo, não sendo disponibilizados para terceiros, e com garantia de sigilo, privacidade e anonimato. Após o período de 3 anos de conclusão da pesquisa, o registro das gravações será extinguido. Ressaltamos que sua participação nessa pesquisa poderá fornecer subsídios para a construção do conhecimento sobre a realidade da atenção de enfermeiras à saúde dos usuários com hipertensão e ou diabetes nas Unidades de Saúde da Família de Camaçari-BA. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimentos que se façam necessários no decorrer desta pesquisa, pelo telefone (75) 3224-8089, no endereço Avenida Universitária, s/n, UEFS - Módulo VI, Departamento de Saúde, Feira de Santana-BA, ou pelo endereço eletrônico carine.acfa@gmail.com. Caso tenha dúvidas do ponto de vista ético, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UEFS, pelo telefone (75) 3161-8067, ou no endereço Avenida Transnordestina, s/n, UEFS - Módulo I, sala MA 17, Novo Horizonte, Feira de Santana-BA. Caso aceite participar, deverá assinar esse termo em duas vias, ficando uma com você, e outra com as pesquisadoras. Assinamos também, assumindo o compromisso de tudo o que está escrito acima.

Camaçari, ____ / ____ / ____.

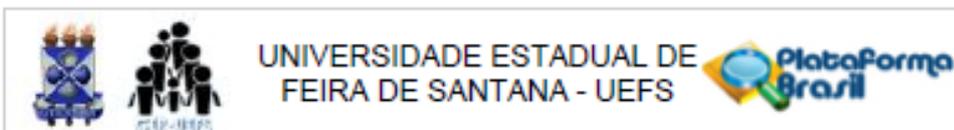
Convidado(a) a participar da pesquisa

ANA CARINE FERREIRA DE ARAÚJO
Pesquisadora responsável

TATIANE DE OLIVEIRA SILVA ALENCAR
Pesquisadora colaboradora

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS(AS) NA ATENÇÃO A SAÚDE DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70656717.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.308.427

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto do Programa Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, de autoria de ANA CARINE FERREIRA DE ARAÚJO, sob orientação da Profª Drª Tatiane de Oliveira Silva Alencar, intitulado PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS(AS) NA ATENÇÃO A SAÚDE DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, a ser realizada com os(as) dezessets enfermeiros(as) das Unidades de Saúde da Família do município de Camaçari-Ba. A produção de dados se dará por meio de entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise documental, e a análise dos dados será através da análise de conteúdo, modalidade temática.

Segundo a pesquisadora responsável, "Para a análise dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, desenvolvida por Bardin (2009), adaptado por Minayo (2007) para pesquisas qualitativas. Operacionalmente, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009). A categorização temática apresenta como etapas sucessivas a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados obtidos e

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Protocolo: 2.308.427

Interpretação. A pré-análise consiste na leitura exaustiva dos documentos a analisar, para definir, principalmente, as unidades de registro, unidades de contexto, trechos significativos e categorias, de acordo com os objetivos e questões de estudo. A segunda fase é o momento de aplicar o que foi definido na fase anterior. E a última fase é quando devemos desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo explicitado, buscando ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estamos analisando" (MINAYO, 2007) (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

Cronograma prevê coleta de dados após aprovação do CEP, com conclusão e divulgação dos resultados à Instituição em junho de 2018, bem como devolução do resultado aos participantes da pesquisa. Orçamento de 7.050,00, deixando claro contrapartida da UEFS.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: "Caracterizar o processo de trabalho de enfermeiros(as) das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

SECUNDÁRIO: "Discutir potencialidades e fragilidades do processo de trabalho de enfermeiros(as) das equipes de Saúde da Família na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Camaçari-BA" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03-04).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Os riscos potenciais do estudo são os inerentes à realização de entrevista e observação sistemática para o(a) entrevistado(a), que buscarão ser minimizados de modo que o(a) mesmo(a) possa se sentir o mais confortável possível (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

"Os riscos potenciais do estudo são os relacionados ao caso você se sentir constrangido(a) ou Inibido(a) com os questionamentos e observação das atividades, mas buscaremos minimizá-los de modo que possa se sentir o mais confortável possível. Não haverá quaisquer prejuízos adicionais, sejam esses de caráter econômico, social, psicológico ou moral" (TCLE).

BENEFÍCIOS: Não haverá benefícios financeiros para os(as) entrevistados(as) e para as pesquisadoras, mas a participação na pesquisa poderá fornecer subsídios para a construção do conhecimento sobre a realidade da atenção de enfermeiros(as) à saúde dos usuários com hipertensão e ou diabetes nas Unidades de Saúde da Família de Camaçari-BA (Informações

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 2.308-427

básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

"A pesquisa poderá fornecer subsídios para a construção do conhecimento sobre a realidade da atenção de enfermeiros(as) à saúde dos usuários com hipertensão e ou diabetes nas Unidades de Saúde da Família de Camaçari-BA, especialmente porque o estudo pode elucidar as questões que interferem nesse processo" (TCLE).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa, cujo objeto de estudo é relevante e pela possibilidade de contribuir com a melhoria da assistência dos enfermeiros (as) da Atenção Básica do município de Camaçari-BA, que atuam com pessoas hipertensas e diabéticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo, atendendo às exigências da Resolução 466/12. Foram anexados os seguintes documentos:

- 1) Folha de Rosto;
- 2) Projeto completo;
- 3) Declaração da pesquisadora colaboradora (orientadora) se comprometendo em observar a resolução 466/12.
- 4) Carta de anuência da Secretaria Municipal de Camaçari para realização da pesquisa;
- 5) TCLE.

Recomendações:

Recomenda-se substituir o termo "Convidado(a) a participar da pesquisa" por "Participante".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

Após o atendimento das pendências, o projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 2.308.427

conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_931430.pdf	05/09/2017 22:21:45		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	oficioalteracoes.pdf	05/09/2017 22:20:34	ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompletoanacarinereenviado.docx	04/09/2017 20:30:19	ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleanacarinereenviado.docx	04/09/2017 20:30:02	ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaotatiane.pdf	01/07/2017 00:49:11	ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia.pdf	30/06/2017 10:35:51	ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleanacarine.pdf	23/06/2017 16:02:55	ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.pdf	23/06/2017 15:59:16	ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	anacarinereferreira.pdf	23/06/2017 15:50:40	ANA CARINE FERREIRA DE ARAUJO	Aceito

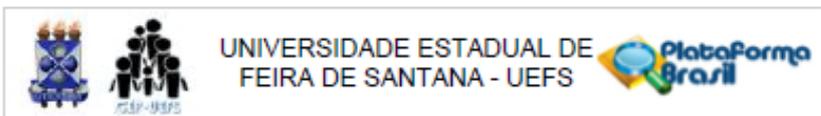
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Trananordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Processo: 2.308-427

FEIRA DE SANTANA, 02 de Outubro de 2017

Assinado por:
JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br