

Carolina Kahl

**SIGNIFICANDO A PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, vinculado à Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Betina Hörner Schindwein Meirelles

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kahl, Carolina

Significando a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde / Carolina Kahl ; orientadora, Betina Hörner Schindwein Meirelles - Florianópolis, SC, 2016.  
132 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Prática clínica baseada em evidência. 5. Integralidade em saúde. I. , Betina Hörner Schindwein Meirelles. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

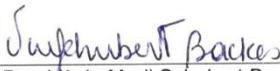
**CAROLINA KAHL**

**SIGNIFICANDO A PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

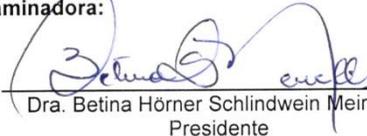
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 13 de dezembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

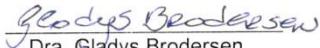
**Banca Examinadora:**



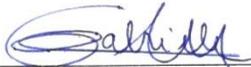
Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Presidente



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Membro (titular)



Dra. Gladys Brodersen  
Membro (titular)



Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Membro (titular)



Dedico este trabalho à enfermeira, professora e amiga “diva” Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza (*in memoriam*), que foi e sempre será meu exemplo.



## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida e pela fé que me mantém firme para enfrentar as adversidades em busca de um sonho maior.

Aos meus pais, **Marlene Kirchner Kahl e Aquiles Kahl**, por todo amor e amparo que sempre me deram, por acreditarem em meus ideais e não medirem esforços para que estes fossem realizados. Nada do que eu quisesse ou fizesse seria possível sem vocês. Muita obrigada por tudo. Amo vocês!

Ao meu irmão, **Hugo Kahl**, por não negar ajuda nas vezes em que precisei e por se alegrar comigo diante dessa conquista. Obrigada por dar o seu melhor no papel de irmão mais velho, te amo!

À minha querida orientadora, **Dr<sup>a</sup> Betina Hörner Schindwein Meirelles**, por aceitar ser minha mentora neste processo, acreditando no potencial desta pesquisa. Obrigada pela confiança e por todos os momentos de orientação e conversa, fundamentais para a conclusão deste estudo.

Às professoras **Dr<sup>a</sup> Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza (in memorian)** e **Dr<sup>a</sup> Rosane Gonçalves Nitschke**, que primeiramente me introduziram no mundo da pesquisa e tão bem me acolheram em seu “ninho”, NUPEQUISFAM-SC.

À **Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann**, por me abrir as portas do grupo GEPADES, e, com isso, um mundo de oportunidades. Obrigada por toda a atenção ao longo desses anos.

Às doutoras **Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Aline Lima Pestana Magalhães e Giovana Dornelles Gallegaro Higashi**, e à doutoranda **Cintia Koerich**, pela acolhida, amparo e parceria desde que ingressei no grupo, trabalhar com vocês foi fundamental para o meu crescimento acadêmico. Em nome delas, estendo meus agradecimentos a todos os colegas do grupo GEPADES.

Aos membros da banca, **Dr<sup>a</sup> Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann**, qualificação, e **Dr<sup>a</sup> Gladys Brodersen**, sustentação, por aceitarem prontamente participar desta etapa e contribuírem de maneira substancial para esta pesquisa.

À amiga e parceira de caminhada, **Kamylla Santos da Cunha**, presente em todos os momentos desde a graduação, por me impulsionar a seguir em frente e por estar sempre disposta a estender a mão para ajudar ou ombro para chorar. Obrigada pela amizade, pela cumplicidade, pela parceria e pela verdade. Essa caminhada foi mais leve com você do lado.

A turma de Mestrado PEN/UFSC 2015, em especial à **Moara Monteiro Sant’Helena**, minha “irmã” de orientadora e **Elizimara Ferreira Siqueira**, inspiração à Enfermagem na Atenção Primária.

À **Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, por me acolherem enquanto mestranda, permitindo meu crescimento pessoal e profissional.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo financiamento dos meus estudos, por meio da concessão de bolsa de mestrado.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis** pela autorização para a realização deste estudo.

Aos **Enfermeiros** participantes deste estudo por seus depoimentos e pelo interesse em participar desta pesquisa.

E a todos aqueles que não foram aqui citados, mas que de alguma forma contribuíram para a concretização desta etapa, minha eterna gratidão.

KAHL, Carolina. **Significando a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. 2016. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.  
Orientadora: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

## RESUMO

A prática clínica pode ser compreendida como a articulação de saberes e práticas, ocorrida no cenário de interação entre as pessoas envolvidas no cuidado, abarcando processos que contribuem para um cuidado de saúde integral, como a gestão do cuidado clínico realizada na consulta de enfermagem. O estudo teve como objetivo compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à sua prática clínica desenvolvida na Atenção Primária à Saúde de um município ao sul do Brasil. Adotou-se como referencial teórico a Integralidade em saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada pela Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*). Fizeram parte deste estudo 18 enfermeiros divididos em dois grupos amostrais, sendo o primeiro grupo constituído por 10 enfermeiros que atuam diretamente na assistência à população nos centros de saúde, e o segundo grupo formado por oito enfermeiros que integram a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem e que também prestam assistência direta à população nos centros de saúde. O período de coleta de dados ocorreu entre abril e outubro de 2016. Foi utilizado o *software* NVivo10® para auxiliar na organização dos dados durante o processo de análise. Conforme prevê o método, os processos de coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente, sendo a análise realizada em três etapas, a saber: codificação aberta, codificação axial e integração. Do processo analítico dos dados, emergiu o fenômeno, ou categoria central da pesquisa, intitulado “Desvelando a integralidade na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde alicerçada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem”, sustentado por três categorias concernentes aos componentes condições, ações-interações e consequências, sendo estas, respectivamente, “Percebendo a importância do conhecimento clínico e de infraestrutura adequada para o desenvolvimento da prática clínica do enfermeiro na perspectiva da Integralidade”, “Desvelando a Sistematização da Assistência de Enfermagem na consulta de enfermagem como elemento crucial à prática clínica do enfermeiro” e “Consolidando o vínculo de confiança com a comunidade a partir da autonomia, resolutividade e integralidade

da prática clínica do enfermeiro”. A compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros acerca de sua prática clínica na Atenção Primária à Saúde possibilitou desvelar o fenômeno, no qual se encontram fatores que condicionam a experiência desta, bem como as ações e interações ocorridas neste cenário e as repercussões emergidas a partir do desenvolvimento da prática clínica. Destaca-se a importância da consulta de enfermagem para o desenvolvimento da prática clínica do enfermeiro e do aporte proporcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem, conferindo uma prática clínica ordenada que confira a este profissional desenvolver um cuidado de qualidade pautado no princípio de integralidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Prática clínica baseada em evidências. Integralidade em saúde.

**KAHL, Carolina. Meaning nurse's clinical practice in Primary Health Care.** 132f. Dissertation (Master in Nursing ) – Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Supervisor: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles

## **ABSTRACT**

Clinical practice can be understood as the articulation of knowledge and practices occurring in the interactive scenario between the people involved in care, encompassing processes that contribute to integrality in healthcare such as in the management of clinical care performed in nursing consultations. The aim of this study was to understand the meanings attributed by nurses to their clinical practice developed in Primary Healthcare of a municipality in the south of Brazil. Integrality in Health was adopted as a theoretical reference. This is a qualitative research, anchored in the Grounded Theory. It included 18 nurses divided into two sample groups, with the first group consisting of 10 nurses who work directly in assisting the population in the health centers; and the second group consisted of eight nurses who are part of the Permanent Commission for Nursing Care Systematization, who also provide direct care to the population at health centers. Data collection occurred between April and October, 2016. NVivo10® software was used to help organize the data during the analysis process. According to this method, data collection processes and analysis occurred simultaneously, and the analysis was performed in three stages: open coding, axial coding and integration. A central phenomenon or research category emerged from the analytical data process, entitled "Unveiling integrality in nurse's clinical practice in Primary Healthcare based on Nursing Care Systematization", supported by three categories concerning the conditions, actions-interactions and consequences components, respectively: "Realizing the importance of clinical knowledge and adequate infrastructure for developing nurses' clinical practice in the perspective of Integrality"; "Unveiling Nursing Care Systematization in the nursing consultation as a crucial element in nurses' clinical practice"; and "Consolidating the bond of trust with the community based on autonomy, resolution and integrality of the nurse's clinical practice". Understanding the meanings attributed by nurses about their clinical practice in Primary Healthcare allowed for unveiling the phenomenon where the factors that condition the experience are inserted, as well as the actions and interactions that occur in this

scenario and emerging repercussions from developing clinical practice. The importance of the nursing consultation is emphasized for developing nurse's clinical practice and the contribution provided by Nursing Care Systematization, leading to orderly clinical practice that allows these professionals to develop quality care based on the principle of integrality.

**Key words:** Nursing. Primary Healthcare. Evidence-based practice. Integrality in health.

KAHL, Carolina. **Significando la práctica clínica del enfermero en la Atención Primaria en Salud.** 132f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016  
Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles

## RESUMEN

La práctica clínica puede ser comprendida como la articulación de saberes y prácticas, ocurridas en el escenario de interacción entre personas involucradas en el cuidado, abarcando procesos que contribuyen para un cuidado de salud integral, como la gestión del cuidado clínico realizado en la consulta de enfermería. El estudio tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos por los enfermeros a su práctica clínica desarrollada en la Atención Primaria en Salud de un municipio al sur de Brasil. Se adoptó como referencial teórico la Integralidad en salud. Se trata de una investigación cualitativa, anclada en la *Grounded Theory*. Formaron parte de este estudio 18 enfermeros divididos en dos grupos muestrales, siendo que el primero grupo fue constituido por 10 enfermeros que actúan directamente en la asistencia a la población en los centros de salud y el segundo grupo formado por ocho enfermeros que integran la Comisión Permanente de Sistematización de la Asistencia de Enfermería y que también prestan asistencia directa a la población en los centros de salud. El período de recolección de datos ocurrió entre abril y octubre de 2015. Fue utilizado el software NVivo10® para auxiliar en la organización de los datos durante el proceso de análisis. Conforme prevee el método, los procesos de recolección y análisis de los datos ocurrieron simultáneamente, siendo que el análisis realizado en tres etapas, a saber: codificación abierta, codificación axial e integración. Del proceso analítico de los datos, emergió el fenómeno o la categoría central de la investigación intitulada: “Revelando la integralidad en la práctica clínica del enfermero en la Atención Primaria a la Salud basada en la Sistematización de la Asistencia de Enfermería”, sustentado por tres categorías concernientes a los componentes condiciones, acciones-interacciones y consecuencias, siendo estas respectivamente: “Percibiendo la importancia del conocimiento clínico y de infraestructura adecuada para el desarrollo de la práctica clínica del enfermero en la perspectiva de la Integralidad”, “Revelando la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en la consulta de enfermería como elemento crucial a la práctica clínica del enfermero” y

“Consolidando el vínculo de confianza con la comunidad a partir de la autonomía, resolutividad e integralidad de la práctica clínica del enfermero”. La comprensión de los significados atribuidos por los enfermeros acerca de su práctica clínica en la Atención Primaria en Salud, posibilitó revelar el fenómeno en el cual se encuentran factores que condicionan a la experiencia de esta, bien como las acciones e interacciones ocurridas en este escenario y las repercusiones emergidas a partir del desarrollo de la práctica clínica. Se destaca la importancia de la consulta de enfermería para el desarrollo de la práctica clínica del enfermero y del aporte proporcionado por la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, confiriendo una práctica clínica ordenada que confiera a este profesional desarrollar un cuidado de calidad pautado en el principio de integralidad.

**Palabras clave:** Enfermería. Atención Primaria de Salud. Práctica clínica basada en la evidencia. Integralidad en salud.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Organização dos dados no Software NVivo 10®.....	55
<b>Figura 2.</b> Modelo paradigmático.....	58
<b>Figura 3.</b> Título e categorias do manuscrito “Prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”.....	63
<b>Figura 4.</b> Título e categorias do manuscrito “Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”.....	64



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Distritos Sanitários, segundo o número de Centros de Saúde.....	50
<b>Quadro 2.</b> Exemplo da etapa de codificação aberta.....	55
<b>Quadro 3.</b> Exemplo da etapa de codificação axial.....	56
<b>Quadro 4.</b> Exemplo da etapa de integração.....	57
<b>Quadro 5.</b> Memorando 08.....	59
<b>Quadro 6.</b> Memorando 14.....	60



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional De Doenças
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal De Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSAE	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN	International Council of Nursing
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
LEP	Lei do Exercício Profissional
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde

SAE	Sistematização da Assistência e Enfermagem
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Análise, Plano
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>25</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>31</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>33</b>
3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..	33
3.2 A PRÁTICA CLÍNICA NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	37
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>43</b>
4.1 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	43
4.1.1 CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE.....	46
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	49
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	50
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	52
5.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	53
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	54
5.6 MEMORANDOS.....	59
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	65
6.2 MANUSCRITO 1: PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	67
6.3 MANUSCRITO 2: AÇÕES E INTERAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	91
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>125</b>

<b>ANEXO I – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA EMITIDA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEPESH/UFSC.....</b>	<b>131</b>

## INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A prática clínica pode ser compreendida como a articulação de saberes e práticas, ocorrida no cenário de interação entre as pessoas envolvidas no cuidado – profissionais de saúde e pacientes, mediante o surgimento de necessidades clínicas e sociais presentes em cada momento da vida de um indivíduo, constituindo-se e transformando-se a partir da dinâmica das relações e interações emergidas (MATUMOTO et al., 2013, CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013; MATUMOTO et al., 2011).

Incorporado a essa prática, o raciocínio clínico diz respeito aos processos de ordem intelectual empregados pelos profissionais de saúde, conduzidos por sua área de conhecimento, para a apreensão das informações clínicas do paciente. É a partir da organização do conhecimento da sua disciplina que o profissional elabora e executa seu raciocínio e prática clínica (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013). Desse modo, torna-se indispensável o uso de habilidades técnico-científicas, na qual estão incluídos o conhecimento clínico e experiência prática, e o desenvolvimento cognitivo, que auxiliarão no processo de julgamento clínico na situação apresentada (AMORIM; MARCUCCI, 2011).

A prática clínica abarca diferentes processos articulados que contribuem para um cuidado de saúde integral, sendo estes, a gestão do cuidado clínico individual, caracterizado pela consulta, a gestão do processo familiar, que envolve a família no cuidado, e a gestão da prática clínica voltada para as ações organizacionais, de coordenação e avaliação do cuidado às pessoas e família (RAMOS et al., 2012). Para efeitos deste estudo, será considerada a prática clínica ocorrida na gestão do cuidado clínico individual, com ênfase nas consultas de enfermagem. Aspectos organizacionais poderão emergir e terão considerada sua relevância, visto que a gestão do cuidado abrange tais aspectos (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Nos diversos campos de atenção à saúde em que se dá a prática clínica, na atenção primária, secundária e terciária, tem se confirmado a afirmativa de que sistemas de saúde com forte predomínio da atenção primária são relativamente mais efetivos, apresentando melhores resultados no atendimento à saúde da população. É reconhecida a importância e destaque da Atenção Primária à Saúde (APS) nos diversos sistemas de saúde existentes mundialmente na proposta de superação do modelo hospitalocêntrico focado na doença (STARFIELD, 2012; SUMAR; FAUSTO, 2014).

No cenário nacional, a APS ganha destaque antes mesmo do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por representar um marco na organização dos serviços de saúde como proposta à remodelação assistencial, garantindo cuidados essenciais à saúde e à universalidade de atendimento aos indivíduos, família e comunidade. A ideia mundial de atenção primária, também denominada Atenção Básica à Saúde<sup>1</sup> (ABS) no âmbito nacional, remete ao primeiro nível de atenção, articulando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos (GIL, 2006; SOUSA; HAMANN, 2009).

Embasada nos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, a APS deve ser o primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, o primeiro contato dos usuários com o sistema. Tem como característica um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

Surgida em 1994 para ordenar o SUS, inicialmente denominada Programa Saúde da Família (PSF), e atualmente como Estratégia Saúde da Família (ESF) por não se tratar mais de um programa com início, meio e fim, mas sim uma estratégia contínua do sistema, a fim de promover a organização das ações de atenção à saúde, a ESF representa um fortalecimento da APS como o primeiro nível de atenção à saúde, sendo ordenadora do acesso e porta de entrada inicial das pessoas à Rede de Atenção à Saúde (RAS), com intuito de promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, seus familiares e comunidade. Desse modo, com vistas à priorização às ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, a ESF deve eleger a família e seu meio social como centro prioritário das ações em saúde, estabelecendo vínculo entre profissionais e população através de práticas humanizadas de cuidado (SOUSA, 2009).

O processo de trabalho na ESF deve ocorrer de maneira interdisciplinar, a partir da integração de distintos saberes e práticas conduzidos à integralidade e resolutividade das ações em saúde, realizadas por uma equipe multiprofissional composta por agente comunitário de saúde, cirurgião dentista, enfermeiro, médico, técnico de

---

<sup>1</sup> Tanto a Atenção Primária em Saúde quanto a Atenção Básica à Saúde referem-se ao primeiro nível de atenção à saúde das pessoas, para tanto, neste estudo será adotado o termo Atenção Primária à Saúde.

enfermagem e técnico em saúde bucal (SILVA et al., 2012; BRASIL, 2012c).

Sob esta ótica, enfatiza-se o propósito e tentativa constante de mudança do antigo modelo médico-centrado para o cuidado interdisciplinar e multiprofissional realizado em equipe, situando o enfermeiro como moderador do sistema de saúde, auxiliando a participação social da comunidade e provendo cuidados e prática clínicos de qualidade, em articulação às políticas de Atenção Básica de Saúde do país, em defesa dos usuários, promovendo saúde, autonomia e cidadania (BRASIL, 2012c).

Por possuir requisitos fundamentais como experiências de planejamento, execução e avaliações de ações assistenciais, administrativas e educativas, o profissional enfermeiro assume papel importante na APS. Em suma, o enfermeiro deve exercer sua prática profissional e clínica oportunizando a integração da equipe para que se efetivem ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, gerenciando o uso das tecnologias de cuidado necessárias à efetividade e resolutividade de suas ações, fortalecendo e garantindo sua autonomia clínica (BRASIL, 2012c). Entretanto, será que o enfermeiro vem assumindo este papel?

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) documentou em 2012 a importância do profissional de enfermagem no cenário da APS, no entanto aponta algumas lacunas encontradas na realização de sua prática clínica, dentre as quais se destacam, em relação à formação profissional, a deficiência na semiologia e no diagnóstico de enfermagem, e ligado à infraestrutura das unidades de saúde, a ausência de um espaço físico adequado para a realização de consultas de enfermagem (BRASIL, 2012a).

As ações do enfermeiro são mediadas por uma prática clínica que exprime a apropriação das situações de saúde-doença dos indivíduos, tanto em sua singularidade quanto em sua coletividade. Tal clínica abrange desde uma perspectiva de interpretação dos sinais e sintomas da doença, até sua interação com os sujeitos em suas existências, servindo como ponto de partida para sua abordagem clínica (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

Nesta ótica, destaca-se a prática clínica do enfermeiro presente em distintos cenários de interação com os usuários do SUS, ocorra ela fora do centro de saúde, no domicílio ou em modalidades de atendimento coletivo (atividades de grupo) ou atendimento individual à

demanda programada<sup>2</sup> e espontânea<sup>3</sup> (consulta de enfermagem). A demanda programada se refere às consultas previamente agendadas, sejam elas integrantes dos programas de atenção à saúde (pré-natal, puericultura, idoso, hipertenso, etc) ou não. Já a demanda espontânea refere-se, em especial, às consultas de urgências e emergências, embasadas nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada (BRASIL, 2012b).

O enfermeiro, juntamente a outros profissionais de saúde, está incumbido de prestar atendimento à sociedade em seus diversos estados de saúde-doença e, portanto, deve possuir conhecimento e domínio clínico de sua prática, visando maior efetividade de suas ações. Neste ponto, destaca-se que a prática clínica do enfermeiro deve consistir em uma assistência à saúde sistematizada, desenvolvida de modo planejado e com foco no paciente.

O uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem possibilita a organização do trabalho do enfermeiro, favorecendo o exercício da prática clínica através do planejamento, execução e avaliação de suas ações, viabilizando a identificação das necessidades de saúde-doença do paciente para então estabelecer diagnósticos, intervenções e avaliação da resolutividade almejada (MATUMOTO et al, 2011; ANTUNES; GUEDES, 2010). Para tanto, ressalta-se a importância de se incorporar a SAE na prática clínica na APS, onde o enfermeiro tem espaço de atuação clínica.

Neste cenário, transitar na relação entre “poder fazer” e “saber fazer” é o que diferencia o profissional de saúde em relação à resolutividade e valorização social e fortalece a confiança dos usuários do sistema de saúde e dos demais profissionais da equipe para com o enfermeiro (RAMOS et al., 2012). Portanto, transformar o conhecimento em prática clínica torna-se um desafio, uma vez que exige a articulação entre produção de conhecimento e decisões clínicas, fatores estes interdependentes aos profissionais, à organização em que estes trabalham e às políticas de gestão (GONZÁLES-TORRENTE, 2012).

---

<sup>2</sup> Demanda programada refere-se à demanda de pacientes com consultas previamente agendadas, com horário marcado e cujo foco da consulta já é conhecido pelo profissional de saúde.

<sup>3</sup> Demanda espontânea está destinada à demanda de pacientes que não possuem agendamento prévio, geralmente voltada a questões de urgência e emergência de APS, na qual o foco da consulta é desconhecido pelo profissional de saúde até que se inicie a consulta.

Neste sentido, destaca-se a importância do domínio teórico e prático pelos enfermeiros para a consolidação de seu espaço nos cenários de prática nos diferentes níveis de atenção à saúde (LANZONI, 2013). Este profissional encontra na teoria a base para o enfrentamento de situações futuras, representando uma fortaleza no seu campo de atuação, mas também encontra barreiras ao se deparar com as dicotomias existentes entre teoria e prática (BARLEM, 2012).

Na APS, o enfermeiro assume também ações de cunho administrativo, como a supervisão da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ou até mesmo ocupando o cargo de coordenação de Centro de Saúde (CS). Desse modo, o enfermeiro divide seu trabalho entre as atividades estritamente gerenciais e as atividades de assistência direta ao usuário, o que, por vezes, coloca a atuação clínica em segundo plano, conforme aponta um estudo realizado no serviço de atenção básica em um município no sul do Brasil (LANZONI, 2013).

A motivação para a realização deste estudo surgiu ainda na graduação do curso de enfermagem, durante o estágio supervisionado que encerrava as atividades acadêmicas realizado em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis. Ao desenvolver este estágio, realizando em conjunto às enfermeiras do CS atividades de coordenação e assistência, emergiu a importância do trabalho do enfermeiro no cenário da APS.

O centro de saúde em questão, assim como os demais centros da RAS de Florianópolis, atendia às consultas de demanda programada e espontânea, e passava, no momento, pela implantação da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, cujo intuito consiste na organização local e gestão das equipes de saúde, apresentando as atividades de assistência realizadas na APS, dentre as quais apresenta a necessidade de conformação da agenda de médicos, enfermeiros e dentistas dividida em 50% demanda programada e 50% demanda espontânea (FLORIANÓPOLIS, 2014). Diante disto, destacou-se ainda mais a força de atuação do enfermeiro na APS, evidenciando a necessidade deste de estar preparado para atuar frente às mais diversas situações de saúde-doença que emergirem em seu cenário de prática.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis lançou dois protocolos clínicos de enfermagem, em 2015 o volume 1 “Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares” e em 2016, o volume 2 “Doenças Sexualmente Transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva” desenvolvidos coletivamente com os enfermeiros da rede municipal de saúde de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Tanto a criação da “Carteira de Serviços da APS” como a dos protocolos de enfermagem representam uma ampliação na qualidade do acesso aos serviços de saúde de Florianópolis, bem como do fortalecimento da atuação clínica dos profissionais enfermeiros da rede.

Frente às fragilidades e potencialidades encontradas no cenário da APS, no que tange à prática clínica, emergem algumas indagações: como o enfermeiro da APS realiza a articulação do conhecimento teórico com a prática de trabalho? Como ele incorpora seu conhecimento teórico em sua prática clínica? Quais instrumentos ele faz uso a fim de fortalecer sua prática clínica no processo de trabalho? Qual significado atribuído a essa prática? Desse modo, questiona-se “como os enfermeiros significam a sua prática clínica na Atenção Primária à Saúde?”.

A realização deste estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão acerca da prática clínica exercida pelo enfermeiro no cenário da APS, possibilitando a compreensão do modo como os enfermeiros sustentam com o seu conhecimento teórico a prática clínica, como esta vem sendo desenvolvida e que significados os enfermeiros atribuem a ela.

Uma vez que se trata de um profissional constantemente em contato com a sociedade em suas situações agudas e crônicas de saúde, prestando-lhe assistência sempre que necessário, espera-se que este estudo possa impulsionar o desenvolvimento de melhores práticas clínicas e de cuidado à população em geral.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à sua prática clínica desenvolvida na Atenção Primária à Saúde de um município ao sul do Brasil.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O SUS, com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, representa um investimento do país para garantir acesso universal de todos os cidadãos aos serviços de saúde, transcendendo as políticas econômicas e sociais e que garanta, com seus princípios, longevidade e maior qualidade de vida a esses cidadãos, seguindo suas diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (MENICUCCI, 2009; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011).

Em 1978, durante a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, diversos países firmaram a Declaração Alma-Ata, que previa a meta de saúde para todos no ano 2000, destacando a composição da APS por cuidados essenciais à saúde fundamentados cientificamente, e garantindo a universalidade de atendimento aos indivíduos, famílias e comunidade. A ideia mundial de “atenção primária” remete ao primeiro nível de atenção à saúde, contudo no Brasil o termo mais comumente utilizado é o de “atenção básica”, que conserva a ideia de primeiro nível de atenção e sustenta o princípio de integralidade, articulando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos. Em suma, ambos os termos destinam-se a um ponto comum, no qual seus princípios e diretrizes impulsionam a formulação de estratégias de cuidado à saúde dos indivíduos e comunidade (SOUSA; HAMANN, 2009).

Importa ressaltar que o SUS, instituído e regulamentado pela Lei n. 8080 de 1990 e pelo Decreto n.7508 de 2011, em consonância ao Artigo n. 196 da Constituição Federal de 1988, assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por intermédio da formulação e execução de políticas sociais e econômicas com vistas à redução de riscos de doenças e danos à saúde, condicionando acesso universal e indiscriminado da população aos serviços de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011a). Corroborando ao exposto, a APS orientada pelos princípios de primeiro contato, como principal porta de entrada do SUS, longitudinalidade do cuidado com vínculo e responsabilização, integralidade, coordenação do cuidado em resposta ao conjunto de necessidades das pessoas e orientação familiar e

comunitária deve ser o centro de comunicação com toda a RAS (BRASIL, 2007).

A APS é desenvolvida através de práticas de cuidado e de gestão realizados por equipes de trabalho multiprofissional, atuando de maneira democrática e participativa a fim de proporcionar uma atenção integral, capaz de impactar a situação de saúde e a autonomia das pessoas. Deve agir nas demandas e necessidades de saúde de maior relevância e frequência em seu território, levando em consideração o risco, a vulnerabilidade e aspectos éticos envolvidos (BRASIL, 2012c).

Através da implantação, nos municípios, de equipes de saúde da família nos CS próximos às moradias das pessoas, a APS exerce função central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade, por meio de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, realizadas em equipe a populações de territórios definidos, considerando suas pluralidades, demandas e necessidades de maior relevância observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência da comunidade. As ações realizadas nos CSe em seu território adscrito possuem baixa densidade tecnológica por não possuírem aparatos de alta tecnologia no cuidado à saúde, mas possuem alta complexidade por lidar com as pessoas em suas singularidades e complexidade (BRASIL, 2012c).

Neste contexto, o trabalho em saúde vem sendo realizado de maneira multiprofissional pela equipe de saúde da família, composta minimamente por 1 (um) enfermeiro, 1 (um) médico, 1 (um) ou 2 (dois) técnicos de enfermagem e 4 (quatro) ou 6 (seis) agentes comunitários de saúde (LANZONI, MEIRELLES, 2012), contando ainda com o auxílio da equipe de saúde bucal, composta por dentista e auxiliar de higiene bucal.

São atribuições do processo de trabalho realizado pela equipe multiprofissional na APS: definição do território e da população adscrita para atuação da equipe de saúde; planejamento e organização das ações de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população e priorização àquelas de maior frequência e gravidade; planejar e desenvolver atividades com priorização aos grupos de risco; realizar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, garantindo a resolutividade da assistência; promover atenção integral à saúde da população registrada de forma contínua e organizada; atuar na saúde da população no Centro de Saúde (CS), no domicílio e em outras localidades dentro do seu território de abrangência; e realizar atividades educativas que impactem positivamente no processo saúde-doença do

indivíduo, desenvolvendo a autonomia e propiciando melhor qualidade de vida do indivíduo, familiar e comunidade (BRASIL, 2012c).

Dentre as ações supracitadas, o profissional enfermeiro recebe destaque por sua atuação frente às relações e interações com os demais profissionais e com os usuários, representando um importante elo entre a equipe de saúde e a comunidade (LANZONI, MEIRELLES, 2013). Neste sentido, o cenário da APS tenta superar o modelo médico-hospitalar, possibilitando a entrada de sujeitos, linguagens e novas perspectivas com potenciais para a reconstrução das práticas de saúde, pressupondo a rica e dinâmica interação entre profissional e usuário, bem como ampliando o panorama da racionalidade e orientação das tecnologias e profissionais de saúde. As ações em saúde na APS devem ser centradas no usuário, incorporando-se o uso de tecnologias leves que priorizem as práticas relacionais (SOUZA et al., 2008).

Criada inicialmente em 2006, pela Portaria nº 648, e então vigente pela Portaria nº 2.488 de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atua com uma proposta de atenção acolhedora e resolutiva da prática clínica, no âmbito individual e coletivo, abrangendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de agravos e doenças a fim de desenvolver uma atenção integral aos indivíduos, família e comunidade (SOUSA; HAMANN, 2009; BRASIL, 2012c).

Em concordância aos princípios da APS dispostos na PNAB quando infere que a organização, execução e gerenciamento dos serviços é competência das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), o município de Florianópolis instituiu, em 2014, a “Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde”, um documento ordenador cujo intuito é revisar e definir normas e diretrizes para o funcionamento das equipes de saúde e serviços da APS (BRASIL, 2012; FLORIANÓPOLIS, 2014).

A Carteira de Serviços da APS é contemplada por guias de prática clínico-assistenciais realizadas pelas equipes de saúde da família, seguindo o modelo de ESF vigente no município de Florianópolis, sendo responsáveis pelo acompanhamento e gerência do cuidado prestado à população de seu território, visando ações preventivas de doenças e de promoção à saúde, centradas no indivíduo, família e comunidade (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Partindo deste pressuposto, a Carteira de Serviços da APS apresenta as diretrizes para a gestão das equipes, nas quais constam as atividades mínimas de cada profissional da equipe básica de saúde, bem como da equipe de apoio (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF), que compreendem equipes multiprofissionais criadas pelo

Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de prestar apoio às equipes de saúde da família na APS com a ampliação da oferta de serviços de saúde, possibilitando a discussão de casos clínicos e atendimento compartilhado entre os profissionais, objetivando a qualificação na atenção à saúde da população (BRASIL, 2012c).

Dentre as atividades mínimas dos profissionais da equipe básica na Carteira de Serviços da APS, médico, enfermeiro e dentista, destaca-se a realização de atendimento clínico individual (consulta) à demanda programada e à demanda espontânea, de modo que 50% da sua agenda seja destinada à demanda espontânea em todos os turnos (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Neste sentido, é essencial que as equipes de saúde da família nos CS estejam preparadas para receber e acolher eventualidades na demanda espontânea, situações não programadas que podem ser resolvidas no momento da consulta, requeiram continuidade da assistência ou encaminhamento a outros serviços (BRASIL, 2011b). A demanda espontânea aparece também, na literatura e na prática profissional, como acolhimento, no entanto, quando se fala em acolhimento não se restringe esta ação somente à demanda espontânea, mas a todas as ações em saúde desenvolvidas pelos profissionais como um modo de se relacionar com o usuário e fortalecer o vínculo entre este e a equipe de saúde (TAKEMOTO, 2007).

Acolher às necessidades em saúde das pessoas requer, além dos saberes científicos e clínicos da profissão, os saberes sociais e culturais acerca dos indivíduos, no esforço para conhecê-los através da escuta e do diálogo, buscando soluções que correspondam às suas necessidades e, desse modo, propiciar uma rede de confiança e respeito entre as pessoas envolvidas nesse processo (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; TAKEMOTO, 2007).

A demanda espontânea representa um meio de facilitar o acesso das pessoas não contempladas pelos programas pré-estabelecidos pelo sistema, mas que necessitam de um acolhimento com amplitude clínica, realizado pelos profissionais de saúde, usando de saberes e competências com vistas à resolução de seus problemas (ROSOLIN, 2014). Nesta perspectiva, na articulação de seus conhecimentos científico-clínicos e práticos, o enfermeiro desempenha um papel clínico de extrema importância nos serviços da APS, usando de aparatos comuns à equipe, mas também, e principalmente, de atribuições privativas suas como, por exemplo, a consulta de enfermagem (RAMOS *et al.*, 2012).

A prática clínica na APS resulta das ações de cuidado desenvolvidas pelos profissionais, aqui em especial o enfermeiro, ao realizar o atendimento à população com uma escuta sensível e avaliação clínica minuciosa em busca de sinais, sintomas e/ou problemas de saúde que acometem os indivíduos, proporcionando um tratamento eficaz em consonância às suas necessidades.

### 3.2 A PRÁTICA CLÍNICA NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O processo de trabalho do enfermeiro tem como núcleo o cuidado, com foco nos procedimentos e raciocínio clínicos aliados à comunicação e interação com os indivíduos de maneira contextualizada de acordo com cada situação de cuidado. Há ainda a determinação de duas dimensões complementares, assistencial e gerencial, no processo de trabalho do enfermeiro. Na primeira, esse assume ações de cuidado direto às necessidades em saúde dos indivíduos, enquanto na segunda dimensão, o foco encontra-se nas funções administrativas, como organização do processo de trabalho, recursos humanos e insumos que repercutem, indiretamente, nas ações de cuidado prestadas aos usuários (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Dado o perfil de liderança fortemente presente nos enfermeiros pelas dimensões de seu trabalho, estes apresentam uma atuação diferenciada no âmbito da APS, com perfil plurivalente por estarem aptos a atender demandas advindas dos diferentes grupos de atenção à saúde, sejam crianças, mulheres, idosos ou adultos em situações crônicas ou agudas. Nesse quesito, os enfermeiros constituem-se como profissionais substanciais para o bom funcionamento das CS, promovendo, para além de suas atribuições, um espaço organizado e de colaboração para a formação de uma equipe coesa (LANZONI, MEIRELLES, 2013).

Diante da magnitude das atribuições do enfermeiro na APS, destacam-se fortes potências de sua atuação nesse cenário como, por exemplo, a gestão e o gerenciamento da sala de vacinas e supervisão da equipe de enfermagem, contribuindo para o controle de agravos preveníveis através de vacinação (MARINELLI; CARVALHO; ARAÚJO, 2015) e atenção à saúde da mulher com adoção de estratégias de prevenção ao câncer de colo de útero e estímulo a adesão ao exame de preventivo através de ações educativas em campanhas, palestras e consultas (RAMOS et al, 2014),

A consulta de enfermagem recebe destaque, compreendendo uma prática clínica individual desenvolvida pelo enfermeiro em um espaço delimitado, seja o consultório dentro de uma instituição de saúde, ou o próprio domicílio da pessoa, e pode ocorrer de maneira espontânea (demanda espontânea) ou agendada (demanda programada), com o intuito de assegurar uma assistência integral em conformidade às necessidades em saúde do usuário (RAMOS et al., 2012).

A prática clínica do enfermeiro elenca habilidades técnicas, relacionadas ao seu fazer, e habilidades teóricas, vinculadas ao saber da profissão que repercutem direta ou indiretamente na condição de saúde do paciente. Conforme consta na Lei do Exercício Profissional (LEP) nº 7.498/86, destacam-se algumas das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, principalmente na APS: realizar atenção à saúde dos indivíduos e família, no CS, no domicílio e demais espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades de grupo, solicitar exames complementares, prescrever e encaminhar usuários a outros serviços conforme disposições legais da profissão e protocolos federais, estaduais, municipais ou distritais; realizar atividades de demanda espontânea; planejar e gerenciar as atividades dos agentes comunitários de saúde; realizar e participar das atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros profissionais da equipe; e gerenciar os insumos necessários para o funcionamento do CS (BRASIL, 2012c).

Sustentada pela LEP, a consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro e deve seguir os princípios do SUS, almejando melhoria da qualidade de vida da população através da promoção da saúde e prevenção de doenças ou agravos, ações mediadas por uma abordagem contextualizada e participativa (COSTA et al., 2012). É através da consulta de enfermagem, com seu raciocínio clínico, que o enfermeiro é capaz de elencar problemas, conceber diagnósticos de enfermagem e elaborar o plano de cuidados mais adequado às necessidades do indivíduo (MARTINS et al., 2011; CERULLO, CRUZ, 2010).

Na APS, a consulta clínica possui três aspectos que merecem atenção especial, o primeiro deles é a estrutura, que diz respeito à infraestrutura do ambiente, aos elementos físicos, organizacionais e tecnológicos. O segundo aspecto a se levar em conta remete aos processos envolvidos na consulta, de comunicação e relação dialógica entre profissional e paciente. Por fim, o terceiro e último aspecto de relevância consiste nos resultados, na visão da pessoa quanto à

satisfação da assistência recebida, e da visão do profissional quanto à adesão ao tratamento e ao plano proposto (RAMOS et al., 2012).

A prática clínica na consulta de enfermagem consiste, ainda, no diagnóstico das situações de saúde a partir do levantamento de problemas trazidos pelas pessoas que buscam o serviço da APS. Sendo assim, para maior compreensão desta prática, cabe aqui explicitar que um problema clínico diz respeito à situação que requeira um diagnóstico para posterior elaboração do plano de ação. Diante disto, há a classificação diagnóstica por meio de padronizações oficiais, como o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) utilizado pela medicina, no entanto em APS, muitos dos problemas ou necessidades em saúde não possibilitam o diagnóstico por meio dessas classificações, o que também ocorre com a enfermagem, que, para tanto, possui diagnóstico próprio, o diagnóstico de enfermagem (RAMOS et al., 2012).

As consultas caracterizam-se como práticas autônomas e estratégicas do processo de trabalho do enfermeiro, permitindo a este conhecer as necessidades do usuário, elencando os problemas clínicos que permitem a elaboração do plano de cuidados, e reafirmando seu espaço no cotidiano da APS. É nesse fortalecimento da profissão que emerge SAE (ALVES et al., 2013).

A SAE, regulamentada no ano de 2000, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pela Resolução nº 272, posteriormente revogada em 2009 pela Resolução nº 358 dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados nos quais ocorre assistência dos profissionais enfermeiros (COFEN, 2009). O Processo de Enfermagem compreende um instrumento cujo intuito consiste em orientar as ações de cuidado de enfermagem, bem como a documentação da prática profissional e clínica do enfermeiro na consulta de enfermagem em serviços ambulatoriais, hospitalares e de atenção primária, orientado pelas seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (ALVES et al., 2013; RAMOS et al., 2012).

É a partir da SAE que emerge a necessidade de uma linguagem universal que sustente a prática do Processo de Enfermagem, para tanto, o Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE (*International Council of Nursing – ICN*) criou, em 1996, o Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que engloba todos os sistemas de classificação de enfermagem, *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Interventions Classification*

(NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (ALVES et al., 2013; RAMOS et al., 2012). Tais classificações servem de subsídio à prática clínica do enfermeiro na APS.

A CIPE compreende um instrumento de informação com uma linguagem unificada das ações de enfermagem, permitindo a comunicação e compreensão dos dados de saúde-doença da população entre os profissionais que realizam os atendimentos. Este sistema surgiu a partir da necessidade de manter um vocabulário próprio da prática desses profissionais, favorecendo a qualidade da assistência e fortalecimento da enfermagem enquanto profissão que produz cuidado, conhecimento e ciência (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Neste cenário, a consulta de enfermagem representa uma importante ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica do enfermeiro, indo além de uma ação de ajuda ao outro, mas também um momento de interação profissional-usuário, buscando, através da integração de saberes clínico-científicos com os saberes adquiridos na prática profissional e percepções do próprio usuário, as soluções para os problemas identificados (COSTA et al., 2012).

Assim, ressalta-se a importância das relações no espaço interacional da prática do enfermeiro, pois é no momento de interação que a prática clínica é desenvolvida, em experiências do cuidado referentes à avaliação das informações, diagnóstico, planejamento e intervenção (MENDES, 2010). Ao se pensar no cenário de uma consulta de enfermagem à demanda espontânea, por exemplo, o enfermeiro questionará ao usuário sobre o motivo de sua procura ao serviço da APS, este por sua vez, relatará seus motivos, queixas, sinais e sintomas ao enfermeiro que, após uma escuta sensível e exame físico, será capaz de avaliar, diagnosticar, planejar e executar sua intervenção. Desse modo, através do diálogo, da troca de experiências, da articulação dos saberes científicos, clínicos, sociais e culturais, a prática clínica é efetivada.

A prática clínica do enfermeiro pautada nas competências profissionais, saberes, habilidades e visão de mundo, valorizando os contextos sociais e históricos existentes, tais contextos definem a forma pela qual o enfermeiro constrói sua prática, ou seja, não é possível considerar a prática clínica do enfermeiro como única e universal, uma vez que ela emerge dos contextos e significados a ela atribuídos (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Corroborando ao exposto, a fim de fortalecer a prática clínica, cabe ao enfermeiro garantir sua autonomia clínica, na qual tem a possibilidade de utilizar todo seu conhecimento teórico-prático e poder

planejar e executar suas ações de cuidado, moldando-as conforme se dão as interações no cenário. A prática clínica deve ainda possuir perspectivas de finalidade e intencionalidade, com foco no usuário e pensamento crítico antes da tomada de decisão e devida ação (MENDES, 2010).

Assim, a fim de garantir e fortalecer sua prática clínica é necessário ao enfermeiro a habilidade de articular padronizações específicas de diagnóstico e intervenções às inúmeras variáveis encontradas na fisiologia humana e subjetividade do ser (RAMOS, 2014). Ou seja, além de possuir domínio teórico-científico da clínica, é de extrema importância saber lidar com as divergências, de ordem social, por exemplo, encontradas na prática, só assim será possível ao enfermeiro apropriar-se de sua autonomia clínica e garantir a efetividade de suas ações.

Em suma, a prática clínica do enfermeiro refere-se às ações desenvolvidas com base no conhecimento científico de sua disciplina e no conhecimento clínico, que abrange o reconhecimento de sinais e sintomas mediante avaliação criteriosa através da coleta de informações pelo histórico de enfermagem e realização do exame físico com competência, possibilitando um planejamento de cuidados adequados garantindo assim o exercício de uma prática clínica efetiva em prol da melhor assistência e qualidade de vida dos indivíduos.



## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Adotou-se como referencial teórico desta pesquisa o conceito de Integralidade, que será apresentado aqui, especialmente, a partir de textos produzidos pelo Laboratório de Pesquisas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), localizado no Instituto de Medicina Social na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), cuja notoriedade encontra-se no trabalho de ensino e pesquisa voltado a esta temática, reunindo um grupo de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde, no intuito de repensar a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e desenvolvimento de experiências inovadoras desta prática. (LAPPIS, 2016).

### 4.1 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A integralidade constitui uma das diretrizes do SUS que garante o atendimento integral à população com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e orienta políticas e ações de saúde com vistas ao atendimento às demandas e necessidades das pessoas no acesso à rede de serviços. Considerando as dimensões biopsicossociais e culturais dos sujeitos, a integralidade compreende um conjunto estruturado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e de promoção à saúde, no âmbito individual e coletivo, nos diferentes níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988; FRACOLLI et al., 2011).

Como um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, a integralidade se caracteriza pela busca constante de ampliação da apreensão das necessidades em saúde de determinada população através do diálogo entre os sujeitos e seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (FRACOLLI et al., 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 44) ainda traz integralidade como “proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais”. Neste sentido, a integralidade prevê a articulação das ações de pensar e agir dos profissionais de saúde para além das alterações fisiopatológicas, em uma visão mais ampla do ser humano com seus sentimentos, anseios

e desejos. Devendo ser vista como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Na PNAB a integralidade é descrita em três aspectos complementares: articulação das ações programáticas e de demanda espontânea, e coordenação das ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação; trabalho multiprofissional e interdisciplinar, e; coordenação da rede de atenção. Aspectos estes voltados ao desenvolvimento de um processo de trabalho centrado no usuário, na promoção da sua autonomia e na garantia da direito à saúde (BRASIL, 2012b).

O tema da integralidade pode ser melhor compreendido e aprofundado, segundo Mattos (2006), a partir de diferentes dimensões complementares, trazidas aqui em dois pontos de vista: o primeiro acerca da saúde coletiva e o segundo acerca da abordagem individual. Sob a ótica da saúde coletiva, a integralidade requer a articulação entre as ações coletivas e preventivas às ações curativas, necessárias dentro de cada serviço de saúde e também entre os diversos setores que formulam e executam as políticas públicas. Na perspectiva de uma abordagem individual, ressalta-se a atenção às pessoas como um todo, não fragmentando o cuidado em aparelhos, órgãos ou patologias, mas sim englobando um olhar sobre as questões subjetivas que dizem respeito ao contexto social desses indivíduos, portadores de singularidades (PINHEIRO; FERLA; MATTOS, 2006).

No campo da APS, é dado enfoque à abordagem integral realizada pela equipe multiprofissional de saúde, onde a sinergia de disciplinas e saberes das diferentes categorias profissionais convergem para a abordagem ao usuário em uma atitude integral de olhar em equipe e não simplesmente um somatório de vários saberes e práticas. Tal abordagem exige um olhar para além das queixas e do relato de sofrimento dos indivíduos, objetivando o alcance de aspectos preventivos aos agravos e de foco às ações de promoção da saúde (PINHEIRO; FERLA; MATTOS, 2006).

É fundamental que essa integração e interrelação multiprofissional ocorra em todos os serviços e de forma contínua. Na APS, porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a qualidade do atendimento prestado pelo profissional de saúde é definidora do caminhar do usuário no sistema. A qualidade da assistência dependerá da formação técnica, determinante para a resolutividade clínica do caso, e da formação ética do profissional, que definirá o grau de vínculo e responsabilização dos profissionais com o usuário, contribuindo para um

plano de cuidados integral à saúde dos indivíduos (MAGALHÃES JR, 2002).

A organização do processo de trabalho na APS, orientada pelo princípio da integralidade, requer alguns fatores como: gestão do sistema de saúde orientada pelo trabalho em rede, modelo assistencial orientado pela responsabilização e vínculo, trabalho em equipe, disponibilidade de recursos tecnológicos e sistema de informação (PINHEIRO; FERLA; MATTOS, 2006).

A gestão do sistema de saúde orientada pelo trabalho em rede conta com a organização do sistema de saúde regionalizado e delimitado por diferentes densidades de complexidade assistencial, apresentando-se como alternativa para redução da fragmentação do sistema e da assistência à saúde, favorecendo acesso, continuidade, integralidade da assistência e racionalização dos recursos (SHIMIZU, 2013).

No tocante ao modelo assistencial, este deve ser orientado pelos princípios de responsabilização e vínculo entre profissionais de saúde e usuários, pois somente com a credibilidade, confiança e vínculo do usuário nos profissionais é possível um comprometimento deste com o tratamento e plano de cuidados, em um sentido de corresponsabilização de todos os atores neste cenário, auxiliando e incentivando a melhoria no tratamento indicado. Somado a isso, o trabalho em equipe requer a integração dos diferentes saberes e práticas dos profissionais de saúde, em um sentido de transdisciplinaridade, ampliando a visão desta sobre os problemas trazidos pela população (PINHEIRO; FERLA; MATTOS, 2006).

Há que se ressaltar a importância da disponibilidade de recursos tecnológicos necessários à continuidade e complementação da assistência à saúde desta população em todos os níveis da RAS, bem como a oferta de consulta e exames especializados, com fins de garantir a integralidade da atenção à saúde em todo o caminho dos indivíduos pelo sistema de saúde. Torna-se pertinente a existência de um sistema de informação que dê conta da complexidade e da atualidade de uma gama de informações de saúde destes indivíduos pelo sistema, objetivando a integralidade nas informações e contribuindo para a efetividade do cuidado deste na rede (PINHEIRO; FERLA; MATTOS, 2006).

Os sentidos da integralidade apresentam características como acesso, capacidade dos profissionais de saúde em perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, articulação de equipe multiprofissional nos serviços de saúde, oferta de serviços que compreendam ações que vão desde a promoção da saúde até à reabilitação de sequelas, e a possibilidade de articulação de serviços em

níveis crescentes de densidade tecnológica para a resolutividade dos problemas de saúde-doença da população (SILVA JR et al, 2006).

Ainda a abertura do profissional para captar outras demandas além da queixa principal, buscando compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta, agindo antes do acometimento deste, seja com atividades de promoção à saúde ou atividades preventivas, compreende um dos sentidos da integralidade. (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Assim, o serviço de APS atrelado ao trabalho de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que compõe a ESF, confere um espaço para o desenvolvimento pleno da integralidade do cuidado à saúde dos indivíduos, sendo considera aqui como a amplitude de olhar aquém das necessidades em saúde principais destes, focando ações de promoção à saúde, visto que estas compreendem a base do trabalho na APS.

#### 4.1.1 CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

No sistema de saúde nacional, o que vigora no serviço de APS é a ESF, que representa um marco no sistema de saúde na tentativa de promover a ruptura do modelo de assistência biomédico e avanço de uma nova prática de cuidado, centrada no usuário em sua totalidade, adotando uma postura acolhedora com as pessoas, estabelecendo vínculo, e definindo condutas e prioridades igualitárias e condizentes com suas necessidades (VIEGAS; PENNA, 2013).

Para a concretização da integralidade neste cenário é necessário que cada profissional que compõe a ESF desempenhe suas ações de maneira coordenada e articulada à equipe em prol do cuidado integral ao usuário (VIEGAS; PENNA, 2013). Nesta conjuntura, apresenta-se um desafio para os profissionais da equipe pensar a integralidade do cuidado em saúde concebida em rede, articulando a integralidade focada no interior de cada processo de trabalho com uma integralidade de maior amplitude realizada em uma rede de serviços de saúde (FRACOLLI et al., 2011).

Para o alcance da integralidade do cuidado, é preciso que os profissionais da ESF ampliem o olhar para os indivíduos, considerandos-os como protagonistas deste processo de cuidar. A efetividade do cuidado concentra-se na formulação de um trabalho voltado aos indivíduos e à coletividade, relacionando subjetividade, crenças e

valores a todos os sujeitos envolvidos no cuidado (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010).

O cuidado compreende o desvelo, solicitude, atenção, bom trato. É o meio de centrar-se no outro, envolvendo competência técnica, conhecimento científico e qualidades humanas, aspectos estes que são interligados por uma ação dinâmica, pensada e refletida de cuidar (ROCHA et al, 2011).

Tendo o cuidado como essência de seu processo de trabalho, o enfermeiro integra-se fundamentalmente nas práticas de cuidado e, com sua formação generalista, crítica e reflexiva, possui plena capacidade para atuar na garantia da integralidade do cuidado, pensando a ampliação das práticas de saúde que considerem aspectos da vida dos usuários além daqueles relacionados ao adoecimento, possibilitando assim o planejamento de uma prática clínica mais efetiva com vistas à promoção da saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MANICA, 2013).

Desse modo, fortalece-se a necessidade de valorização da atenção à saúde, em especial no fortalecimento de estratégias na APS que foquem em uma clínica com práticas de manejo e cuidado e não somente focadas no tratamento e na cura. Tal necessidade implica um desafio em implantar os conceitos da integralidade na prática clínica, uma vez que é preciso avançar, no campo teórico e prático, um modo de refletir e atuar pautados na integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2006a), compreendida aqui como a ampliação do olhar às necessidades em saúde dos indivíduos, articulando o desenvolvimento de uma prática clínica a uma prática social de cuidado que atente para o contexto biopsicossocial ao qual os sujeitos estão envolvidos.



## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, embasada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A pesquisa qualitativa refere-se a qualquer tipo de pesquisa que origine dados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou quantitativos, podendo ser relacionados a experiências vividas, comportamentos, emoções, bem como ao funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interações, partindo de pressupostos que abordam os significados atribuídos pelas pessoas ou grupos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Traduzida do inglês *Grounded Theory*, a TFD foi criada inicialmente em 1967 por dois sociólogos norte-americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss, com o propósito de construir uma teoria que fosse baseada nos dados. Este método permite a identificação de conceitos e o desenvolvimento de explicações teóricas que vão além do conhecido, oportunizando a descoberta de novas informações sobre uma variedade de experiências e fenômenos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

De um lado, tinha-se Strauss, formado na *University of Chicago*, com fortes influências em pesquisas qualitativas e por textos interacionistas e pragmáticos, contribuindo no desenvolvimento deste método com reflexões de que as teorias devem basear-se nos dados do campo, especialmente nas ações e interações sociais das pessoas. Por outro lado Glaser, formado pela *Columbia University*, por seu domínio no campo quantitativo, contribuiu com o método no uso das comparações entre dados para identificar, desenvolver e relacionar conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Assim, a TFD intenciona ir além da descrição, buscando a criação ou descoberta de uma teoria dentro de um processo ou ação, que explique como as pessoas estão experimentando um fenômeno, a partir dos significados atribuídos por elas a este processo. A criação de uma teoria, ou teorização, consiste em conceber ideias/conceitos e formulá-los de maneira sistematizada, lógica e explicativa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A corrente Straussiana da TFD sofreu uma atualização em sua nova edição no ano de 2015, a qual serve de aporte metodológico para esta pesquisa. Para Corbin e Strauss (2015), teoria compreende um conjunto de categorias bem desenvolvidas, sistematicamente interrelacionadas através de interações e declarações de relação para

formar uma estrutura teórica que explique fenômenos sociais, psicológicos, educacionais, de enfermagem, entre outros. Neste sentido, uma teoria vai além de um conjunto de resultados, ela oportuniza a explicação dos fenômenos, responde quem, o que, quando, onde, por que, como e com que consequências esse fenômeno ocorre.

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o serviço de APS do município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina (SC), situada no litoral catarinense, cujo território é formado por uma parte insular e outra parte continental. Com extensão territorial de 675,409 km<sup>2</sup>, Florianópolis possui aproximadamente 469 mil habitantes segundo dados do IBGE (2015), e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,847, o que a situa na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1), ocupando a 3<sup>a</sup> posição no *ranking* entre os municípios do país segundo o IDHM (FLORIANÓPOLIS, 2015).

A rede de APS de Florianópolis tem sua administração ocorrendo em dois níveis: Central, realizado pela SMS de Florianópolis, responsável pelo gerenciamento e planejamento das ações em saúde, e os Distritos Sanitários, responsáveis pela administração em nível regional. A rede é composta por 49 centros de saúde distribuídos em cinco distritos sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul (FLORIANÓPOLIS, 2015), conforme ilustrado no quadro 1.

**Quadro 1.** Distritos Sanitários, segundo o número de Centros de Saúde

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>Nº de Centros de Saúde</b>
Centro	6
Continente	11
Leste	9
Norte	11
Sul	12
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2015.

Desde meados do ano de 1996, Florianópolis teve as primeiras equipes e iniciativas de implantação da ESF. No entanto, foi no ano de 2007 que a Portaria n.283 foi editada, institucionalizando a ESF como

ordenadora das ações da Atenção Primária, com as Equipes de Saúde da Família nos CS em concordância às diretrizes e princípios da PNAB (SISSON et al, 2011).

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O processo de compor a amostra na TFD chama-se amostragem teórica do conteúdo, que consiste em coletar dados de lugares e pessoas que melhor responderão à pergunta de pesquisa, fornecendo um leque de informações que oportunizem o desenvolvimento de conceitos em termos de suas propriedades e dimensões, além de revelar variações e identificar relações e interações entre conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Diferentemente de outros métodos de amostragem, na TFD o pesquisador não coletará todos os dados para depois iniciar a análise. A análise dos dados inicia-se logo após a realização da primeira coleta e, a partir daí, coleta e análise passam a ocorrer simultaneamente. A análise conduz aos conceitos que, por sua vez, geram questões que levam a outras coletas. Este ciclo se repete até que o pesquisador atinja o ponto de saturação, ou seja, quando não emergem novos conceitos da coleta e as principais categorias estão completamente desenvolvidas, mostram variação e estão integradas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Na TFD não existe número pré-definido de participantes, o que existe é uma população inicial identificada, enquanto o restante fica em aberto. A partir da análise das entrevistas desta população inicial, que compõe o primeiro grupo amostral, serão identificados novos participantes, que irão compor novos grupos amostrais. A quantidade de grupos amostrais também não é previamente definida, pois segue até que se atinja a saturação dos dados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Inicialmente foram selecionados, de maneira intencional, enfermeiros de dez centros de saúde com maior número de consultas de demanda espontânea realizado, através de dados obtidos na SMS do município, englobando os cinco Distritos Sanitários. Como critério de inclusão adotou-se que esses enfermeiros integrassem a ESF há pelo menos seis meses e realizassem assistência direta às pessoas e comunidade através das consultas de demanda espontânea, totalizando dez (10) enfermeiros, sendo um enfermeiro por centro de saúde, para este grupo amostral.

Com as entrevistas do primeiro grupo amostral, observou-se que os enfermeiros reportavam-se aos protocolos de enfermagem como ferramenta de apoio à sua prática clínica, por estes fornecerem orientações diretas sobre a conduta a ser tomada diante de casos clínicos específicos, respaldando-os legalmente para as condutas a serem tomadas.

Foi evidenciado ainda o apoio de outras instâncias dentro da SMS da Prefeitura de Florianópolis, como a Gestão de APS e a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE), pelo incentivo à ampliação da prática clínica e aumento da autonomia do enfermeiro com criação desses protocolos. Essa comissão é composta por enfermeiros de diferentes setores da APS da SMS de Florianópolis, sendo a criação dos protocolos realizada pelos próprios enfermeiros da prática.

Emergiu assim, a hipótese que a CSAE apresenta grande importância na instrumentalização e autonomia dos enfermeiros da APS para a prática clínica diante da elaboração de protocolos clínicos de enfermagem. A fim de melhor compreender esse apoio reportado pelos enfermeiros, optou-se por compor um segundo grupo amostral, formado pelos enfermeiros que fazem parte da CSAE. Compuseram esse grupo oito (08) enfermeiros. Os critérios de inclusão adotados para esse grupo foram: participar da CSAE e também atuar na assistência direta à população no centro de saúde.

Os critérios de exclusão adotados para ambos os grupos amostrais foi: estar afastado do trabalho durante o período de coleta de dados. Sendo assim, foram excluídos dois enfermeiros do segundo grupo amostral que se encontravam de licença do trabalho no período que compreendeu a coleta dos dados. A partir da repetição de informações e ausência de novos elementos relevantes para a pesquisa e compreensão do fenômeno, obteve-se a saturação teórica, totalizando dezoito (18) participantes.

#### 5.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados dividiu-se em duas partes, a primeira para a caracterização dos sujeitos e a segunda para a entrevista individual não estruturada.

De acordo com o método, a entrevista não estruturada é o recurso que provê a maior riqueza de dados para a construção de uma teoria. Neste tipo de entrevista o participante possui maior liberdade de se expressar, falando abertamente sobre sua experiência na área pesquisada (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A questão inicial da pesquisa foi aberta e ampla, estreitando-se progressivamente e tornando-se mais focada à medida que a pesquisa se desenvolveu e que os conceitos e suas relações foram descobertos (CORBIN; STRAUSS, 2015). A entrevista foi iniciada com uma questão inicial norteadora: “Fale-me sobre a sua prática clínica no

cuidado às pessoas na APS” (Apêndice A) e, no decorrer da entrevista, novas questões foram levantadas para se responder ao objetivo do estudo, visando à compreensão do fenômeno estudado.

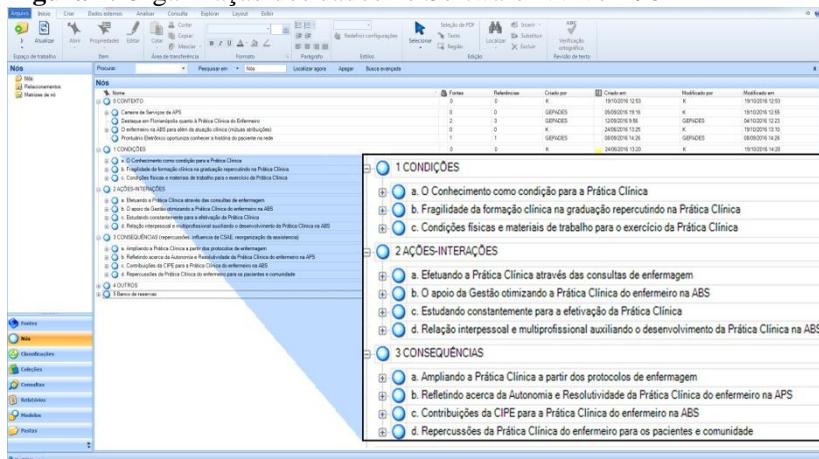
A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre abril e outubro de 2016. O contato para a participação no estudo foi feito via telefone, disponível *online* no *site* da prefeitura do município, com agendamento prévio do horário e local para a coleta dos dados, que foi realizada no próprio centro de saúde, local de escolha dos participantes, sendo em sua maioria realizada no próprio consultório ou sala de reuniões. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram áudio-gravadas na íntegra e posteriormente transcritas para a análise.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

O método de análise de dados se deu pela análise comparativa, que consiste na constante comparação dos dados com o intuito de determinar diferenças e similaridades entre os dados. Este método consiste em reduzir os dados em conceitos, desenvolver conceitos em suas propriedades e dimensões, e diferenciar um conceito de outro (CORBIN, STRAUSS; 2015).

Para auxiliar neste processo, foi utilizado o *software* NVivo 10® (ilustrado na figura 1), uma ferramenta que auxilia na organização dos dados de pesquisas qualitativas. Ele permite que se reúna e organize conteúdos de entrevistas, discussões em grupo, pesquisas, áudio, dentre outros (QSR INTERNATIONAL, 2015). Neste estudo a ênfase foi sobre as entrevistas e memorandos desenvolvidos ao longo da pesquisa.

**Figura 1.** Organização dos dados no Software NVivo 10®



Fonte: Arquivo da autora, Florianópolis, 2016.

Na TFD, o processo de análise ocorre em três etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. A codificação aberta é o primeiro passo do processo analítico, no qual os conceitos foram identificados e suas propriedades e dimensões descobertas. As propriedades dizem respeito às características que definem e descrevem os conceitos, enquanto dimensões referem-se às variações dentro das propriedades. Neste momento, foi feita a nomeação dos fenômenos, processo chamado de “conceituação”, que consiste no agrupamento de fatos e acontecimentos similares sob um mesmo tópico ou classificação comum - categoria (CORBIN; STRAUSS, 2015).

**Quadro 2.** Exemplo da etapa de codificação aberta

Entrevista 004	Código preliminar
(...) a experiência né, o dia a dia que vai te dar suporte para desenvolver a prática clínica.	
<b>Entrevista 009</b>	
(...) tu tem que ter a prática, tu tem que estar atendendo, estar vendo casos. Tem que estar praticando no dia a dia.	Aprimorando a prática clínica com a experiência

Fonte: Elaborado pela autora

Na codificação axial, as categorias foram relacionadas às subcategorias, com o objetivo de obter uma explicação mais completa sobre o fenômeno, suas propriedades e dimensões. Uma categoria representa um fenômeno, ou seja, um problema, um fato definido como importante para os informantes, enquanto as subcategorias respondem questões sobre o fenômeno (CORBIN; STRAUSS, 2015).

**Quadro 3.** Exemplo da etapa de codificação axial

<b>Subcategorias</b>	<b>Categoria</b>
Conhecimento como condição para a prática clínica	Percebendo a importância do conhecimento clínico e de infraestrutura adequada para o exercício da prática clínica do enfermeiro na APS
Fragilidade na formação clínica na graduação repercutindo na prática clínica	
Condições físicas e materiais de trabalho para o exercício da prática clínica	

Fonte: Elaborado pela autora

O processo final do desenvolvimento da teoria é conhecido como integração, e consistiu na ligação das categorias em torno de uma categoria central, com o intuito de reduzir e aprimorar a teoria. A categoria central representa o tema principal da pesquisa, que envolve todos os produtos de análise, sintetizados em poucas palavras, que expressam sobre o que se trata a pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

**Quadro 4.** Exemplo da etapa de integração

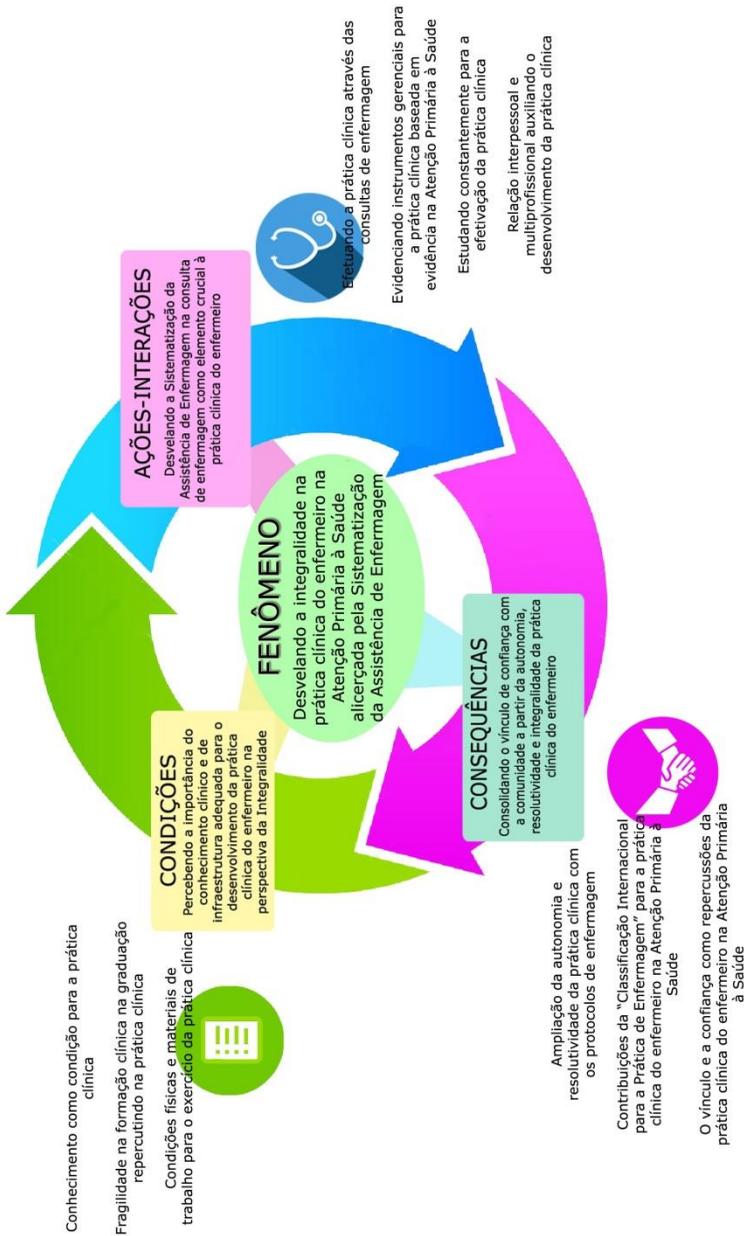
<b>Categorias</b>	<b>Categoria central</b>
<p>Percebendo a importância do conhecimento clínico e de infraestrutura adequada para o exercício da prática clínica do enfermeiro na APS;</p> <p>Desvelando a SAE na consulta de enfermagem como elemento crucial da prática clínica do enfermeiro na APS;</p> <p>Consolidando o vínculo de confiança com a comunidade a partir da ampliação da autonomia e resolutividade da prática clínica do enfermeiro na APS;</p>	<p>Desvelando a integralidade na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde alicerçada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem</p>

Fonte: Elaborado pela autora

O presente estudo seguiu o modelo paradigmático proposto por Corbin e Strauss (2015), uma ferramenta analítica que possibilita reunir e ordenar os dados sistematicamente, integrando estrutura e processo.

O primeiro componente condições, expressa as razões dadas pelos informantes para o acontecimento de determinado fato, bem como as explicações dadas para o por quê de responderem da maneira que respondem através de uma ação. O componente ações-interações corresponde à resposta expressa pelas pessoas ou grupos aos eventos ou situações problemáticas ocorridas em sua vida. O componente consequências refere-se aos resultados previstos ou reais. Por fim, estes três componentes juntos criaram a categoria central, ou fenômeno da pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015) que neste estudo intitula-se **“Desvelando a integralidade na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde alicerçada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem”**, ilustrado na figura a seguir:

**Figura 2.** Modelo paradigmático



Fonte: elaborado pela autora

## 5.6 MEMORANDOS

A TFD faz uso dos memorandos como um recurso para auxiliar a análise dos dados. Os memorandos consistem no registro escrito do processo analítico dos dados, externalizando a análise sobre os códigos e suas relações. Devem ser construídos ao longo de todo o processo de coleta e análise dos dados, representam a interação do pesquisador com os dados, examinando, fazendo comparações, questionando, criando conceitos que sustentam os significados e sugerindo possibilidade de relações entre os conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A seguir encontram-se alguns dos memorandos elaborados para demonstração dessa etapa do método.

### **Quadro 5. Memorando 08**

#### **Memorando 08**

**07 de agosto de 2016**

#### **Compreendendo a prática clínica do enfermeiro na consulta de enfermagem**

A prática clínica pode ser compreendida como o exercício profissional voltado às situações de saúde-doença dos indivíduos, considerando seus aspectos biopsicossociais. Pode-se entender “prática” como o “fazer”, “executar”, “desempenhar” da profissão, enquanto “clínica” volta-se para o “cuidado”, “tratamento”. Assim, compreendendo a prática clínica como o exercício do cuidado à saúde dos indivíduos, ter-se-ia uma abrangência maior dos cenários onde o enfermeiro desenvolve sua prática clínica, no entanto, quando questionados sobre esta, os participantes reportavam-se diretamente às consultas de enfermagem como meio pela qual a desenvolvem, tendo-a ainda como inerente à sua prática enquanto enfermeiro, à sua prática na consulta de enfermagem. Desse modo, o destaque da prática clínica do enfermeiro na APS encontra-se no exercício da consulta de enfermagem.

Fonte: Elaborado pela autora

**Quadro 6. Memorando 14****Memorando 14****20 de setembro de 2016****Refletindo sobre autonomia e resolutividade**

Muito se revelou a autonomia e resolutividade nas entrevistas no discorrer sobre a prática clínica do enfermeiro na APS. Destacou-se maior autonomia neste cenário, maior autonomia nas consultas de enfermagem, ampliação da autonomia e consequente resolutividade com a criação dos protocolos. Destacou-se também falta de autonomia neste cenário no tocante à resolutividade das ações de cuidado, mais especificamente voltadas ao tratamento medicamentoso. No entanto, o que significa ter autonomia? O que define a resolutividade da prática clínica do enfermeiro? É iniciar e finalizar sua consulta cem por cento sozinho, sem precisar do auxílio de outro profissional? Ou é desempenhar seu papel, desenvolvendo ações dentro do que lhe é estabelecido e permitido legalmente? Será que o enfermeiro é “menos resolutivo” por precisar que outro profissional execute uma ação que foge à sua alçada? Ou ele foi resolutivo até onde o “ser enfermeiro” pode ser?

Fonte: Elaborado pela autora

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender aos princípios éticos, foram observadas e seguidas as recomendações da Resolução n. 466/2012 e n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos. No desenvolvimento da pesquisa foram cumpridas as solicitações éticas de autorização para o estudo, como a autorização emitida pela SMS de Florianópolis para realização da pesquisa (Anexo I) e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob protocolo n. 1.475.139 (Anexo II).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa, tendo assegurado o direito de retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) que foi assinado em duas vias, ficando uma em poder da pesquisadora e outra do participante da pesquisa com o propósito de resguardar a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados pela pesquisadora. Os participantes tiveram assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, garantido o direito de confidencialidade e anonimato e de acesso aos dados, podendo consultá-los no momento em que desejarem.

Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos nas falas dos manuscritos por um código, ou seja, pela letra E (Entrevista) seguido do número de ordem da entrevista (E1, E2, E3...).

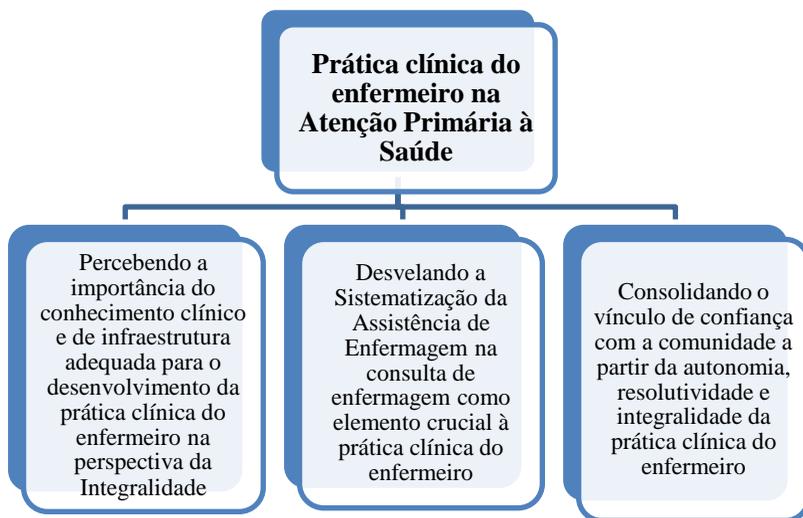


## 6 RESULTADOS

Neste capítulo os resultados estão apresentados em três subcapítulos, o primeiro com a caracterização dos participantes da pesquisa e os dois seguintes com os dois (02) manuscritos, conforme estabelecido pela Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC).

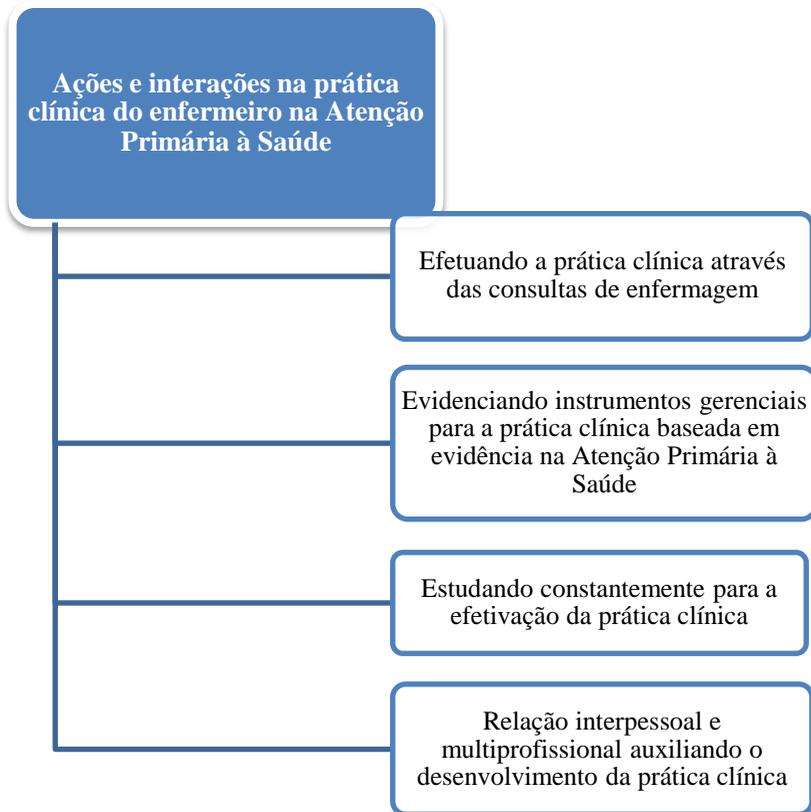
As figuras abaixo apresentam os títulos e categorias dos manuscritos apresentados.

**Figura 3.** Título e categorias do manuscrito “Prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”



Fonte: elaborado pela autora

**Figura 4.** Título e categorias do manuscrito “Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”



Fonte: elaborado pela autora

## 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo dezoito (18) enfermeiros de quinze (15) centros de saúde do município de Florianópolis, distribuídos entre os cinco (05) distritos sanitários existentes, sendo dezesseis (16) do sexo feminino e dois (02) do sexo masculino, com idades variando entre 27 e 54 anos. O tempo de formação dos participantes na graduação em enfermagem variou entre seis e 33 anos, dos quais quatro (04) tiveram formação em universidade privada e catorze (14) em universidade pública.

O período de atuação na SMS variou entre 1 e 15 anos, e o período de atuação no centro de saúde atual ficou compreendido entre 1 e 12 anos. Referente à formação complementar, todos possuem pelo menos uma (01) especialização, sendo que dezesseis (16) possuem especialização em Saúde da Família, quatro (04) especialização em gestão em saúde, dois (02) especialização em saúde pública, dois (02) residência em saúde da família, dois (02) especialização em urgência e emergência, um (01) especialização em saúde da mulher e obstetrícia, um (01) doenças crônicas não transmissíveis e um (01) enfermagem em cardiologia.



## 6.2 MANUSCRITO 1: PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Carolina Kahl<sup>4</sup>

Betina Hörner Schindwein Meirelles<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à sua prática clínica desenvolvida na Atenção Primária à Saúde, em um município do sul do Brasil. **Método:** Pesquisa qualitativa, com aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Os dados foram coletados na Atenção Primária de um município do sul do Brasil, totalizando 18 enfermeiros distribuídos em dois grupos amostrais.

**Resultados:** A pesquisa revelou o fenômeno “Desvelando a integralidade na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde alicerçada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem”, sustentado por três categorias concernentes aos fatores condicionantes, ações e interações e consequências da prática clínica neste cenário.

**Considerações finais:** Destaca-se o desenvolvimento da prática clínica do enfermeiro especialmente na consulta de enfermagem, norteadada pelo princípio de integralidade e ampliada pelo auxílio dos protocolos de enfermagem, que conferem a este profissional maior autonomia, fortalecendo-o como referência para os indivíduos e comunidade atendida.

---

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista CAPES. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço: Campus Universitário – Trindade - 88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde – Bloco I – 4º andar. E-mail: carolinakahl@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada da UFSC. Membro do GEPADES e do Laboratório de e Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Florianópolis, Brasil. E-mail: betina.hsm@ufsc.br

**Palavras-chave:** Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Prática clínica baseada em evidências. Integralidade em saúde.

## INTRODUÇÃO

A prática clínica compreende o exercício profissional voltado à abordagem e intervenção sobre as necessidades de saúde-doença dos indivíduos. Tal prática é exercida com o emprego do raciocínio clínico do profissional de saúde, conduzido por sua área de atuação para a organização do conhecimento de sua disciplina para garantia do cuidado à saúde (SILVEIRA et al, 2013; CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Emergida a partir da interação entre profissional e indivíduo, a prática clínica ocorre com igual importância nos diversos campos de atenção à saúde, seja na Atenção Primária à Saúde (APS), na média complexidade/atenção especializada ou na alta complexidade/atenção hospitalar. Entretanto, estudos reconhecem o destaque da APS nos diferentes sistemas de saúde existentes no mundo devido à sua proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico centrado na doença para uma atenção voltada a ações de promoção à saúde e ainda afirmam que sistemas de saúde com forte predomínio da APS são relativamente mais efetivos no atendimento à saúde da população (STARFIELD, 2012; SUMAR; FAUSTO, 2014).

No contexto da APS, pautada no princípio de integralidade, a prática clínica constitui-se na articulação de saberes científicos e prática profissional articulados para um cuidado de saúde integral voltado à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (RAMOS et al, 2012; MATUMOTO et al., 2013; MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

Integrante de uma equipe multiprofissional de saúde da família na APS, o enfermeiro ganha destaque por possuir requisitos fundamentais de planejamento, execução e avaliação de ações assistenciais, provendo cuidados de saúde e prática clínica de qualidade em articulação às políticas de APS do país em prol da promoção da saúde, incentivo à autonomia e participação social da comunidade (BRASIL, 2012b).

Não obstante, algumas lacunas são encontradas na prática clínica do enfermeiro na APS, como a carência de semiologia e no diagnóstico de enfermagem, em relação a sua formação profissional e, referente à infraestrutura, à ausência de um espaço físico adequado para realização das consultas de enfermagem (BRASIL, 2012a).

No tocante à atuação do enfermeiro na APS, a consulta de enfermagem representa um dos cenários de interação entre paciente e enfermeiro, onde este desenvolve a prática clínica baseada em uma assistência à saúde organizada e planejada. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), integrada à consulta de enfermagem, possibilita a organização do trabalho do enfermeiro, favorecendo uma prática clínica mediada pelo planejamento, execução e avaliação de suas ações, oportunizando a identificação das necessidades de saúde-doença do paciente para então estabelecer diagnósticos e intervenções necessários (MATUMOTO et al, 2011; ANTUNES; GUEDES, 2010).

Para o exercício da prática clínica, importa ao enfermeiro ter domínio teórico e prático das questões voltadas à saúde-doença para a consolidação de seu espaço nos cenários de prática, em especial na APS, devendo encontrar na teoria a base para o enfrentamento de situações saúde-doença com as quais irá se deparar, no entanto, barreiras são encontradas ao se deparar com dicotomias existentes entre teoria e prática (LANZONI, 2013; BARLEM, 2012).

Diante dos apontamentos supracitados concernentes às potencialidades e fragilidades da prática clínica do enfermeiro na APS, este estudo tem como objetivo compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à sua prática clínica na Atenção Primária à Saúde, em um município do sul do Brasil.

## **MÉTODODO**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), cujo intuito consiste na busca pela compreensão dos fenômenos sociais a partir das relações e interações entre os sujeitos e dos significados atribuídos por esses (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A coleta de dados ocorreu no período de abril a outubro de 2016 por meio de entrevista aberta e teve como cenário de estudo a APS do município de Florianópolis, que conta com 49 centros de saúde, sendo que 15 destes participaram desta pesquisa. Os participantes foram selecionados intencionalmente e convidados a participar da pesquisa através de contato telefônico. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho dos participantes, sendo gravadas na íntegra com dispositivo áudio-digital para posterior transcrição.

Participaram do estudo 18 enfermeiros divididos em dois grupos amostrais. Compuseram o primeiro grupo amostral 10 enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: prestar

assistência direta aos pacientes e comunidade na demanda espontânea, selecionando os centros de saúde com maior atendimento do enfermeiro nesta demanda, através de dados obtidos na SMS do município pesquisado. Com as entrevistas do primeiro grupo amostral, observou-se que os enfermeiros reportavam-se a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE), formada por enfermeiros da APS, devido ao seu papel na elaboração dos protocolos de enfermagem, ferramenta de apoio à prática clínica do enfermeiro na APS. A partir disso, optou-se por criar um segundo grupo amostral com esses enfermeiros. Os critérios de inclusão adotados foram: ser integrante da CSAE e também atuar na assistência direta à população em seu centro de saúde, totalizando 08 enfermeiros.

Como critério de exclusão para os dois grupos amostrais considerou-se os profissionais que estivessem afastados do trabalho durante o período de coleta de dados, independente do motivo. A partir da repetição de informações e ausência de novos elementos relevantes para a pesquisa e compreensão do fenômeno, obteve-se a saturação teórica e consolidação das categorias em suas propriedades e dimensões.

O processo de análise dos dados ocorreu concomitante à coleta, pautada no processo de comparação constante, conforme preconiza o método. Foi utilizado o *software* NVivo® para a organização dos dados no processo de codificação dos dados. Na primeira etapa ocorreu a codificação aberta, onde os conceitos foram identificados, agrupando-se os fatos similares sob as categorias. Em seguida, ocorreu a codificação axial, relacionando as categorias às subcategorias, obtendo-se uma explicação mais aprofundada dos dados. Por fim, realizou-se a etapa de integração, ligando as categorias em torno de uma categoria central, onde emergiu o fenômeno sustentado por três componentes, sendo estes, condições, ações-interações e consequências, de acordo com o modelo paradigmático proposto por Corbin e Strauss, (2015).

Este estudo atendeu aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), sob protocolo número 1.475.139. Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se a letra E seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas para designá-los (E1, E2, E3...) e da indicação do grupo

amostral – primeiro grupo (G1), segundo grupo (G2) – da seguinte forma: (E1G1); (E1G2); (E1G3).

## RESULTADOS

Os achados deste estudo apontam para três categorias que, interrelacionadas sustentam o fenômeno/categoria central intitulado “Desvelando a integralidade da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde alicerçada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem”.

A primeira categoria, referente ao componente “Condições”, intitulada “Percebendo a importância do conhecimento clínico e de infraestrutura adequada para o desenvolvimento da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde” traz os fatores condicionantes para o desenvolvimento da prática clínica no cenário da APS e é composta por três subcategorias intituladas “Conhecimento como condição para a prática clínica”, “Fragilidade na formação clínica na graduação repercutindo na prática clínica” e “Condições físicas e materiais de trabalho para o desenvolvimento da prática clínica”, as quais serão descritas a seguir.

Na primeira subcategoria “Conhecimento como condição para a prática clínica” os enfermeiros destacam a necessidade de ter conhecimento e raciocínio clínico, em especial nas consultas de demanda espontânea, quando não há conhecimento prévio sobre o paciente que entrará pela porta do consultório e as queixas que o acompanham. É preciso conhecer os sinais e sintomas das doenças, saber olhar a situação que se apresenta e ter domínio da sua prática clínica a fim de adotar a conduta ideal àquela necessidade em saúde, conforme ilustra a fala.

Na questão do acolhimento nós temos que ter muito conhecimento da parte clínica, conhecer doença, conhecer sintoma, conhecer o que é para ser visto agora, o que pode deixar para depois. (E1G1)

Ter realizado alguma especialização ou residência em Saúde da Família, por exemplo, são pontos que contribuem para o aprimoramento deste conhecimento, proporcionando um suporte clínico e de entendimento da organização do processo de trabalho na APS e das suas atribuições enquanto enfermeiro da equipe de saúde da família.

A minha residência me deu uma ajuda muito grande, porque ali eu era profissional, mas

tinha o suporte de alguém. Eu tinha que dar conta do meu serviço, mas se eu não soubesse tinha alguém que podia me ajudar [...] a residência me deu um suporte clínico e de entendimento de organização do processo de trabalho, de entender o meu fazer, de entender o meu papel dentro de uma equipe, o meu papel com a minha equipe de enfermagem e com os outros profissionais. (E4G1)

A segunda subcategoria “Fragilidade na formação clínica na graduação repercutindo na prática clínica” revela a fragilidade da formação na graduação com a carência do enfoque na prática essencialmente clínica do enfermeiro. Os participantes referem que ao se deparar com a prática profissional, encontraram dificuldades para atuar clinicamente, sobretudo no atendimento à demanda espontânea.

Eu tenho a impressão de que não se dá muito foco durante a graduação para prática essencialmente clínica e isso acaba prejudicando depois quando o profissional vai para o mercado de trabalho. (E3G1)

Logo que a gente se forma, a gente não tem uma formação clínica para atendimento [...] a gente aprende tudo muito fechado na faculdade, não aprende a pensar clinicamente. (E4G1)

Os relatos apontam ainda para uma formação na graduação fortemente voltada a uma atuação já consolidada, como, por exemplo, a saúde materno-infantil, onde os enfermeiros destacam grande domínio teórico-prático e alta capacidade de atuação. Em contrapartida, a graduação deixa a desejar na formação voltada para a prática clínica nas condições agudas e crônicas de saúde da população geral, que é atendida, juntamente a outros profissionais de saúde, pelo profissional enfermeiro. Assim, o processo de formação dos enfermeiros denota um importante fator condicionante para a prática clínica do enfermeiro na APS, visto que concede o embasamento necessário para a atuação profissional, no entanto há que se fortalecer essa formação para a atuação clínica dos enfermeiros na prática profissional.

A terceira subcategoria “Condições físicas e materiais de trabalho para o exercício da prática clínica” do enfermeiro na APS traz como condição de maior relevância, apontada pelos participantes, a existência de um consultório próprio para seus atendimentos. Os enfermeiros destacam que ter um espaço físico próprio, como um consultório, facilita e provê as condições necessárias para a realização das consultas de enfermagem, onde o profissional pode realizar uma escuta qualificada às queixas do paciente e um exame físico adequado.

[...] ter um consultório só para mim, que eu posso estar utilizando durante a minha prática, é essencial. Não tem como fazer prática clínica em corredor ou desenvolvendo função de outro profissional, atendendo em farmácia, fazendo marcação de exame [...] eu acho que isso parece pouco, mas é muito! Tu ter um espaço apropriado para poder ter essa escuta, fazer um exame físico, poder desenvolver o teu raciocínio, isso é o mínimo. (E6G1)

Outros recursos também são expressos pelos enfermeiros como condicionantes da sua prática. Recursos materiais para realização do exame físico são essenciais para uma boa prática clínica. Recursos de medicamentos disponíveis na rede pública também são ressaltados, haja vista que esses muitas vezes fazem parte do plano de cuidados do enfermeiro, de acordo com os protocolos institucionais, e sua falta pode implicar na atuação desse profissional que terá que rever sua conduta para que não haja prejuízo no cuidado aos pacientes.

Se estiver faltando medicamento eu tenho que rever qual medicação eu vou dar [...] quando, por exemplo, a melhor opção para um tratamento é “tal”, mas não tem no centro de saúde e a pessoa não tem dinheiro para comprar, você tem que optar pela segunda que não é tão eficiente. (E4G1)

A falta de material adequado para poder fazer exame físico dificulta o trabalho [...], por exemplo, otoscópio não tem, eu comprei o

meu. Sonar [BCF] é um para o posto inteiro. Então, eu comprei um sonar [...] todo o material que eu uso ou que eu preciso para um exame físico é meu, eu comprei. (E4G1)

A falta de recurso dificulta tudo, falta de condições de trabalho dificulta tudo. (E8G1)

A segunda categoria, referente ao componente “Ações-interações”, “Desvelando a SAE na consulta de enfermagem como elemento crucial da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”, apresenta as respostas dadas pelos participantes às ações problemáticas enfrentadas na sua prática e possui quatro subcategorias. A primeira delas, “Efetuando a prática clínica através das consultas de enfermagem” destaca que a prática clínica consiste ainda em saber avaliar o paciente, colher histórico de suas informações de saúde, realizar exame físico, propor um tratamento e dar um encaminhamento/seguimento ao seu cuidado quando necessário. Destaca-se ainda que, muitas vezes, torna-se necessário reavaliar a situação e até mudar o foco da consulta, de acordo com a real necessidade do paciente, fortalecendo o olhar ampliado da enfermagem que capta as necessidades do paciente para além da queixa principal/quadro que se apresenta no momento da consulta.

A prática clínica é saber avaliar, saber colher a história, saber identificar e propor um tratamento. (E2G2)

A principal função do enfermeiro é saber clinicar bem o paciente, no dia a dia, em todos os níveis de atendimento, na emergência, na urgência, na demanda espontânea, na demanda programada [...] para atender tem que saber clinicar. (E9G1)

Você sempre tem que reavaliar aquilo que você está fazendo. Às vezes você se programou para uma coisa e vai para outro lado [...] a pessoa senta na tua frente com uma queixa e aquela queixa é a que menos importa e eu falo para a pessoa “fulano isso

está te incomodando, mas isso a gente da conta, é bem tranquilo, isso é normal, a outra coisa que você me falou é que está me preocupando mais e a gente precisa ir mais a fundo”. (E4G1)

Em especial, na consulta de enfermagem à demanda espontânea é relatado que muitas vezes o paciente chega ao consultório com inúmeras queixas, pois veem na demanda espontânea um meio de acesso ao profissional de saúde e aproveitam a oportunidade para solucionar todos os problemas e situações saúde-doença que o afligem. Nesse sentido, os enfermeiros identificam a necessidade de saber organizar seu pensamento clínico, priorizando as queixas essenciais para o momento e reagendando consultas programadas para a avaliação das demais queixas que podem aguardar atendimento, visto que a demanda de pacientes que chega à demanda espontânea é muito alta e é necessário que o atendimento nesse caso seja mais pontual, rápido e efetivo.

É preciso organizar o seu pensamento e o pensamento da pessoa [...] quando é uma queixa só é tranquilo, agora quando são várias queixas você tem que organizar seu pensamento clínico, precisa organizar o tempo e o atendimento para poder dar conta da prática. (E4G1)

Na demanda espontânea eu tenho que focar porque eu tenho pouco tempo. Tenho que atender muitas pessoas nesse período, então eu foco no que a pessoa tem naquele momento [...] a consulta é rápida e a conduta e o cuidado são em cima do que ela está sentindo. (E8G1)

Os participantes destacaram ainda que é com a experiência profissional que aprimoram sua prática clínica, pois somente no dia a dia, na rotina das consultas de enfermagem é possível aperfeiçoar e até aprender questões que ficaram falhas em sua formação na graduação.

Nada melhor do que a prática. Tu tens que ter a teoria, tem que ter a base teórica para poder diagnosticar [...] tem que ter a prática, tem

que estar atendendo, praticando no dia a dia. (E9G1)

A segunda subcategoria “Evidenciando instrumentos gerenciais para a prática clínica baseada em evidência na Atenção Primária à Saúde” traz o apoio da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) para a prática clínica do enfermeiro na APS através das ações que são desenvolvidas por essa, como elaboração de protocolos clínicos de enfermagem, implementação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) nos centros de saúde e realização de reuniões e capacitações voltadas à prática clínica do enfermeiro.

Segundo os participantes, a partir da necessidade de resgatar a SAE na rede, criou-se a CSAE, formada por enfermeiros da prática, que tem como objetivo fortalecer a prática clínica dos enfermeiros na APS. Dentre as ações desenvolvidas pela comissão, os participantes do estudo destacaram a criação dos protocolos de enfermagem como grande suporte para sua prática, auxiliando na avaliação clínica, conduta e tomada de decisão frente às situações de saúde-doença que se apresentam nas consultas de enfermagem.

Os protocolos de enfermagem facilitam bastante a prática. (E2G2)

Dependendo do problema do paciente muita coisa a gente consegue resolver, o enfermeiro consegue resolver. Agora com a criação dos protocolos fica ainda mais fácil, vai ser melhor ainda para o enfermeiro, para o poder resolutivo dele. (E9G1)

Como funciona o trabalho do protocolo. Nós [CSAE] revisamos tudo o que tem de material. Então, revisa Caderno de Atenção Básica, mas esses cadernos são mais consultivos, o protocolo nós entendemos que deve dizer o que o enfermeiro pode fazer, como que ele vai fazer [...] o protocolo está baseado em evidência, porque o enfermeiro trabalha em cima de evidência. (E11G2)

Outro aspecto destacado pelos participantes do estudo consiste na implementação da CIPE (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem), que se encontra em teste nos centros de saúde piloto, a qual consiste no uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem alinhada aos protocolos clínicos elaborados também pela CSAE. São desenvolvidas também reuniões entre os enfermeiros da CSAE para discutir os aspectos positivos e negativos acerca das ações desenvolvidas, bem como para o planeamento das capacitações a serem realizadas com os enfermeiros da prática a fim de explanar as ações e esclarecer dúvidas.

Está iniciando o processo de sistematização da nossa assistência. Então, estamos com um processo de inserir os nossos diagnósticos e não utilizar mais os diagnósticos médicos [...] o nosso centro de saúde é piloto da CIPE, eu acho que é honrável isso. (E8G1)

Na terceira subcategoria “Estudando constantemente para a efetivação da prática clínica” os enfermeiros destacam que, mesmo aprimorando-se com a prática no dia a dia, o estudo constante faz-se necessário. Para tanto referem aproveitar os intervalos entre uma consulta e outra para se aprofundar no estudo de manuais do Ministério da Saúde, protocolos, livros, etc. Como a área de saúde encontra-se em constante atualização, a cada momento surgem novas tecnologias de cuidado e tratamento, assim os enfermeiros entrevistados reforçam ainda mais a necessidade do estudo.

Outro fator relevante refere-se ao fato de que a maioria dos centros de saúde dos quais foram coletados os dados deste estudo contam com enfermeiros residentes e/ou alunos da graduação em estágio. Essa interação com os alunos e residentes é destacada pelos participantes como forte incentivo ao aprofundamento nos estudos.

Eu sou preceptora da residência aqui no centro de saúde, tenho dois enfermeiros, R1 e R2, então até por causa deles eu tenho que me forçar a realmente a estar ampliando a clínica e estar sempre estudando. (E12G2)

A quarta subcategoria “Relação interpessoal e multiprofissional auxiliando o desenvolvimento da prática clínica” apresenta o êxito da prática clínica na APS amparada por um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Os enfermeiros destacam que na área da saúde, em

especial na APS, as ações de cuidado devem envolver todos os profissionais e disciplinas, almejando a integralidade da assistência e resolutividade das ações. Para tanto, enfatiza-se a importância de um bom relacionamento interpessoal com os demais membros da equipe de saúde da família, facilitando o convívio entre os profissionais para discussão de casos e interconsultas, quando há a participação simultânea de outro profissional em seu atendimento no intuito de prestar a melhor assistência em busca da resolução da situação saúde-doença do paciente.

O profissional médico recebeu bastante destaque nas falas dos participantes em virtude da grande proximidade que estas duas áreas de conhecimento possuem no cuidado à população. Estas duas principais classes profissionais, que realizam os atendimentos à demanda espontânea e também programada, desenvolvem ações de cuidado conjuntas e interconsultas.

Quando vem uma situação mais complexa, que foge a alçada do enfermeiro, é feita uma interconsulta com o médico da família [...] a gente solicita que o médico compareça na sala do enfermeiro e discutimos o caso junto com o médico e paciente. (E7G1)

Os enfermeiros afirmam recorrer ao profissional médico para a interconsulta quando a conduta necessária ao cuidado foge da sua alçada, como por exemplo, perante a necessidade da prescrição de algum medicamento que não faz parte dos protocolos de enfermagem ou para emissão de um atestado de doença. Neste ponto, o estudo revelou aspectos divergentes, de um lado se tem enfermeiros que se sentem frustrados por precisar do auxílio de outro profissional para algo que é de seu conhecimento, porém não pode ser executado em virtude de aspectos legais da profissão, e, de outro lado, há enfermeiros que referem não se incomodar por solicitar ao colega de trabalho que realize uma atividade que é de sua demanda.

Isso me incomoda porque eu fiz todo o atendimento, pactuei coisas com a pessoa, atendi e preciso de uma outra pessoa para dar um carimbo, entendeu? Isso me incomoda e atrasa meus atendimentos, porque daí eu tenho ficar esperando o médico [...] isso me angustia nesse processo de não ter autonomia para algumas coisas, me irrita bastante na verdade. (E4G1)

[...] se eu consigo identificar, avaliando o exame, que a paciente vai precisar de uma prescrição médica, eu não acho que eu deixei de ser resolutiva por compartilhar com um colega da equipe o que é da parte dele. (E6G1)

Em suma, a relação interprofissional e desenvolvimento de interconsultas recebe um aspecto majoritariamente positivo sob o olhar dos participantes, que destacam a efetividade das ações de cuidado a partir de uma assistência de qualidade prestada em conjunto por uma equipe de profissionais capacitados, como deve ser no cenário da APS.

A terceira e última categoria, relativa ao componente “Consequências” intitulada “Consolidando o vínculo de confiança com a comunidade a partir da ampliação da autonomia e resolutividade da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde” apresenta as repercussões da prática clínica do enfermeiro na APS em três subcategorias. A primeira delas “Ampliação da autonomia e resolutividade da prática clínica do enfermeiro com os protocolos de enfermagem” ressalta que após a criação dos protocolos de enfermagem houve acentuada ampliação da prática clínica dos enfermeiros, que passaram a ter mais autonomia sobre sua prática.

A autonomia da prática clínica é muito relacionada com a resolutividade das ações realizadas pelos enfermeiros para a solução dos problemas trazidos pelos pacientes. Neste estudo, os participantes referem que quanto maior sua autonomia, maior sua resolutividade, já que, em sua maioria, consideram-se cem por cento resolutivos quando iniciam e finalizam o tratamento/cuidado inteiramente sozinhos, sem necessitar do auxílio de outro profissional. No entanto, há que se destacar que o enfermeiro não deixa de ser resolutivo só porque precisou de outro profissional, pois até onde estava o seu alcance de acordo com os aspectos legais da profissão, ele teve capacidade de atuar e resolver a situação apresentada até o ponto que lhe cabia.

Eu acho que os protocolos e a sistematização da assistência são fundamentais, enriquecem muito o nosso processo de trabalho, você ter autonomia e não precisar correr atrás de ninguém para prescrever. Você poder fazer isso, você ganha muito. Tempo, acesso e resolutividade do teu serviço. E também a

partir disso, o próprio paciente já começa a te reconhecer diferente. (E8G1)

A segunda subcategoria “Contribuições da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde” traz as repercussões esperadas pelos enfermeiros a partir do uso da CIPE. Como ainda está em teste, os resultados não podem ser contemplados plenamente, no entanto, já se observam indicativos de um grande avanço na prática clínica do enfermeiro, acreditando que a CIPE dará maior visibilidade ao seu trabalho enquanto enfermeiro, garantindo um registro de todas as ações que forem realizadas por ele, além de também possibilitar um diagnóstico de toda a comunidade de sua área de abrangência, favorecendo a elaboração de atividades de educação em saúde, já que se teria um registro para direcionar o que deve ser trabalhado com a saúde da população.

Com a CIPE você consegue enxergar sua comunidade ali naquele quadro. Por exemplo, a atenção à dor é uma coisa que envolve muito o cuidado e que ocupa quase todo o nosso atendimento de demanda espontânea [...] Aí você fica pensando em manejo clínico [...] quais são as condições dessa pessoa e como que você pode já ir pensando do ponto de vista gerencial. Isso parte de onde? Parte de quando você olha uma coisa daquelas e fica pensando “Nossa! Dor? O diagnóstico da minha comunidade maior é dor. O que está acontecendo na minha área de abrangência? Que tipo de dor é essa?”. (E12G2)

A terceira subcategoria “O vínculo e a confiança como repercussões da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde” destaca as repercussões da prática clínica do enfermeiro para e com os pacientes. Os dados revelam que uma prática clínica realizada com qualidade, atenção e efetividade promove o vínculo com a comunidade e uma relação de confiança entre profissional e paciente. A partir de uma boa prática clínica, os pacientes passam a ver no enfermeiro um profissional de referência para o seu cuidado.

Eu acho que o enfermeiro é muito importante em todo o setor da saúde e isso está ligado

diretamente com a segurança que o paciente vai ter em vir consultar comigo. Se ele veio comigo uma vez e eu mostro pra ele um arcabouço tecnológico, eu tenho certeza do que eu estou fazendo, sei examiná-lo, eu o escuto, sou amável e acolhedora com relação às demandas dele, e ainda por cima ofereço um leque de opções de tratamento e de mudança de hábitos ou de promoção da saúde, por que essa pessoa não vai sair satisfeita da minha consulta? E isso faz com que a população mude a cultura de que é só o médico que resolve. (E13G2)

O vínculo e a confiança estabelecidos entre profissional e paciente a partir da prática clínica exercida pelo enfermeiro reforçam a importância da atuação deste no serviço de APS e ainda fortalece o papel deste enquanto profissional de referência para o atendimento à saúde dos indivíduos, família e comunidade neste cenário.

## **DISCUSSÃO**

Os achados deste estudo evidenciam a importância do conhecimento e raciocínio para o desenvolvimento da prática clínica. O raciocínio clínico diz respeito aos processos pelos quais se obtém e se interpretam as informações a fim de chegar às conclusões e condutas necessárias ao cuidado em saúde, representando uma competência indispensável para a prática clínica do enfermeiro, possibilitando-o identificar, priorizar, avaliar os dados e estabelecer planos de cuidado (MENEZES et al, 2015).

Parte desse conhecimento/raciocínio clínico destacado pelos enfermeiros como condição primordial para a prática clínica na APS vem da formação que se tem ainda na graduação. Corroborando aos achados deste estudo no tocante à fragilidade na formação clínica do estudante de enfermagem no curso de graduação, um estudo bibliográfico realizado em Portugal revelou que os estudantes não estão preparados teoricamente para enfrentar a parte clínica do ensino e, ainda, não possuem a habilidade de avaliar clinicamente o estado de saúde-doença do indivíduo e os cuidados que este necessita (CUNHA et al, 2016).

Essa fragilidade na formação pode ser transformada através da busca por aperfeiçoamento como capacitações e realização de

especializações, como a residência em enfermagem, que possibilita ao enfermeiro além do preparo técnico, adquirir segurança profissional para o exercício de sua prática, levando à qualificação da assistência de enfermagem com condições de atender às demandas de saúde-doença da população que exigem amplitude de conhecimento clínico (HADDAD, 2012). O que não retira a responsabilidade das universidades em aplicar métodos de ensino qualificados voltados à formação de um enfermeiro capacitado para atuar frente às demandas da população em seus diversos contextos e cenários.

Além das condições relacionadas aos aspectos de conhecimento, raciocínio e formação, a prática clínica do enfermeiro é influenciada também pela disponibilidade de recursos físicos e materiais nos serviços de saúde, de modo que sua carência pode comprometer a qualidade de seu trabalho.

Estudo realizado no município de Cuiabá, Mato Grosso, acerca da influência da infraestrutura dos centros de saúde na prática do enfermeiro, revelou que uma boa estrutura física e a existência de um consultório de enfermagem influenciam positivamente as práticas do enfermeiro na APS; os equipamentos utilizados no atendimento são de extrema importância e quando indisponíveis comprometem a assistência prestada, visto que auxiliam consideravelmente na realização do exame físico na consulta de enfermagem para se ter um diagnóstico mais preciso e desenvolver um plano de intervenções mais efetivos; assim, compreender a infraestrutura dos serviços da APS como elemento condicionante na prática clínica do enfermeiro concede a busca por melhores resultados em saúde e qualidade da assistência (PEDROSA; CORRÊA; MANDU, 2011).

A consulta de enfermagem configura-se como uma prática clínica generalista centrada na assistência à população. Ao realizar a consulta, o enfermeiro passa a conhecer melhor o indivíduo, seu histórico de vida e saúde, possibilitando-o a reconhecer as necessidades e problemas de saúde-doença apresentados e planejar as intervenções e planos de cuidado adequados (GASPARINO; SIMONETTI; TONETE, 2013).

É essencial que o enfermeiro, no contexto da APS esteja preparado a receber e acolher as situações de livre demanda, não programadas, que podem ser resolvidas no momento da consulta de enfermagem, podendo requerer continuidade da assistência ou encaminhamento a outros serviços (BRASIL, 2011). A demanda espontânea constitui um meio de facilitar o acesso da comunidade ao serviço de saúde na APS, exigindo do profissional conhecimento clínico

em articulação aos seus saberes e competências com vistas à resolutividade das situações apresentadas (ROSOLIN, 2014).

Nesta perspectiva, na articulação de seus conhecimentos científico-clínicos e práticos, o enfermeiro desenvolve uma prática clínica de extrema importância na demanda espontânea nos serviços da APS, por meio da consulta de enfermagem, que deve se ordenar de maneira sistematizada, seguindo etapas que norteiam a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, avaliação e conduta a ser tomada (RAMOS et al., 2012; GASPARINO; SIMONETTI; TONETE, 2013).

A SAE, ainda pouco explorada na APS, é uma importante metodologia utilizada na consulta de enfermagem para identificação das situações de saúde-doença e ordenação das ações de cuidado. Ela subsidia as ações de enfermagem, possibilitando ao enfermeiro ter segurança do planejamento, execução e avaliação das condutas tomadas, a individualização e integralidade da assistência, além de proporcionar maior visibilidade e autonomia à prática do enfermeiro (SANTOS, 2014).

É evidente a importância da SAE em todos os cenários de prática do enfermeiro para uma assistência de qualidade às pessoas e comunidade, e essa importância é ressaltada neste estudo com os relatos de utilização da SAE na prática profissional dos enfermeiros entrevistados.

Reforçando a magnitude da SAE, a SMS de Florianópolis, no intuito de fortalecer a prática clínica do enfermeiro na APS e a fim de subsidiar a tomada de decisões que envolvam ações e serviços de enfermagem e ampliar a autonomia desse profissional, implantou os protocolos de enfermagem, elaborados pela CSAE (FLORIANÓPOLIS, 2015). Os protocolos de enfermagem foram criados a partir de evidências científicas, que possibilitam aos enfermeiros utilizar evidências criticamente avaliadas e cientificamente comprovadas na prestação de cuidados à população, fornecendo o melhor cuidado possível existente para o tratamento em saúde (MAJID et al, 2011).

Com a criação dos protocolos foi ressaltado o aumento da autonomia e resolutividade da prática clínica dos enfermeiros, que passaram a desenvolver mais ações sem a necessidade do auxílio de outro profissional. A autonomia do enfermeiro processa-se quando este tem domínio sobre o conhecimento do seu campo de atuação e desenvolve-o a partir de sua prática, refletindo diretamente na tomada de decisão para a condução do cuidado de enfermagem (SANTOS; MONTEZELI; PERES, 2012).

Em consonância aos achados nessa pesquisa, um estudo cujo objetivo foi analisar a percepção das/os enfermeiros(as) sobre a autonomia profissional em relação às práticas assistenciais, evidenciou que os profissionais percebem ter autonomia quando têm a possibilidade plena de tomar decisões e ser resolutivo no serviço de saúde através dos atributos de competência, responsabilidade, respeito e reconhecimento pela equipe interdisciplinar; a consulta de enfermagem revelou ser o principal espaço para o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro (KALINOWSKI et al, 2012).

Corroborando ao exposto, além do auxílio dos protocolos na consulta de enfermagem, a SMS de Florianópolis também está em processo de implantação da CIPE na APS, a fim de, com um vocabulário e terminologia próprios e objetivos para o registro da prática dos enfermeiros, favorecer a qualidade e resolutividade da assistência e o reconhecimento da enfermagem enquanto profissão, atuando com competência e de forma organizada para o fortalecimento de sua autonomia profissional (FLORIANÓPOLIS, 2016; KALINOWSKI et al, 2012).

Para tanto, com tais ações de incentivo à autonomia do enfermeiro, fazem-se necessárias atividades de educação em serviço a fim de introduzir esta nova ferramenta na prática profissional dos enfermeiros. A fim de efetivar a prática clínica dos enfermeiros, as atividades de capacitação receberam destaque dos participantes deste estudo. Tais atividades devem ser estruturadas a partir de uma demanda da prática e da problematização do processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais e organização do trabalho, ancorando-se nas necessidades de saúde da população que carecem atenção, visto que a área de estudos na saúde encontra-se em constante necessidade de atualização (VIANA et al, 2015).

As constantes mudanças ocorridas no cenário dos sistemas de cuidado à saúde e o constante aumento da complexidade dos problemas de saúde exige dos profissionais de saúde um aperfeiçoamento contínuo de suas habilidades teórico-práticas para a tomada de decisão clínica consentânea a uma prática segura e efetiva (MENEZES et al, 2015). Assim, reforça-se a consciência tida pelos enfermeiros de manter-se em constante aprimoramento de sua prática clínica por meio de estudos e busca por conhecimento.

Concernente aos esforços para a efetivação e garantia de uma prática clínica de qualidade, a relação multiprofissional é evidenciada neste estudo. O processo de trabalho na APS é caracterizado pela atuação interdisciplinar na valorização dos diversos saberes e práticas,

sendo fundamental para o alcance da integralidade da assistência e resolutividade das necessidades de saúde da população (SILVA et al, 2012).

No contexto de uma prática interdisciplinar e multiprofissional, as interconsultas apresentam-se como uma forte ferramenta para o alcance da integralidade e resolutividade da prática clínica dos enfermeiros entrevistados. Estudo realizado no sul do Brasil com o objetivo de identificar como a interconsulta vem sendo realizada nos serviços de APS, revelou que a interconsulta é vista pelos profissionais de saúde como um importante instrumento para a integralidade do atendimento à população, consistindo em uma atuação interdisciplinar que oportuniza o compartilhamento do cuidado em situações complexas que demandam a atenção de diferentes saberes; reforçou ainda que as relações horizontais entre os profissionais facilitam esse compartilhamento e, conseqüentemente, expande a resolutividade das necessidades em saúde da população (FARIAS; FARJADO, 2015).

Neste sentido, denota-se a importância da resolutividade das necessidades/situações problema da população como finalidade das ações em saúde, apresentando notáveis repercussões para a prática clínica do enfermeiro. Valorizando as preocupações dos usuários e fornecendo respostas aos seus problemas ou queixas relacionadas à saúde, o enfermeiro promove uma atenção acolhedora e integral ao indivíduo, que reflete compromisso e fortalece o vínculo profissional-indivíduo (ARRUDA; SILVA, 2012).

Assim, face às atitudes de uma prática clínica efetiva ancorada pelo princípio da integralidade, que leva em consideração as queixas, anseios e necessidades dos indivíduos, valorizando-os como protagonistas de sua saúde, e ancorando-se em evidências da melhor conduta a ser tomada para a resolutividade das situações de saúde-doença dos indivíduos, o enfermeiro se fortalece enquanto profissional de referência à comunidade no contexto da APS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros sobre a sua prática clínica na APS possibilitou revelar o fenômeno “Desvelando a integralidade na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde alicerçada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem”, no qual se encontram fatores que condicionam a experiência desta, bem como as ações desenvolvidas e interações entre os diferentes atores deste cenário e as repercussões desveladas a partir do exercício da prática clínica.

A prática clínica do enfermeiro na APS se desenvolve especialmente na consulta de enfermagem. O enfermeiro reconhece a SAE como suporte para o desempenho de uma prática clínica de cuidado integral, proporcionando a este avaliação clínica e planejamento das ações de cuidado adequadas a cada situação, utilizando instrumentos para uma prática baseada em evidência.

GABI: ênfase nas 3 categorias, resgatar a articulação delas aqui e reforçar atuação

Com uma prática clínica efetiva, ordenada e sistematizada, amparada pelo princípio da integralidade, o enfermeiro possui uma visão ampliada para além das necessidades mais pontuais dos indivíduos, agregando os fatores subjetivos destes ao cuidado que será realizado. Desse modo, o enfermeiro consolida o vínculo de confiança com os indivíduos, possibilitando o fortalecimento deste enquanto profissional de referência no cenário da APS.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos processos assistenciais na Atenção Básica. In: Garcia T. R., Egry E. Y. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.19-28.

ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, 2012.

BARLEM, J. G. T. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro v.12, n. 2, p. 347-353, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília : CONASS, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. (Cadernos de atenção básica; v.2).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp, p. 134-141, 2013.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE, 2015.

CUNHA, M. *et al.* Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. **Millenium**, Viseu, v. 1, n.38, p. 271-282, 2016.

FARIAS, G. B.; FARJADO, A. P. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. Supl. 3, p. 2075-1093, 2015.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Resolve instituir, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem – CSAE. Portaria n. 79 de 29 de julho de 2015. Florianópolis, 2015b.

GASPARINO, R. F.; SIMONETTI, J. P.; TONETE, V. L. P. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1112-1122, 2013.

HADDAD, M. C. F. L. A residência de enfermagem na formação profissional. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 223-223, 2012.

KALINOWSKI, C. E. *et al.* Autonomia profissional durante o trabalho da Atenção Primária à Saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros. **SANARE**, Sobral, v. 11, n. 2, p. 6-12, 2012.

LANZONI, G. M. M. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde**. 2013.

295 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011.

MAJID, S. *et al.* Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. **Journal of the Medical Library Association**, Bethesda, v. 99 n. 3, p. 229-236, 2011.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

MATUMOTO, S. *et al.* Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na Atenção Básica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 318-326, 2013.

MENEZES, S. S. C. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1037-1044, 2015.

PEDROSA, I. C. F.; CORREA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011.

RAMOS, L. H. *et al.* Prática clínica do enfermeiro. São Paulo : UNIFESP, [2012?]. Disponível em:<[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2014.

ROSOLIN, R. A. M. **A influência da demanda espontânea na (des)caracterização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2014.

SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Autonomia profissional e Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 251-257, 2012.

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management & Primary Health Care**, Recife, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

SILVA, L. M. S. *et al.* Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp.2, p. 784-788, 2012.

SILVEIRA, L. C. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 548-554, 2013.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 16, n. suppl., p. 20-26, 2012.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, Recife, v. 5, n.2, p. 202-212, 2014.

VIANA, D. M. *et al.* A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia Saúde de Família. **Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 5, n. 2, p. 1658-1669, 2015.



### 6.3 MANUSCRITO 2: AÇÕES E INTERAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### AÇÕES E INTERAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Carolina Kahl<sup>6</sup>

Betina Hörner Schindwein Meirelles<sup>7</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** compreender as respostas às ações problemáticas na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil. **Método:** Pesquisa qualitativa, ancorada pela Teoria Fundamentada nos Dados. Integrante de um estudo maior intitulado “Significando a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”. Participaram da pesquisa 18 enfermeiros da atenção primária divididos em dois grupos amostrais. **Resultados:** A categoria referente ao componente “ações-interações” é sustentada por quatro subcategorias, “Efetuando a prática clínica através das consultas de enfermagem”, “Evidenciando ações de gestão para a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”, “Estudando constantemente para a efetivação da prática clínica” e “Relação interpessoal e multiprofissional auxiliando o desenvolvimento da prática clínica”.

**Considerações finais:** Revela-se a importância da sistematização da assistência na prática clínica do enfermeiro no cenário investigado, reforçando a importância deste profissional e contribuições para o cuidado aos indivíduos, família e comunidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Prática clínica baseada em evidências. Integralidade em saúde.

---

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista CAPES. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço: Campus Universitário – Trindade - 88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde – Bloco I – 4º andar. E-mail: carolinakahl@hotmail.com

<sup>7</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada da UFSC. Membro do GEPADES e do Laboratório de e Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Florianópolis, Brasil. E-mail: betina.hsm@ufsc.br

## INTRODUÇÃO

As ações do enfermeiro são mediadas por uma prática clínica que exprime a apropriação do conhecimento das situações de saúde-doença dos indivíduos, compreendendo desde a interpretação dos sinais e sintomas da doença, até interação do profissional enfermeiro com os sujeitos em suas existências, servindo como ponto de partida para sua abordagem clínica (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

A prática clínica se desenvolve nos diversos campos de atuação do enfermeiro na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Primária à Saúde (APS) recebe destaque especial em virtude de sua importância dentro dos diversos sistemas de saúde pelo mundo, como proposta de superação do modelo hospitalocêntrico e médico centrado para uma visão mais ampla e integral das situações de saúde-doença da população (STARFIELD, 2012; SUMAR, FAUSTO, 2014).

Neste cenário, a prática clínica integra diferentes processos articulados que contribuem para um cuidado integral à saúde dos indivíduos, estabelecendo-se na gestão do cuidado clínico individual, como nas consultas de enfermagem, na gestão do processo familiar, envolvendo a família no cuidado, e na gestão da prática clínica voltada para as ações organizacionais, como coordenação e avaliação do cuidado às pessoas e família (RAMOS *et al.*, 2012).

A presença do enfermeiro na APS tem se apresentado substancial para essa superação e consolidação da estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil proposto pela Estratégia Saúde da Família (ESF), contribuindo com as variadas atribuições deste profissional desde a organização das atividades da ESF, o funcionamento do centro de saúde até a assistência direta ao indivíduo, família e comunidade, provendo cuidados de saúde e uma prática clínica de qualidade em articulação às políticas de APS no país em prol da promoção da saúde (CAÇADOR *et al.*, 2015; BRASIL, 2012b).

Diante das atribuições do enfermeiro na APS, a consulta de enfermagem representa um importante meio para o exercício da prática clínica, na qual ocorre a interação entre profissional e indivíduo, desenvolvendo sua prática ancorada por uma assistência ordenada e planejada com o auxílio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mediada pelo planejamento, execução e avaliação das ações, de modo a propiciar a identificação das necessidades de saúde-doença dos indivíduos e estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem adequados (MATUMOTO *et al.*, 2011; ANTUNES, GUEDES, 2010).

Ressalta-se, no entanto, algumas lacunas encontradas na prática clínica do enfermeiro na APS, como a carência de conhecimentos em semiologia e diagnósticos de enfermagem (BRASIL, 2012a), repercutindo diretamente no cuidado prestado por este aos indivíduos e comunidade. Desse modo, reforça-se a importância do conhecimento clínico e uso de habilidades técnico-científicas, na qual estão incluídos o conhecimento e a experiência clínicos, e o desenvolvimento cognitivo, que facilitarão o processo de julgamento clínico na situação apresentada no momento de ação e interação entre profissional e indivíduo (AMORIM, MARCUCCI, 2011).

Diante do exposto no que concerne às relações enfermeiro-indivíduo e a prática emergida a partir destas, esse estudo tem como objetivo “compreender as respostas às ações problemáticas na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil”.

## **MÉTOD**

Pesquisa qualitativa com aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que busca a partir da compreensão dos fenômenos emergidos das interações entre as pessoas, a criação ou descoberta de uma teoria, um conjunto de categorias bem desenvolvidas, sistematicamente inter-relacionadas através de interações e declarações de relações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Conforme preconiza o método, o processo de coleta e análise de dados ocorreu simultaneamente no período de abril a outubro de 2016. O cenário do estudo foi a APS do município de Florianópolis, que conta com 49 centros de saúde, dos quais 15 participaram da pesquisa. Os participantes foram convidados a participar do estudo via contato telefônico e as entrevistas abertas foram realizadas individualmente, previamente agendadas e realizadas no local de trabalho dos participantes, sendo gravadas com auxílio de dispositivo áudio-digital e posteriormente transcritas na íntegra para o processo de análise.

A amostragem teórica deste estudo compreendeu o total de 18 enfermeiros, divididos em dois grupos amostrais. O primeiro grupo consistiu de 10 enfermeiros, respeitando-se os critérios de inclusão: prestar assistência direta aos indivíduos e comunidade no atendimento à demanda espontânea, selecionando-se os centros de saúde com maior número de atendimento realizado pelo enfermeiro nesta demanda.

Com a análise das entrevistas deste primeiro grupo, observou-se que os enfermeiros reportavam-se à Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) como forte apoio

à prática clínica dos enfermeiros na APS. Assim, optou-se por criar um segundo grupo amostral composto pelos enfermeiros que integram essa comissão e atendessem aos critérios de inclusão propostos: atuar na APS do município e prestar assistência direta aos indivíduos e população em seu centro de saúde. Compuseram este grupo amostral 08 enfermeiros.

O critério de exclusão para ambos os grupos amostrais foi estar afastado do trabalho durante o período de coleta de dados, independente do motivo. A partir da repetição de informações e ausência de novos elementos relevantes para a pesquisa e compreensão do fenômeno, obteve-se a saturação teórica.

A análise dos dados ocorreu em três etapas propostas pelo método, codificação aberta, codificação axial e integração. Na codificação aberta foram identificados os conceitos, agrupando-os em categorias de acordo com suas similaridades. Após, na codificação axial, as categorias e subcategorias foram relacionando-se a fim de obter uma explicação mais aprofundada dos dados. Por fim, na etapa de integração, as categorias foram interligadas em torno de uma categoria central, onde emergiu o fenômeno “Desvelando a integralidade na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde alicerçada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem”, sustentado pelo modelo paradigmático de três componentes (condições, ações-interações e consequências) proposto por Corbin e Strauss (2015). Em virtude da relevância do componente “ações-interações”, optou-se por ampliar e aprofundar a discussão acerca deste.

Atendendo aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução n. 466/12 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), sob protocolo número 1.475.139. Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A fim de garantir o sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se a letra E seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas para designá-los e da indicação do grupo amostral – primeiro grupo (G1), segundo grupo (G2) – da seguinte forma: (E1G1); (E11G2).

## **RESULTADOS**

A categoria referente ao componente ações-interações, intitulada “Desvelando a Sistematização da Assistência de Enfermagem

na consulta de enfermagem como elemento crucial da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde” consiste em quatro subcategorias, sendo a primeira delas concernente aos desafios para o desenvolvimento da prática clínica do enfermeiro na APS, enquanto as demais operam no sentido de apresentar respostas e estratégias às ações problemáticas vivenciadas na prática deste profissional.

A primeira subcategoria “Efetuando a prática clínica através das consultas de enfermagem” destaca os aspectos concernentes às consultas de enfermagem na APS, elucidando os meios pelos quais esta se desenvolve e fatores que interferem nessa prática, facilitando-a ou, por vezes, dificultando-a.

Os dados revelam que os enfermeiros atribuem grande valor à prática clínica e percebem-na como intrínseca à sua atuação na APS, que vem se ampliando ao longo dos anos com o aumento da autonomia desses profissionais, seja pela própria conjuntura da ESF, ou pelo avanço no que diz respeito ao exercício profissional específico da enfermagem.

A prática clínica é uma parte importante, é inerente ao meu trabalho. Não tenho como dissociar isso. Compreendo que ela é importante porque ela é inerente, é o meu trabalho fazer isso. (E2G1)

É revelada ainda a importância da experiência prática no processo de trabalho na APS. Os enfermeiros ressaltam que é no cotidiano, na prática profissional, que se desenvolve a prática clínica e, nesse ponto, a consulta de enfermagem confere um meio ímpar para esse desenvolvimento.

[...] porque tu estás na assistência mesmo e tu vais enriquecendo cada vez mais a prática. Acho que cada vez eu estou aprendendo mais, trabalhando e aprendendo. (E10G1)

Ao descrever como se desenvolve a consulta de enfermagem, os entrevistados foram unânimes quanto às etapas que a compõem, iniciando com o motivo pelo qual o paciente buscou atendimento na APS e quais queixas que ele traz consigo. Em seguida, realizam o exame físico, a fim de avaliar com maior precisão o caso que se apresenta para então dar os diagnósticos de enfermagem e propor o tratamento/plano de cuidados adequado à situação, realizando assim, sua prática de maneira sistematizada.

Primeiro a gente faz a escuta, vai registrando no prontuário, depois faz o exame físico e finaliza com o planejamento. (E5G1)

Eu vou examinar de acordo com as queixas que a pessoa está sentindo, vou fazer a evolução de SOAP e ver qual a necessidade de chamar o médico ou de eu mesma resolver de acordo com o protocolo e com a minha autonomia. (E8G1)

Referente ao exame físico, este é elencado como elemento essencial para o desenvolvimento de uma boa prática clínica, no entanto algumas limitações são encontradas pelos enfermeiros neste momento, o que requer constante aprimoramento e prática, como manifestado nas falas.

O nosso exame físico eu acho limitado ainda. No acolhimento a gente está requerendo ter mais habilidade prática, de exame físico, da saúde do adulto, da saúde geral. (E10G1)

Eu acho que tem que ter esse preparo para o exame físico, porque você não tem como fazer um diagnóstico se você só vai pelo o que a pessoa fala, ou pelo o que você vê, tem que estar preparado para o exame físico. (E14G2)

Em especial nas consultas à demanda espontânea, os participantes do estudo ressaltaram alguns aspectos de suma importância. Em princípio, nessa demanda os profissionais desconhecem o paciente que entrará em seu consultório e quais queixas serão trazidas por ele. Assim, reforçam ainda mais a importância do raciocínio clínico e de se constituir uma prática clínica ordenada, com o amparo da SAE e dos protocolos.

No início quando você começa a atender você fica muito angustiada porque não sabe o que vem. (E4G1)

Outros elementos de destaque nas consultas à demanda espontânea são trazidos pelos participantes do estudo. De um lado se

tem uma demanda excessiva de pessoas para atendimento, visto que o aumento da porcentagem de consultas à demanda espontânea com a Carteira de Serviços da APS (documento implantado no município que delimitou a agenda de todos os profissionais em 50% demanda espontânea) ampliou o acesso da população ao centro de saúde. Assim, situações em que antes o paciente recorreria a um serviço ambulatorial de emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), pois seria o único meio para a resolução do seu problema de saúde, agora passam a ser resolvidas com mais frequência também na APS. Tal fato é visto pelos enfermeiros, de modo geral, como um aspecto positivo, pois desafoga os serviços de emergência que já se encontram sobrecarregados.

Eu acho isso é bom [o aumento da oferta de demanda espontânea], porque a demanda espontânea que chega para mim é aquilo que tem que ser da atenção básica mesmo. Então eu não posso mandar uma gripe pra UPA, uma diarreia pra UPA. Eu não posso, isso é meu, a UPA não é lugar disso, eu tenho que dar conta disso. (E4G1)

[...] Muitas coisas fáceis de resolver chegam à APS e se eu estivesse com a agenda cheia iria pra UPA, e acabaria sobrecarregando a UPA e os hospitais sem necessidade. (E5G1)

Por outro lado, os participantes apontam preocupação com outra implicação trazida pelo aumento da oferta de consultas à demanda espontânea, como o “vício” dos usuários em um atendimento mais rápido, sem necessidade de marcação prévia na agenda do profissional de saúde. Há casos em que os usuários recorrem à demanda espontânea apenas para aquisição de receita de algum medicamento, sem se preocupar em investigar mais a fundo a causa do problema, ou utilizam da demanda espontânea para renovar a receita de algum medicamento de uso contínuo, mas quando precisam comparecer às consultas de rotina para acompanhamento de seu quadro de saúde, não comparecem.

O paciente vem para a demanda espontânea porque sabe que é rápida [...] mas ele não senta, ele não conversa [...] ele usa a demanda espontânea para renovar receita, mas quando tu marca consulta ele não vem,

entendeu? [...] porque eu penso assim, a demanda espontânea seria o que, “apareceu uma febre hoje de manhã”, ah então vem aqui, a gente avalia, mas não aquilo que o paciente vem com queixa de duas semanas na demanda espontânea. E pelo vício que ele já criou, ele quer ser atendido na demanda espontânea, ele não quer marcar consulta. Então eu acho que por um lado é bom, mas por outro lado também tu deseducas a população. (E1G1)

As consultas de enfermagem à demanda espontânea devem ser mais rápidas do que as consultas programadas e focadas na queixa principal trazida pelo paciente, em virtude da alta demanda de pacientes para atendimento. Com o aumento da porcentagem de consultas destinadas à demanda espontânea, o tempo destinado a essas consultas fica cada vez menor, o que requer dos enfermeiros organização do seu pensamento clínico, priorizando as ações a serem desenvolvidas nesse momento da consulta.

A demanda espontânea é uma consulta um pouco menos demorada, mas também se faz um histórico breve da queixa do paciente naquele momento, e de acordo com aquela queixa se o enfermeiro tem condições de resolver, ele resolve. Por exemplo, se a paciente vem em uma demanda espontânea com uma queixa de leucorreia e o enfermeiro identifica que é uma leucorreia característica de cândida, ele trata, receita e depois combina um horário com ela para retornar a unidade básica para ver se o tratamento foi eficaz ou não. (E7G1)

Se eu sei que tem quatro pacientes esperando, eu já fico ansiosa [...] é a pressão da demanda [...] quando tem mais tempo para investigar outras questões dá para fazer uma avaliação melhor. (E6G1)

Desgasta o profissional, porque além de você dar conta da demanda espontânea, que é aquela demanda rápida, em cinco minutos tu tens que estar atendendo porque tem uma fila lá fora que tu tens que dar conta [...] tu sobrecarrega o profissional. (E1G1)

Outra situação destacada pelos participantes consiste na falta de vagas para as consultas programadas, o que acaba implicando no atendimento à demanda espontânea, que além de sofrer sobrecarga acaba tendo que ser mais extensa para solucionar as queixas trazidas pelo paciente.

Algumas vezes é requerido do enfermeiro saber reavaliar a situação que se apresenta e, por vezes, até mudar o foco da consulta. Nesse aspecto, o olhar ampliado que o enfermeiro tem para além dos sinais e sintomas, integrando os contextos aos quais o paciente está inserido, possibilita a compreensão da exata necessidade do paciente e da conduta a ser tomada.

Eu chamei a paciente para vir porque eu queria conversar com ela sobre um exame que teve alteração, chegando lá a mulher começou a chorar na minha frente porque tinha brigado com o marido [...] tinha outras coisas, que eu nem falei do preventivo, eu fui para aquilo ali [...] no final da consulta ela disse “mas me ligaram para vir aqui” e eu falei que isso a gente ia resolver na outra semana quando ela viesse em tal horário, porque ela não tinha condições, eu não tinha condições de examinar ela, ela estava aos prantos, eu não ia colocar uma mulher chorando na maca porque eu queria ver uma *gardnerella*, que não é nada de mais. Então você sempre tem que reavaliar aquilo que você está fazendo. Às vezes você se programou para uma coisa e vai para outro lado. Às vezes a pessoa senta na tua frente com uma queixa e aquela queixa é a que menos importa e eu falo isso pra pessoa “fulano isso tá te incomodando, mas isso a gente da conta é bem tranquilo, isso é

normal, a outra que você me falou é que está me preocupando mais e a gente precisa ir mais a fundo”. (E4G1)

Percebe-se, assim, a prática clínica do enfermeiro ancorada pela integralidade do cuidado, que possibilita ao enfermeiro ir além do problema em saúde fisiopatológico principal e prestar uma assistência de qualidade e dar seguimento às ações de cuidado voltadas às necessidades biopsicossociais dos indivíduos.

A segunda subcategoria “Evidenciando instrumentos gerenciais para a Prática Clínica baseada em evidência na Atenção Primária à Saúde” enfatiza as ações desenvolvidas pela gestão municipal de APS através da CSAE. Como movimento de resposta aos desafios da prática, foram desenvolvidas capacitações e treinamentos relacionados à SAE, criação de protocolos de enfermagem e a implantação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) nos centros de saúde.

A CSAE foi criada pela responsabilidade técnica de APS do município com suporte dos enfermeiros da prática a partir da necessidade de resgatar a SAE na prática clínica do enfermeiro neste cenário. Dentre as ações realizadas, os protocolos de enfermagem juntamente com a CIPE receberam o maior destaque pelos participantes.

Os protocolos de enfermagem foram criados para direcionar a conduta clínica do enfermeiro na APS de maneira mais diretiva e prática, respaldando-o sobre as ações que podem e que devem ser realizadas. Com os protocolos de enfermagem ampliou-se a gama de ações para a prática do enfermeiro em determinados casos, como, por exemplo, a renovação de receita de alguns medicamentos de uso contínuo quando há estabilidade do quadro clínico do paciente.

O protocolo da enfermagem é mais enxuto, ele não é daqueles protocolos antigos que você só lia “o que é a tuberculose”, ele é diretivo, para você como enfermeira saber o que é essencial com relação ao manejo da tuberculose, por exemplo. Então tem a suspeita clínica, o protocolo vai ter os exames que são de rastreio, diagnóstico e acompanhamento, como que você vai solicitar, quais são os exames, em que condição está, como que você confirma o

caso, como que você faz o diagnóstico. (E11G2)

O protocolo é uma ferramenta que respalda exatamente o enfermeiro para uma situação que ele não consegue manejar. (E11G2)

Baseado em evidência e com treinamentos desenvolvidos pela CSAE e gestão municipal, os protocolos de enfermagem conferem maior autonomia e segurança ao enfermeiro para a tomada de decisões.

Atrelada aos protocolos de enfermagem, a CIPE surge com o intuito de padronizar os registros da prática de enfermagem nos protocolos através de SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise, Plano) e da indicação de diagnósticos de enfermagem e intervenções voltadas a cada um destes, bem como dar maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro na APS, por manter um registro de suas ações.

Todo atendimento que nós fazemos tem o diagnóstico de enfermagem. Todo diagnóstico tem um código que nós usamos quando estamos atendendo o paciente. Usa essa sistematização, subjetivo, objetivo, análise e plano [SOAP]. (E7G1)

Nossa função dentro da grande comissão é elencar diagnósticos que usamos na nossa prática na APS, porque se formos olhar as nomenclaturas que existem, muitas delas nós usamos, mas muitas são muito específicas para a realidade hospitalar. Então estamos utilizando o que já existe de nomenclatura da CIPE, de diagnósticos de enfermagem e estamos criando alguns dentro dos padrões que se tem que ter. Nós organizamos um rol de diagnósticos para ser usado na APS, desse rol levantamos as intervenções e a forma como vamos registrar no prontuário, para ser uma forma uniforme. (E14G2)

Assim como com os protocolos de enfermagem e com toda ação nova implantada pela gestão, os profissionais da rede de APS do município também são capacitados para o uso da CIPE, além da

realização de reuniões mensais da CSAE para discussão do andamento de tais ações e facilidades e dificuldades encontradas nesse processo e de como solucionar os problemas encontrados.

Nós temos uma oficina muito rápida com os enfermeiros que são pilotos da CIPE [...] para usar o rol de diagnósticos [...] para irmos vendo quais os diagnósticos que são mais utilizados, quais as intervenções que são mais utilizadas. (E14G2)

Na terceira subcategoria “Estudando constantemente para a efetivação da prática clínica” os participantes revelam a busca constante do aprimoramento do conhecimento para atuação clínica através da leitura de manuais do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, artigos científicos, entre outros. Os enfermeiros afirmam utilizar os intervalos entre uma consulta e outra para estudar e aprofundar o conhecimento sobre uma situação nova que apareceu na sua rotina de trabalho, em virtude da falta de tempo para estudar.

No intervalo, às vezes, tem dia que está corrido e tem dia que não é tão corrido assim, vou procurar um artigo, vou dar uma lida para ver o que o Ministério está dizendo, a prática baseada em evidência [...] esses momentos eu acho que tem que ter. (E6G1)

Eu gosto muito de ter aluno porque eu acho que o processo de educação em saúde te faz rever tua prática, te faz estudar, te centraliza um pouco pra que tu revejas as coisas. Tu não és um ser que tu soubeste e pronto, tu não é estático no aprendizado. (E8G1)

A presença de alunos de graduação e de residência em saúde revela-se como forte incentivo aos enfermeiros para aprimorar seu conhecimento, visto que estão em constante contato com os alunos e residentes e, neste caso, tornam-se profissionais de referência para o aprendizado destes.

A última subcategoria “Relação interpessoal e multiprofissional auxiliando o desenvolvimento da prática clínica” ressalta a importância de um bom relacionamento entre os profissionais da equipe da saúde da

família, visto que na APS as ações são desenvolvidas em conjunto e em muitos casos há relação de interdependência entre os profissionais, facilitando o convívio e propiciando um ambiente agradável para troca de conhecimento, discussão de casos e interconsultas.

A relação que eu tenho com o médico que eu trabalho [...] o fato de a gente entender que o nosso trabalho é em equipe e que a gente é continuidade um do outro e onde começa o dele termina o meu. Isso é muito importante. (E8G1)

Eu acho que fica muito difícil a assistência quando ela é centrada em um profissional só, ela tem que ser aberta, tem que ter a entrada de outros profissionais. (E8G1)

Os participantes destacam ainda a importância das interconsultas com outros profissionais, e em especial o médico, por se tratar de um profissional que atua constantemente próximo ao enfermeiro. Em casos onde há dúvidas sobre a conduta a ser tomada ou quando tal conduta foge à alçada do enfermeiro, como solicitação de algum exame, receita de algum medicamento fora do protocolo ou emissão de atestado, este solicita auxílio do profissional médico.

Quando o paciente precisa de um medicamento que eu não posso prescrever ou de algum encaminhamento que eu não posso fazer, ou alguns casos mais graves que precisa encaminhar até a emergência ou para hospital, tem que chamar o médico. (E5G1)

Neste ponto, há divergências entre os entrevistados do estudo. Enquanto alguns se sentem incomodados por não poderem concluir o atendimento sozinhos, em virtude da necessidade de alguma ação que não está dentro de suas competências; a maioria dos entrevistados ressalta que as interconsultas fazem parte do processo de trabalho na APS e que cabe a cada profissional realizar o que é de sua competência.

Eu me sinto mal quando vem alguém na minha agenda e eu pergunto o que eu posso ajudar e ela fala “ah eu to com dor de garganta”, eu faço a avaliação física, tudo, tem placa na garganta, só que não sou eu que

vou ajudar nesse sentido, prescrição de antibiótico. (E6G1)

[...] às vezes o que tem na tua frente não está descrito [nos protocolos] e tu vais ter que tomar decisões. Às vezes tu não estás sozinha, então acho que tem que estar aberto para ajudar, mas também pedir ajuda e eu não vejo problema nenhum nisso, de eu ter partilhado [o cuidado com o médico], me senti mais segura, expliquei para usuária e juntos tomamos a decisão. (E6G1)

A discussão de casos com outros profissionais, tanto da equipe básica quanto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem notoriedade para os enfermeiros deste estudo, a fim de prestar um cuidado de qualidade almejando a integralidade da assistência à saúde dos indivíduos e comunidade.

A abertura que eu tenho com todos os profissionais, tanto com a médica da minha equipe como com os outros médicos, com pediatra, com fisioterapeuta, com toda a equipe, a abertura que eu tenho de discutir com eles, de interconsultar com eles, isso é sem dúvida a maior facilidade que eu tenho na minha prática clínica porque o paciente ele é um todo, não tem só questões de enfermagem para eu resolver, tem outras questões, então eu consigo trazer os profissionais com essa abertura que eu tenho para gente resolver efetivamente. (E3G1)

Eu discuto com colegas, não só enfermeiros, mas colegas do NASF, com o meu colega médico da minha equipe. Então nós discutimos bastantes coisas da clínica mesmo, ele [o médico] também me pede quando tem algumas dificuldades. É troca, é leitura [...] nós precisamos disso. (E6G1)

A percepção do paciente como “um todo”, conforme apresentado na fala, que necessita da integração de diferentes saberes e práticas atribuídos a uma equipe multiprofissional e interdisciplinar ressalta a fortaleza da integralidade no cuidado à saúde desses indivíduos, desvelando a importância do trabalho realizado em equipe em consonância às propostas da ESF no SUS.

## **DISCUSSÃO**

Os achados desse estudo evidenciam a prática clínica como um exercício inerente ao processo de trabalho do enfermeiro e elemento primordial para a consulta de enfermagem. Como atividade privativa do enfermeiro, a consulta de enfermagem confere a este uma prática clínica generalista que envolve a tomada de decisão ancorada em conhecimentos científicos e procedimentos sistematizados para a identificação de situações saúde-doença, com vistas à recuperação e promoção da saúde, estabelecendo relações de confiança e vínculo com os indivíduos (SOUZA et al, 2013; CORRADI, 2012).

Estudo com o objetivo de discutir as fragilidades e os aspectos limitantes para a execução da consulta de enfermagem no contexto da ESF revelou a consulta de enfermagem como um diferencial na formação do enfermeiro, que a percebe como uma importante atividade para o desenvolvimento de sua autonomia e independência, conferindo competência para ações de educação em saúde e vinculação com os usuários que, somada à resolutividade dos problemas da população, favorece a confiança desta no profissional e propicia a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos (SILVA; SANTOS, 2016).

No incentivo a essa autonomia e independência, o enfermeiro é um dos responsáveis por realizar atendimento à demanda espontânea na APS, devendo estar apto a receber e acolher as situações de livre demanda que podem ser resolvidas no momento da consulta de enfermagem, exigindo conhecimento clínico e competência técnica com vistas à integralidade do cuidado e resolutividade da situação apresentada (BRASIL, 2011b; ROSOLIN, 2014).

No cuidado prestado na consulta de enfermagem, não somente na demanda espontânea, mas em qualquer atendimento prestado, é fundamental que o enfermeiro avalie o indivíduo com uma visão holística que abarque os aspectos biopsicossociais, sem deixar de lado o conhecimento técnico e científico necessário a sua prática. Neste momento, a anamnese e o exame físico configuram importantes estratégias da prática clínica do enfermeiro, possibilitando a realização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem através de uma

avaliação física minuciosa e coleta de informações em busca de sinais, sintomas e anormalidades que possam sugerir problemas no processo saúde-doença do indivíduo (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Os dados desta pesquisa apontam, no entanto, certa dificuldade em realizar o exame físico, que é destacada pelos enfermeiros como um entrave advindo desde a graduação. Corroborando a este achado, estudo realizado com estudantes de graduação acerca da percepção deles sobre o exame físico revelou algumas limitações encontradas por estes na sua realização, como a ausculta e poucas oportunidades para desenvolver a habilidade técnica, causando insegurança para a prática (OLIVEIRA et al, 2016). Nesse sentido, reforça-se a necessidade de maior investimento no ensino voltado ao exame físico, tendo em vista suas implicações no processo de trabalho do enfermeiro, bem como do exercício diário deste para o aprimoramento da prática clínica do enfermeiro na APS.

O exame físico e anamnese constituem importantes etapas da SAE, uma metodologia do processo de trabalho do enfermeiro que permite a apreensão e aplicação de conhecimentos técnico-científicos de maneira ordenada e sistematizada, oportunizando uma assistência individualizada, integral e humanizada que contribuem para a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos (SANTOS; MONTAZELI; PERES, 2012).

No intuito de resgatar a SAE na APS e propiciar maior autonomia e visibilidade ao trabalho do enfermeiro neste cenário, a CSAE elaborou e implantou os primeiros protocolos de enfermagem com condutas para a sua prática clínica no município sobre temas pertinentes ao exercício da profissão, como o cuidado integral às doenças crônicas não complicadas de maior frequência e rastreamento das doenças mais prevalentes na população (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Ressalta-se que a consulta de enfermagem na APS, associada ao uso de protocolos de saúde, oportuniza o desenvolvimento mais autônomo e resolutivo da prática clínica deste profissional, repercutindo diretamente no cuidado às situações saúde-doença da população (SILVA; SANTOS, 2016).

Ainda no tocante às ações desenvolvidas pela CSAE, a CIPE representa um importante meio para o fortalecimento do papel do enfermeiro na APS, visto que constitui um sistema que visa padronizar a linguagem utilizada por estes profissionais, favorecendo ainda a coleta, armazenamento e análise dos dados de uma ampla variedade de pessoas, contextos, situações de saúde e doença, contribuindo com a eficácia e efetividade da prática clínica e visibilidade desse profissional.

Tanto os protocolos de enfermagem quanto a CIPE refletem a necessidade de constante aprimoramento da prática clínica do enfermeiro. Ademais, cabe ressaltar que na área da saúde, de modo geral, há considerável preocupação dos profissionais em aprimorar conhecimentos técnicos e científicos, a fim de impulsionar seu desenvolvimento de modo a melhorar a qualidade da assistência prestada aos indivíduos, família e comunidade (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Neste sentido, evidencia-se a presença de alunos na APS como um incentivo a mais a este aprimoramento, conforme revelado nos dados desta pesquisa. A ação dos enfermeiros enquanto tutores destes alunos exprime a importância desta no processo de formação destes alunos, possibilitando a integração dos saberes e conhecimentos entre estas duas partes, em prol de uma visão ampliada às necessidades em saúde dos indivíduos e voltada à promoção da saúde e integralidade do cuidado a essas pessoas (PEREIRA et al, 2013).

Tal articulação de saberes e conhecimentos entre diferentes profissionais é base do trabalho realizado na APS, caracterizado por uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, fundamental para o alcance da integralidade da assistência e resolutividade das ações de saúde (SILVA et al, 2012).

Nesse contexto, a interconsulta entre diferentes profissionais revela-se como ferramenta primordial para o alcance da integralidade e resolutividade da prática clínica na APS, oportunizando o compartilhamento das ações de cuidado em situações de maior complexidade que requerem a complementação de diferentes saberes e conhecimentos para a sua resolutividade (FARIAS; FARJADO, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou as ações e interações ocorridas na prática clínica do enfermeiro no cenário da APS, dentre as quais se destacam a realização da consulta de enfermagem com amparo da SAE, as ações de gestão voltadas ao fortalecimento da prática clínica do enfermeiro e a relação interpessoal deste com os demais profissionais de saúde.

A consulta de enfermagem revela-se como importante meio para o desenvolvimento da prática clínica pautada no princípio da integralidade e com aporte da SAE, possibilitando um exercício sistematizado capaz de contribuir com a melhoria da qualidade da assistência prestada.

No intuito de aprimorar a atuação do enfermeiro na APS, medidas de fortalecimento da SAE, bem como da prática clínica do

enfermeiro neste cenário, como a criação de protocolos clínicos e aplicação da CIPE, que ampliam a autonomia e resolutividade do enfermeiro na prática profissional, com maior visibilidade ao seu trabalho. Diante dessa ampliação da clínica, surge a necessidade de manter este profissional em constante aperfeiçoamento técnico-científico. Assim, as capacitações e treinamentos desenvolvidos, como também os protocolos clínicos, conferem aos profissionais o arcabouço necessário à sua atuação na APS e contribuem para maior efetividade das ações.

Em consonância ao preconizado pela ESF e pautando-se no princípio de integralidade, o enfermeiro estabelece relações horizontais e interações com a equipe de saúde atuante no centro de saúde, compartilhando e integrando saberes e práticas ao cuidado dos indivíduos, interdisciplinarmente, a fim de garantir a integralidade da assistência e melhoria do cuidado.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, D. S.; MARCUCCI, R. M. B. Raciocínio clínico aplicado ao Processo de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 43-47, 2011.

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos processos assistenciais na Atenção Básica. In: Garcia T. R., Egry E. Y. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.19-28.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília : CONASS, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. (Cadernos de atenção básica; v.1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

CAÇADOR, B. S. *et al.* Ser enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE, 2015.

CORRADI, EM. Aspectos gerenciais da Consulta de Enfermagem. In: Santos AS, Cubas MR, organizadores. Saúde Coletiva: linhas de cuidado e Consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 45-60.

FARIAS, G. B.; FARJADO, A. P. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. Supl. 3, p. 2075-1093, 2015.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem volume 1: hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Versão 1.4. 46 p. 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 26 set. 2016.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

OLIVEIRA, M. F. L. *et al.* Percepções de estudantes sobre o exame físico na prática clínica do enfermeiro. **Revista RENE**, Fortaleza, v.17, n. 2, p. 268-277, 2016.

PEREIRA, C. S. *et al.* Contribuições da educação tutorial e reorientação da formação para enfermagem: uma salada saudável!. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.3, n. 1, p. 367-373, 2013.

RAMOS, L. H. *et al.* Prática clínica do enfermeiro. **São Paulo : UNIFESP, [2012?]. Disponível em:**<[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2014.

ROSOLIN, R. A. M. **A influência da demanda espontânea na (des)caracterização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.** 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2014.

SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Autonomia profissional e Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 251-257, 2012.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p.355-358, 2011.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: realidade de um distrito sanitário. **Revista da Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 2, p. 248-258, 2016.

SILVA, L. M. S. *et al.* Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp.2, p. 784-788, 2012.

SOUZA, P. A. et al. Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.17, n. 1, p. 11-17, 2013.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 16, n. suppl., p. 20-26, 2012.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, Recife, v. 5, n.2, p. 202-212, 2014.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. O cuidado e a clínica na formação do enfermeiro: saberes, práticas e modos de subjetivação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 776-783, 2011.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à sua prática clínica na Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil e, a partir da compreensão destes significados, através do processo de pesquisa, foi possível revelar o fenômeno: **Desvelando a integralidade na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde alicerçada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem**, emergido a partir da interrelação das três categorias que integram o modelo paradigmático, alusivas aos componentes condições, ações-interações e consequências, sendo intituladas, respectivamente: “Percebendo a importância do conhecimento clínico e de infraestrutura adequada para o exercício da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”, “Desvelando a Sistematização da Assistência de Enfermagem na consulta de enfermagem como elemento crucial para a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde” e “Consolidando o vínculo de confiança com a comunidade a partir da ampliação da autonomia e resolutividade da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”.

A opção pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados possibilitou o alcance do objetivo proposto. A análise dos dados ocorreu concomitante à coleta de dados e teve como aporte no referencial teórico a Integralidade, a qual permitiu a compreensão da prática clínica do enfermeiro como uma prática de cuidado na perspectiva interdisciplinar, incorporando às ações de cuidado uma atenção voltada aos indivíduos como totalidade.

A prática clínica do enfermeiro na APS é resultado de ações de cuidado desenvolvidas ao realizar o atendimento à população, nas consultas de enfermagem, com olhar ampliado, escuta sensível e avaliação clínica minuciosa em busca de sinais, sintomas e/ou problemas de saúde que acometem os indivíduos, pautadas em conhecimento científico e clínico alicerçada pela SAE, que possibilita um cuidado de saúde integral em prol da melhor assistência e qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidade.

Com a realização deste estudo evidenciou-se a importância do conhecimento clínico para a tomada de decisões na prática profissional. Neste sentido, reforça-se a necessidade de investimentos na formação dos futuros enfermeiros para que, ao se deparar com a prática profissional, encontrem menos entraves do que os revelados nesta

pesquisa. A existência de um espaço físico e recursos materiais adequados ao trabalho do enfermeiro são essenciais para uma boa prática clínica e constituem a realidade dos enfermeiros do município estudado.

A prática clínica do enfermeiro tem notoriedade no serviço de APS do município, tanto é que ações são constantemente desenvolvidas no intuito de fortalecê-la, dentre as quais se revelou neste estudo a criação de protocolos clínicos direcionados à prática deste profissional, baseada em evidência, e implantação da CIPE, conferindo maior visibilidade, autonomia e resolutividade à atuação do enfermeiro neste cenário. Nestes esforços para o fortalecimento da categoria no âmbito da APS, ressalta-se a importância de investimentos em políticas que voltem sua atenção à prática profissional deste que se destaca no serviço de APS por sua formação generalista, crítica e reflexiva, conferindo competência para o desempenho de ações voltadas à promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida da população.

Esta pesquisa apresenta limitações características da pesquisa qualitativa, a qual não almeja generalizações, mostrando a realidade apenas do cenário estudado, no entanto, seus achados podem contribuir com outros estudos que apresentem realidades semelhantes. Foram enfrentadas dificuldades na coleta de dados no que se refere ao contato inicial para a marcação das entrevistas e sobrecarga de trabalho dos profissionais, o que estendeu o período de coleta de dados.

Acredita-se que a produção de conhecimento e construção do modelo teórico neste estudo possam subsidiar discussões acerca da temática e provocar reflexões sobre o papel do enfermeiro no cenário da APS, fortalecendo sua atuação clínica, autonomia, resolutividade e vínculo com indivíduo, família e comunidade, tornando este profissional cada vez mais uma referência para o cuidado em saúde destes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, K. Y. A. *et al.* Vivenciando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 381-388, 2013.

AMORIM, D. S.; MARCUCCI, R. M. B. Raciocínio clínico aplicado ao Processo de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 43-47, 2011.

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos processos assistenciais na Atenção Básica. In: Garcia T. R., Egry E. Y. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.19-28.

ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, 2012.

BARLEM, J. G. T. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro v.12, n. 2, p. 347-353, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília : CONASS, 2012a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal, 1988. Brasília; 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 04 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá providências. Brasília: Diário Oficial da república Federativa do Brasil, 1986.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Trata do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo

e da organização do SUS. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. (Cadernos de atenção básica; v.1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. (Cadernos de atenção básica; v.2).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

CAÇADOR, B. S. *et al.* Ser enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp, p. 134-141, 2013.

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1-6, 2010.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 33, n. 9, 2009.

COFEN. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)> Acesso em: 26 mai. 2014.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE, 2015.

CORRADI, EM. Aspectos gerenciais da Consulta de Enfermagem. In: Santos AS, Cubas MR, organizadores. **Saúde Coletiva: linhas de cuidado e Consulta de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 45-60.

COSTA, F. S. *et al.* Valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática profissional no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p. 2881-2889, 2012.

CUNHA, M. *et al.* Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. **Millenium**, Viseu, v. 1, n.38, p. 271-282, 2016.

FARIAS, G. B.; FARJADO, A. P. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. Supl. 3, p. 2075-1093, 2015.

FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutica-dialética. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 530-535, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de

Florianópolis. Florianópolis: Secretaria da Saúde, 2014. Disponível em < <http://carteira.apsfloripa.org/>> Acesso em: 22 mai. 2014.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. 2015a. Disponível em: < <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 20 out. 2015.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem volume 1: hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Versão 1.4. 46 p. 2016. Disponível em: < <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 26 set. 2016.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Resolve instituir, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem – CSAE. Portaria n. 79 de 29 de julho de 2015. Florianópolis, 2015b.

FELLI, V.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. *In*: Kurcgant P, coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

GASPARINO, R. F.; SIMONETTI, J. P.; TONETE, V. L. P. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1112-1122, 2013.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GONZÁLEZ-TORRENTE, S. *et al.* Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care

nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 227, p. 1-9, 2012.

HADDAD, M. C. F. L. A residência de enfermagem na formação profissional. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 223-223, 2012.

HAUSMANN, M. PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, no. 2, p. 258-265, 2009.

IBGE. Estimativa populacional 2015. Disponível em:

<

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540>>. Acesso em: 20 out. 2015.

KALINOWSKI, C. E. *et al.* Autonomia profissional durante o trabalho da Atenção Primária à Saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros. **SANARE**, Sobral, v. 11, n. 2, p. 6-12, 2012.

LANZONI, G. M. M. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde**. 2013. 295 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 557-563, 2013.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 464-470, 2012.

LAPPIS. Sobre o LAPPIS. 2016. Disponível em:

<<http://www.lappis.org.br/site/quem-somos/sobre>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um

desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011.

MACHADO, M. L. P.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; MANICA, S. T. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 53-60, 2013.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. de A.. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS/CEPESC/IMS/UERJ, 2006. Cap. 4. p. 51-64.

MAJID, S. *et al.* Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. **Journal of the Medical Library Association**, Bethesda, v. 99 n. 3, p. 229-236, 2011.

MARINELLI, N. P.; CARVALHO, K. M.; ARAÚJO, T. M. E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica. **Revista UNIVAP**, São José dos Campos, v. 21, n. 38, p. 26-35, 2015.

MARTINS, S. M. *et al.* Consulta de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v.10, n. 20, p. 837-840, 2011.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 39-64

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

MATUMOTO, S. *et al.* Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na Atenção Básica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 318-326, 2013.

MENDES, M. A. **Papel clínico do enfermeiro**: desenvolvimento do conceito. 2010. 154 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem, São Paulo, 2010.

MENEZES, S. S. C. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1037-1044, 2015.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

OLIVEIRA, M. F. L. *et al.* Percepções de estudantes sobre o exame físico na prática clínica do enfermeiro. **Revista RENE**, Fortaleza, v.17, n. 2, p. 268-277, 2016.

PEDROSA, I. C. F.; CORREA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011.

PEREIRA, C. S. *et al.* Contribuições da educação tutorial e reorientação da formação para enfermagem: uma salada saudável!. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.3, n. 1, p. 367-373, 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro : CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro : EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006.

PIRES, V. M. M. M., RODRIGUES, V. P., NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-627, 2010.

RAMOS, A. L. *et al.* A atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção do câncer de colo de útero. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 84-91, 2014.

**RAMOS, L. H. et al.** Prática clínica do enfermeiro. São Paulo : UNIFESP, [2012?]. Disponível em:<[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2014.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde**: Sistema Único de Saúde. 2. ed. Universidade Federal de São Paulo : São Paulo, 2011.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-191, 2011.

ROSOLIN, R. A. M. **A influência da demanda espontânea na (des)caracterização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2014.

SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Autonomia profissional e Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 251-257, 2012.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p.355-358, 2011.

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management & Primary Health Care**, Recife, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: realidade de um distrito sanitário. **Revista da Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 2, p. 248-258, 2016.

SILVA, L. M. S. *et al.* Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp.2, p. 784-788, 2012.

SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. de A.. **Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 61-90

SILVEIRA, L. C. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 548-554, 2013.

SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, E. C. F. S. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, P. A. *et al.* Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.17, n. 1, p. 11-17, 2013.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 16, n. suppl., p. 20-26, 2012.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, Recife, v. 5, n.2, p. 202-212, 2014.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde

de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

VIANA, D. M. *et al.* A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia Saúde de Família. **Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 5, n. 2, p. 1658-1669, 2015.

VIEGAS, S. M. F. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 133-141, 2013.

VIEIRA, A. N., SILVEIRA, L. C., FRANCO, T.B. A formação e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 9-22, 2011.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. O cuidado e a clínica na formação do enfermeiro: saberes, práticas e modos de subjetivação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 776-783, 2011.

QSR International. NVivo 10 for Windows. Disponível em <<http://www.qsrinternational.com/Language-pages/Portuguese>> Acesso em: 16 nov. 2015.





**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Profa. Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Carolina Kahl, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Significando a prática clínica do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde**”, que tem como objetivo **compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à sua prática clínica desenvolvida na Atenção Básica à Saúde (ABS) de um município do sul do país.**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humano da UFSC (CEPSH) para aprovação sob parecer nº 1.475.139 em 01 de abril de 2016.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será áudio-gravada, com duração de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente a entrevista será transcrita. Sua identidade não será revelada em nenhum momento do estudo.

Este estudo não lhe trará benefícios em curto prazo, porém para a sociedade contribuirá com as atividades desenvolvidas pelos profissionais, proporcionando a reflexão da sua prática e contribuindo para o aprimoramento na atuação da prática clínica do enfermeiro na ABS e para novas pesquisas nesta área de conhecimento.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade, contudo estamos dispostas a ouvi-los (as), interromper a entrevista se assim você desejar, retornando a coletar os dados sob sua anuência tão logo se sinta à vontade para continuá-la.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos. O material coletado durante as entrevistas e a observação poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora Betina Hörner Schlindwein Meirelles pelo telefone (48) 9983.2953, email [betinahsm@ig.com.br](mailto:betinahsm@ig.com.br) ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 5° andar, sala 518,

Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Poderá entrar em contato com a pesquisadora Carolina Kahl pelo telefone (48) 9979.5794, email carolinakahl@hotmail.com ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 402. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, email CEP.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

---

Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
(Pesquisadora responsável)

---

Carolina Kahl

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



# ANEXO I – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA EMITIDA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 16 de dezembro de 2015

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulada **“SIGNIFICANDO A PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”**, da pesquisadora responsável *Carolina Kahl*. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas para o pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH; ao respeito aos princípios éticos e à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

*Evelise Ribeiro Gonçalves*  
Setor de Educação em Saúde  
Matricula 26212-9  
SMS - PMF

*Evelise Ribeiro Gonçalves*

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Florianópolis



## ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/SH/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Significando a Prática Clínica do Enfermeiro na Atenção Básica à Saúde

**Pesquisador:** Betina Hörner Schindwein Meirelles

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54002916.3.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.475.139

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, embasada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Parte de pressupostos interpretativos e teóricos que abordam os significados atribuídos por pessoas e grupos sobre determinado problema social ou humano. A TFD intenciona ir além da descrição, buscando a criação ou descoberta de uma teoria dentro de um processo ou ação, que explique como as pessoas estão experimentando um fenômeno, a partir dos significados atribuídos por elas a este processo. LOCAL DO ESTUDO: Será local do estudo o serviço de Atenção Básica à Saúde de Florianópolis/SC, que conta com cinco distritos sanitários (centro, continente, leste, norte e sul). PARTICIPANTES DO ESTUDO: Serão participantes do estudo enfermeiros dos centros de saúde de Florianópolis, sendo selecionados inicialmente dois (02) enfermeiros de cada distrito sanitário. Posteriormente, mediante a análise dos dados, novos sujeitos serão identificados para compor os grupos amostrais seguintes, conforme preconiza o método. COLETA DE DADOS: A coleta de dados se dividirá em duas partes, a primeira para a caracterização dos sujeitos e a segunda para a entrevista individual não estruturada, áudio-gravada. A entrevista será iniciada com uma questão norteadora "Fale-me sobre a sua prática clínica no cuidado as pessoas na ABS" e, no decorrer, novas questões serão levantadas para se responder ao objetivo do estudo.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.475.139

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à sua prática clínica nas atividades desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde de um município do sul do país.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os autores "Esta pesquisa não acarretará riscos de natureza física aos participantes, no entanto por se tratar de uma pesquisa que envolve coleta de dados por meio de entrevistas poderá haver mobilização emocional relacionada à reflexão sobre a teoria e prática, como desconfortos psicológicos, modificações nas emoções, estresse e culpa."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A motivação para a realização deste estudo surgiu ainda na graduação do curso de enfermagem, durante o estágio supervisionado que encerrava as atividades acadêmicas, realizado em um centro de saúde de Florianópolis. Ao desenvolver este estágio, realizando em conjunto às enfermeiras do serviço, atividades de coordenação e assistência, emergiu a importância do trabalho do enfermeiro no cenário da ABS. O centro de saúde em questão, assim como os demais centros da rede de atenção à saúde de Florianópolis, atendia às consultas de demanda programada e espontânea, e passava, no momento, pela implementação da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, cujo intuito consiste na organização local e gestão das equipes de saúde, apresentando as atividades de assistência realizadas na APS, dentre as quais apresenta a necessidade de conformação da agenda de médicos, enfermeiros e dentistas dividida em 50% demanda programada e 50% demanda espontânea (FLORIANÓPOLIS, 2014). Diante disso, destacou-se ainda mais a força de atuação do enfermeiro na ABS, evidenciando a necessidade deste de estar preparado para atuar frente às mais diversas situações de saúde-doença que emergirem em seu cenário de prática. Ainda recentemente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis aprovou o primeiro protocolo clínico de enfermagem, o "Protocolo de Enfermagem sobre Hipertensão, Diabetes e outros fatores cardiovasculares associados", desenvolvido coletivamente com os enfermeiros da rede municipal de saúde de Florianópolis (COREN/SC, 2015). Tanto a criação da Carteira de Serviços da APS como do novo Protocolo de Enfermagem na atenção cardiovascular na APS representam uma ampliação na qualidade do acesso aos serviços de saúde de Florianópolis, bem como do fortalecimento da atuação dos profissionais enfermeiros da rede. Frente às fragilidades e potencialidades encontradas no cenário da ABS, no que tange à prática clínica, emergem algumas indagações, como por exemplo: como o enfermeiro da ABS realiza a articulação do conhecimento teórico com a prática de trabalho? Como ele incorpora seu conhecimento teórico em sua prática clínica? De que instrumentos ele faz uso a fim de fortalecer

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.475.139

sua prática clínica no processo de trabalho? Desse modo, questiona-se "como os enfermeiros significam a sua prática clínica na Atenção Básica à Saúde?"

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Toda a documentação exigida pelo sistema CEP-CONEP está presente e adequada, estando o planejamento do estudo em consonância com os princípios éticos da boa prática em pesquisa com seres humanos.

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação é necessária.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pelo exposto, concluímos pela aprovação do presente estudo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_664626.pdf	10/03/2016 11:45:27		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Carolina_Kahl.pdf	04/03/2016 15:48:16	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertacao_Carolina_Kahl.pdf	04/03/2016 15:04:09	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Carolina_Kahl.pdf	04/03/2016 15:03:59	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_Carolina_Kahl.pdf	04/03/2016 14:55:36	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_SMS_Carolina_Kahl.pdf	04/03/2016 14:55:16	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Carolina_Kahl.pdf	04/03/2016 14:54:34	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito

**Situação do Parecer:**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.475.139

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 01 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br