



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE-PPGCS**

EDITH NATALIA MONTAÑA RODRIGUEZ

**PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NAS CIDADES DE
MACAPÁ (BRASIL) E BOGOTÁ (COLÔMBIA)**

Macapá/AP

2018

EDITH NATALIA MONTAÑA RODRIGUEZ

**PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NAS CIDADES DE
MACAPÁ (BRASIL) E BOGOTÁ (COLÔMBIA)**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá (Unifap), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde Pública e Epidemiologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Macapá/AP

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborado por Mara Patrícia Corrêa Garcia CRB-2/1248

610.734

M764p Montaña Rodriguez, Edith Natalia

Percepção da atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde em duas Unidades Básicas de Saúde nas cidades de Macapá (Brasil) e Bogotá (Colômbia) / Edith Natalia Montaña Rodriguez; orientadora, Anneli Mercedes Célis de Cárdenas. - Macapá, 2018.

107 f.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Enfermagem. 2. Atenção básica. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Unidades Básicas de Saúde. 5. Política de saúde. I. Célis de Cárdenas, Anneli Mercedes, orientadora. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.

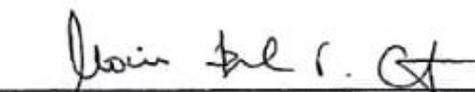
EDITH NATALIA MONTAÑA RODRIGUEZ

**PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NAS CIDADES DE
MACAPÁ (BRASIL) E BOGOTÁ (COLÔMBIA)**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá (Unifap), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde Pública e Epidemiologia.

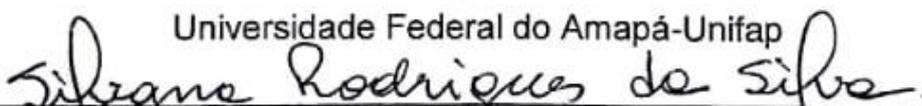
Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

DATA DE APROVAÇÃO: 09 / 04 / 2018



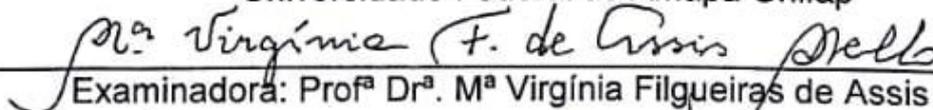
Examinadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Izabel Tentes Côrtes

Universidade Federal do Amapá-Unifap



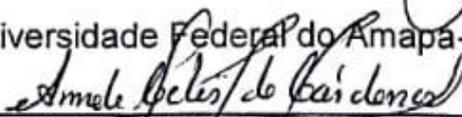
Examinadora: Prof.^a Dr.^a. Silvana Rodrigues da Silva

Universidade Federal do Amapá-Unifap



Examinadora: Prof.^a Dr.^a. M^a Virgínia Filgueiras de Assis Mello

Universidade Federal do Amapá-Unifap



Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Universidade Federal do Amapá- Unifap

Macapá/AP

2018

“Dedico esta obra à memória de minha mãe, ela sempre será a estrela que ilumina meu caminho.”

“Dedico este trabajo a la memoria de mi mamá, la estrella que siempre me acompaña y alumbra mi camino, me sigue como la luna cuando eres niño y me lleva hasta su hogar, por eso mi corazón es el hogar donde siempre vivirá su memoria.”

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir dar este passo tão difícil e por sempre ensinar-me a ser forte e valente.

A meu **Pai**, meus irmãos, **Adriana, Daniel, Christian**; meus sobrinhos **Julian e Celeste** pelo apoio em tudo, por suas palavras de alento nos momentos mais difíceis, pela compreensão e acompanhamento desde o início.

À minha família pelo acompanhamento desde ainda que distante.

A Meus amigos na Colômbia **Angélica Ana Maria, Karen, Daisy, Marcela**, que sempre estiveram disponíveis para me escutar, também pelo apoio e compreensão.

A meus irmãos que a vida colocou em meu caminho, **Mayerli** pela ajuda incondicional e apoio, **Zonia, Victor, Omar, Edith, Lucio, Angélica, Bayron** pelo apoio e acompanhamento e pela ajuda.

A meu anjo de português **Luiz Gomes** por sua solicitude sempre que precisei de ajuda.

Aos amigos aqui no Brasil, que fizeram de minha estância um lugar confortável, **Gabi, Ivan, Taires, Igor, Vivi, Jessica, Karen, Renato, Erico e Felipe** “Quem tem um amigo tem um tesouro”.

A meus amigos da turma do Programa de Ciências em Saúde **Olinda, Nell, Carlos, Nadia** pela ajuda e carinho sempre.

À minha orientadora, Profa. **Anneli Celis de Cardenas**, por sua orientação para levar a cabo este trabalho.

Aos enfermeiros que colaboraram com a minha pesquisa.

Ao Programa de Alianças para a Educación e Capacitación (Paec), à Organização dos Estados Americanos (OEA) e ao Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras.

RESUMO

Na América Latina, os sistemas de saúde são muitas vezes semelhantes, quando se considera a diversidade da população. No contexto do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde é caracterizada por ações de saúde no âmbito individual e coletivo, exigindo dos profissionais envolvidos uma atenção integral através do exercício das práticas de cuidado. O papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde e, especificamente, nas unidades básicas de saúde é composto por diferentes atividades focadas em aspectos referentes a educação, saúde e nível administrativo. Os objetivos deste estudo são os de analisar a percepção da atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde em duas unidades básicas de Saúde das cidades de Macapá, no Brasil, e Bogotá, na Colômbia; classificar as experiências e vivências dos enfermeiros e realizar uma análise comparativa de acordo as experiências dos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde. Metodologicamente caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa, os dados foram coletados por meio de entrevistas com dez enfermeiros, cinco na Colômbia e cinco no Brasil, com perguntas abertas e fechadas e dois roteiros. A interpretação dos dados foi feita mediante a análise de conteúdo proposta por Bardin, que estabelece três fases: pré-análise, exploração do material e tratamentos dos resultados. A análise de conteúdo das entrevistas foi realizada com ajuda do software ATLAS.ti.8, o qual é específico para a análise qualitativa de dados, o que permitiu determinar as categorias mais relevantes. O estudo foi realizado no período de novembro de 2016 a abril de 2017. Foram identificadas várias categorias como resultado da análise dos dados: promoção e prevenção, liderança, recursos, humanização e comunicação. Nas categorias, os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde se identificaram como os gestores principais na saúde da comunidade apesar dos desafios apresentados na realidade de cada país. Concluiu-se que é necessário maior aprofundamento na questão exposta com a finalidade de reforçar o papel de enfermagem, criar estratégias com maior participação do enfermeiro nas políticas que contribuem para a Atenção Primária à Saúde, tendo como base a formação integral do enfermeiro e seu interesse na saúde da comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem, Atenção Básica, Unidades Básicas de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In Latin America, the health care systems are similar between them, taking as an important issue the diversity of its population. In the context of the unique health system, the primary health care is demarcable by the actions in health in the individual and collective context, demanding to the involved professionals the responsibility of an integral attention throughout the care. The role of nurses in the primary health care and specifically in the basic attention health units is composed by several activities focused in different aspects as: education, health and administrative level. The objective of this study is to analyze the perception of the nurse role in the primary health care in Brazil and Colombia. Methodologically it is characterized to be a qualitative research, the data were collected through interviews with ten nurses, five in Colombia and five in Brazil, with open and closed questions and two scripts. The interpretation of the data was performed by the content analysis proposed by Bardin who established three phases: Previous analysis, explanation of the material, and treatment of the results. The content analysis of the interviews was performed with help of the software ATLAS.ti.8, which is specifically for the analysis of qualitative data, it allows to determine the most remarkable categories. The research was developed from 2016 November to 2017 April. It was identified different kinds of categories as the result of the data analysis: promotion and prevention, leadership, resources, humanization and communication. In the different categories the nurses of the primary health care units were identified as managers of each country. The analysis of the data concluded that it is necessary to emphasize in the exposed topic in order to improve the nursing role, also create strategies to include the nurse as an important professional in politics that contribute to the primary health care, taking as an important issue the education of the nurse and its interest in the community.

Keywords: Nursing. Basic Attention. Basic Health Unit. Unique Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa de localização Macapá.....	33
Figura 2	Mapa de localização da UBS – Unifap.....	34
Figura 3	Mapa de Bogotá DC.....	35
Figura 4	Mapa de localização do Hospital de Usaquen.....	35
Figura 5	Três fases da Análise de Conteúdo.....	43
Figura 6	Nuvem das principais palavras mencionadas nas entrevistas com enfermeiros que trabalham em APS.....	47
Figura 7	Rede conceptual das palavras principais mencionadas nas entrevistas com enfermeiros que trabalham em APS.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das variáveis referentes aos dados sociodemográficos e antecedentes profissionais dos enfermeiros de duas UBS de Macapá e Bogotá (Macapá-AP, 2017)	44
-----------------	---	----

LISTA DAS SIGLAS

ANEC	Associação Nacional de Enfermeiras da Colômbia
APS	Atenção Primária à Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.
EPS	Empresas Promotoras da saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
IPS	Instituição Prestadora de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Plano de Atenção Básica
PDSP	Plano Decenal de Saúde Pública
PIC	Plano de Intervenção Coletiva
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
POS	Plano Obrigatório de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMS	Sistema de Saúde Suplementar
SGSSS	Sistema Geral de Segurança Social em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
UEAP	Universidade do Estado do Amapá

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
2.2. O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.4 PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL.....	23
2.5 PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL.....	25
2.6 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	26
2.7 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COLÔMBIA	26
2.8 PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COLÔMBIA	30
2.9 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA SAÚDE PRIMÁRIA NA COLÔMBIA ..	31
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4 MATERIAL E MÉTODOS	33
4.1 ÁREA DE ESTUDO	33
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	36
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	36
4.4 PERÍODO DE ESTUDO.....	38
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	38
4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5.1 PERFIL DOS ENFERMEIROS	44
5.2 FASE DE PRÉ-ANÁLISE	46

5.3 FASE DE EXPLORAÇÃO DO MATERIAL.....	46
5.4 FASE DE TRATAMENTO DOS RESULTADOS: A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO	51
5.4.1 Promoção e prevenção em saúde	51
5.4.2 Liderança	56
5.4.3 Carência de recursos humanos e estruturais	58
5.4.4 Humanização	61
5.4.5 O Enfermeiro como elo de comunicação.....	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	80
APÊNDICE A- ROTEIRO 1 - COLETA DE DADOS.....	80
APÊNDICE B- ROTEIRO 2 COLETA DE DADOS.....	81
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
ANEXOS.....	85
ANEXO A- DECLARAÇÃO DE ALMA ATA 1978.....	85
ANEXO B- PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA COLÔMBIA.....	88
ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO PELO CONEP	90
ANEXO D - INFORME DE CATEGORIZAÇÃO ATLAS.TI.....	91
ANEXO E - SUBMISSÃO ARTIGO SUPORTE.....	107

1 INTRODUÇÃO

A saúde não é apenas a ausência de doença, é também considerada um estado de estabilidade psicossocial. Há muitas semelhanças entre os sistemas de saúde da América Latina, como, por exemplo, a diversidade étnica e racial da sua população. A língua falada na maioria dos países do continente é o espanhol, à exceção do Brasil, Suriname, Guiana e outros que têm centenas de línguas faladas pelas diferentes comunidades indígenas existentes em cada país. Também é importante saber que a maioria da população mora nas grandes cidades, onde as pessoas têm mais acesso a serviços de saúde, recreação, melhores oportunidades de emprego e educação, não significando que estes sejam considerados fatores para uma melhor qualidade de vida (GARCIA et al., 2002).

Para dar resposta aos problemas de saúde da população, foi realizado e desenvolvido conjunto de ações e serviços integrados na Atenção Primária à Saúde (APS). Internacionalmente a APS se apresenta como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, na qual se integram ações preventivas e curativas, bem como atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2006).

A APS é compreendida como o primeiro nível de atenção e gestão, sendo caracterizada por ações de saúde no âmbito individual e coletivo. Abrange a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Objetiva desenvolver uma atenção integral no cuidado do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de trabalho em equipe, utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas (BRASIL, 2012a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), a APS é a assistência sanitária acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade por meios aceitáveis para eles, com a sua plena participação e com custo razoável para a comunidade e o país, sendo o núcleo do sistema de saúde de uma nação e parte integrante do desenvolvimento socioeconômico global da comunidade.

Portanto um sistema sanitário baseado na APS orienta suas estruturas segundo valores de equidade e solidariedade social, com a garantia do direito de todo

ser humano a gozar do grau máximo de saúde que se possa ter, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição social e econômica. Os princípios requeridos para manter um sistema dessa natureza são a capacidade para responder equitativa e eficientemente às necessidades sanitárias dos cidadãos, incluindo a capacidade de vigilância para o melhoramento e a renovação contínuos; a responsabilidade e obrigação dos governos para render arcar com os gastos a sustentabilidade; a participação; a orientação para as normas mais elevadas de qualidade e segurança e a implementação da prática de intervenções intersetoriais (OMS, 2018).

O desenvolvimento da APS no Brasil deu-se por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que é financiado pelo Governo, com acesso universal e assistência integral. Trata-se de um sistema descentralizado e está distribuído nas três esferas públicas: federal, estadual e municipal (MONTEKIO; MEDINA; AQUINO, 2011).

É importante ressaltar que, no Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida por meio de estratégias diferenciadas, encerra suas diretrizes e normas gerais estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica de 2006, atualizada pela Portaria n. 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011 (ALMEIDA, 2014).

Na Colômbia, a APS se encontra dentro do sistema de saúde, que conta com dois regimes, o contributivo e o subsidiado, que são regidos pelo Plano de Saúde Obrigatório (POS), no qual todos os níveis de cuidados são tratados de acordo com a complexidade. Há também neste país o setor privado e outros regimes especiais, que assistem a uma parcela minoritária da população, por exemplo, os membros das forças armadas e do magistério (GUERRERO et al., 2011).

O sistema de saúde colombiano atinge uma cobertura de 98% ao Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) no ano 2014, o outro 2% não tem afiliação no sistema, a afiliação é obrigatória, feita através das Entidades Promotoras de Saúde (EPS), as quais podem ser privadas ou públicas. Estas, por sua vez, têm as Instituições Prestadoras de Saúde (IPS), que oferecem o POS para o regime contributivo e o Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado (POS-S) para o regime subsidiado. A cobertura do POS é igual para todos, abarca desde a APS até o tratamento de doenças de alto custo, financiado pelo Estado (VEGA; ACOSTA, 2014).

No que tange à APS, ressalta-se a importância do papel do enfermeiro, profissional que integra o campo da saúde, tendo como núcleo de competência a essência do cuidado, seja em seu papel de educador da comunidade, seja na

intervenção em todas as fases do desenvolvimento humano. Por isso, sua função está implícita na APS como protagonista do cuidado da população (MARILAF; ALARCON; ILESCA, 2011).

Peduzzi (2001) salienta que o enfermeiro, como um profissional que integra o campo da saúde, tem como núcleo de competência o cuidado de enfermagem, o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva e ações gerenciais voltadas ao cuidado.

O enfermeiro da APS, no desenvolvimento de seu trabalho, utiliza ferramentas como o planejamento, a coordenação e a supervisão, que permitem articular as ações de enfermagem (KAWATA et al., 2009). O enfermeiro é responsável por promover conforto, acolhimento e bem-estar ao paciente, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência, ou ainda promovendo a autonomia dos pacientes por meio da educação em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Diante das diferentes possibilidades de atuação do enfermeiro nos serviços de APS e considerando os aspectos apresentados, revela-se a importância deste estudo a fim de analisar a percepção da atuação do enfermeiro na APS, tendo em conta que é o principal personagem com quem a população tem seu primeiro contato. Além disso, é sabido o conhecimento que ele tem sobre questões como promoção e prevenção em saúde, o que implica responsabilidade social. Nesse sentido, a pesquisa contribui para uma melhor compreensão e delimitação desse campo de atuação, podendo redirecionar o trabalho do enfermeiro não só para as práticas como também para as lutas políticas neste campo profissional.

A pesquisadora adquiriu experiência como enfermeira, observando e vivenciando a realidade da saúde na Colômbia, que envolve fatores que afetam a comunidade, como barreiras de acesso, dificuldades na cobertura e o agravamento da saúde das pessoas pela falta de informação de seus direitos, a carência da educação e crenças populares que podem impactar positiva ou negativamente no bem-estar da população. O contato que foi possível estabelecer com enfermeiros no Brasil e a interação com eles permitiram-lhe conhecer a percepção destes na APS dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o que despertou o interesse de realizar uma pesquisa envolvendo os dois países.

Assim, pretende-se, por meio deste estudo, analisar a percepção da atuação do enfermeiro na APS nas cidades de Macapá no Brasil e Bogotá na Colômbia, mais especificamente nas UBS, que são a principal porta de acesso dos usuários ao

sistema de saúde e têm potencial de solução de grande parte dos problemas de saúde da população. É necessário considerar que este profissional faz parte da equipe multiprofissional preconizada pelo Ministério da Saúde para atuar nesse nível de atenção à saúde. Com base nisso, questiona-se: como é percebida a atuação do enfermeiro na APS?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na primeira década do século XXI, com as mudanças políticas e o modelo de desenvolvimento em alguns países, fruto dos processos de redemocratização e assunção de governos mais comprometidos com a justiça social, um processo de revitalização da APS é observado em sua abordagem integral, de acordo com a concepção de Alma-Ata. A construção de sistemas de saúde guiados por uma APS abrangente é procurada como coordenadora de cuidados em uma rede integrada de serviços e articuladora de ações comunitárias e intersetoriais, que afetam os determinantes sociais para promover a saúde, reduzir as desigualdades em saúde e garantir o direito universal de acesso aos serviços de saúde (GIOVANELLA, 2015).

No marco histórico da atenção primária, a Conferência de Alma-Ata foi o pilar da evolução da APS, sendo definida como:

“Fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, por meio que lhes sejam aceitáveis, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A atenção primária, ao mesmo tempo em que constitui o núcleo do sistema nacional de saúde, forma parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade.” (OMS/UNICEF, 1978 p.40).

A Declaração de Alma-Ata de 1978 (Anexo A) faz referência ao aspecto da desigualdade em saúde. Nela não são aceitas as iniquidades entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos, assim defende-se que os profissionais sejam capazes de promover o conceito de saúde para todas as pessoas no mundo (OPS, 1978).

Pelo exposto, é necessário saber, na atualidade vários dos aspectos propostos na Alma-Ata não tem sido cumpridos sendo mais notório em países em desenvolvimento, segundo Giovanella (2015) em sul américa a diferença dos países da Europa a universalização da proteção social em saúde não foi completada, também se encontra segmentação da cobertura. Porém é importante ressaltar as ações em prol do melhoramento, por exemplo no Brasil em 1986 a Reforma da Constituição Brasileira ajudou a fundar uma das transformações mais profundas dos sistemas de

saúde do continente, colocando o direito à saúde e a responsabilidade do Estado em garanti-lo ao mais alto nível constitucional (ROVERE, 2012).

Sabe-se que a APS está infundida e institucionalizada em nível mundial em parte graças à Declaração de Alma-Ata, documento com uma grande importância na história da saúde e que tem o valor de reconhecer o agravamento das desigualdades existentes e de reclamar uma nova ordem mundial, que permita saúde para todos por meio da APS. Essa declaração incorporou conceitos novos para aquela época, como primeiro ponto, a saúde como direito humano, assinalando a responsabilidade do Estado de garanti-la; como segundo ponto, a universalidade e integralidade como elementos-chave da organização do cuidado da saúde, reconhecendo e exigindo a ação intersetorial; e, por último, a organização e participação da comunidade como componente central da construção social da saúde (GIOVANELLA, 2015).

No que tange à saúde mundial, ressalta-se a necessidade de que a APS seja o presente e o futuro na saúde, uma vez que, apesar dos preceitos estipulados na Declaração de Alma-Ata e, na atualidade, exista maior acesso a serviços de saúde, avanços tecnológicos, enriquecimento no conhecimento dos profissionais em saúde, ainda se observam iniquidades entre os países, tais como aqueles que se encontram longe de alcançar estes progressos em saúde (OMS, 2008).

É importante ressaltar que a Organização Pan-americana da Saúde (OPS, 2012) reconhece que os fatores sociais como a educação, o *status* de emprego, a renda, o gênero e a etnia têm um impacto sobre a saúde das pessoas, seja em países de alta, média ou baixa renda. Ou seja, quanto menor é o nível socioeconômico de uma pessoa, maior o risco para sua saúde. Por isso, de acordo com Giovanella (2015), o termo APS gerou uma grande confusão que ainda permanece. Existem países em que a APS se refere exclusivamente ao primeiro nível de cuidados, enquanto em outros inclui programas especiais para os mais pobres, ou às vezes até lugar específico na direção do Ministério da Saúde, deixando de lado as ideias centrais da APS como se converter numa ganancia financeira, assim como também propor e aplicar programas transformadores.

Apesar de ainda haver falhas ou não ter conseguido cumprir com os objetivos propostos, deve-se lembrar de que a APS é amplamente percebida como a espinha dorsal de um sistema racional de serviços de saúde. É apenas um nível de um sistema de saúde, embora central (STARFIELD, 1994).

2.2. O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No contexto histórico, destaca-se a atuação pioneira da enfermeira sanitária Lillian Wald no início do século XX. Este termo foi atribuído aos enfermeiros que trabalharam para a promoção da saúde e prevenção de doenças em altas concentrações de imigrantes pobres em Nova Iorque (OPS, 2001).

Atualmente os enfermeiros responsáveis por áreas de saúde pública têm funções com a educação em saúde voltada a determinados grupos da população e a interação com eles. De acordo com as fases do desenvolvimento humano, em vários países da América Latina, os enfermeiros têm atividades próprias, desenvolvidas em programas específicos, como cuidados para as mulheres grávidas, crianças, aconselhamento em teste para vírus da imunodeficiência humana (HIV), prevenção do câncer de mama e de colo do útero, entre outras. Suas funções estão direcionadas geralmente a um atendimento pessoal, é assim que seu papel se estende desde a área de cuidados até educação em saúde. Portanto, seu foco principal está baseado na promoção de comportamentos saudáveis, trabalhando com a comunidade e organizando atividades preventivas (OPS, 2001).

Marilaf, Alarcon e Ilesca (2011), no estudo realizado no Chile, apontam a relevância do papel da enfermagem na APS, destacando-se na saúde pública, em diferentes frentes de atuação e tem componentes importantes do ponto de vista tanto da população como dos enfermeiros. Salientam-se três aspectos da atuação do enfermeiro: primeiro, o papel *de cuidados*, que consiste em realizar atividades específicas da enfermagem de acordo com o ciclo de vida da pessoa. Segundo, o papel *educativo*, o qual pode ser individual ou em grupo e trata das questões relacionadas com o cuidado da população mais vulnerável (idosos, grávidas, entre outros). Terceiro, as atividades *administrativas* compreendem o planejamento, a organização e a consolidação das informações obtidas para dar progresso aos programas de APS.

Portanto é importante saber que, na enfermagem, existe uma tendência das práticas focadas na doença, nos procedimentos técnicos, nas ações curativas, e o processo de cuidar que aborda o indivíduo como centro da atenção, e isso tem se refletido também no cuidado desenvolvido na APS (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

No âmbito da APS, a enfermagem vem reorientando suas ações para contemplar as necessidades de saúde dos usuários e a racionalidade médico-curativa (ARAGÃO et al., 2013). Nessa perspectiva, o enfermeiro precisa delinear cada vez mais e melhor seu campo de atuação profissional e desenvolver seu projeto político-legal, considerando o ser humano como sujeito e ator social (BACKES et al., 2012).

Os profissionais de enfermagem são vistos como facilitadores da participação comunitária no sistema de saúde e como provedores de cuidados clínicos de qualidade, exercendo práticas que promovem o direito à saúde como um direito dos cidadãos, em consonância com as políticas de APS de cada país (WEIRICH et al., 2009).

Tendo em vista a questão da pesquisa, segundo Vasconcelos, Izaltemberg e Neves (2010), no estudo realizado na cidade de João Pessoa – PB, apontam as concepções dos enfermeiros conforme o seu papel na APS segundo os fundamentos preconizados pelo SUS. Estes concordam sobre o cuidado integral em que suas atividades principais estavam focadas em ações de prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde aos indivíduos e famílias nas UBS e no Programa de Saúde da Família (PSF).

O enfermeiro, em sua prática desenvolvida nas UBS, também apresenta o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito. Esta prática perpassa a compressão do enfermeiro sobre o significado de seu papel profissional, ou seja, do praticar o cuidado de enfermagem na APS (ACIOLI et al., 2014).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Como dado relevante para o início da atenção em saúde no Brasil, cita-se que, em 1808, com a chegada da corte portuguesa, D. João VI criou a primeira faculdade de medicina no país, cujo nome foi Escola de Cirurgia da Bahia, em Salvador, nas dependências do Colégio dos Jesuítas. Já na Primeira República, em 1889, a saúde pública foi contemplada em relação às doenças pestilenciais, já que o padrão sanitário da época era lamentável. Quando foi abolida a escravidão, surgiu a ideia de trazer imigrantes europeus para substituir a mão de obra escrava. (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Outros dados importantes são; no início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro, criando um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela (POLIGNANO, 2001).

No contexto histórico sobre a saúde no Brasil, é importante saber que a Constituição Federal de 1988 inscreve a saúde pela primeira vez na história do país como direito de cidadania, a ser garantido pelo Estado mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso a ações e serviços de saúde capazes de garantir o bem-estar de sua população. No Brasil, a criação do SUS, a partir da Constituição de 1988, pautado pelos princípios da descentralização, integralidade e participação popular, tornou viável o desenvolvimento de experiências locais que buscaram superar o modelo de atenção de base previdenciária, privatista e curativo instituído durante a ditadura militar, reconhecidamente ineficiente e causador de grandes iniquidades (ALMEIDA, 2012).

Ainda no que concerne ao sistema de saúde do Brasil e mais especificamente à APS, é necessário ter em conta várias características, desde a história da política no Brasil, passando por uma ditadura militar até 1985, a qual criou as condições para um forte movimento da sociedade civil. Esse movimento constituiu um importante impulso para a reforma da saúde, que resultou no surgimento do SUS (PAIM et al., 2011).

O desenvolvimento da APS no Brasil vem desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920, propostos por Geraldo Horácio de Paula Souza, higienista da cidade de São Paulo, com ação integral e ênfase em educação sanitária e promoção de saúde, até atualidade, onde há diversas tentativas de organizar a APS. No entanto, vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país (LAVRAS, 2011).

Rouquayrol e Gurgel (2013) concebem o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde que são prestados por órgãos e instituições públicas federais,

estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público. Embora o Brasil ainda esteja longe de cumprir o acordo feito com a OMS que reside em proporcionar saúde a todos no alvorecer do século XXI, destaca-se o Programa da HIV/AIDS-MS como referência mundial, o Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de Risco de Câncer, do Instituto Nacional de Câncer (Inca-MS), referência para América Latina. Mas, por outro lado, a dengue representa um dos maiores desafios da saúde pública, também a violência e a dependência química são problemas para a saúde pública neste novo milênio. Além disso, a expectativa de vida no Brasil alcançou 73,5 anos em 2010, contudo continua abaixo da de outros países, como Venezuela, Argentina, México, Uruguai e, por último, os índices de mortalidade infantil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são maiores que os de países como El Salvador, Colômbia, Venezuela, México, Argentina e Uruguai.

Segundo Oliveira e Pereira (2013), a APS no Brasil aponta a opção pelo combate às iniquidades em saúde e foi elevada à condição de reorganizadora do sistema de atenção à saúde. Adotou-se a Atenção básica para contrapor-se a uma perspectiva de organismos como Banco mundial, que conceituam a APS como ações de saúde de baixa complexidade.

De acordo com o Governo brasileiro, a APS deve ser objetiva, destinada às populações pobres e buscar resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, enfatizando um papel de reorientação do modelo assistencial para gerar um sistema universal e integrado de atenção à saúde que envolva os diferentes setores públicos e privados e o SUS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Atualmente o sistema de saúde no Brasil se compõe de um grande setor público, o SUS tem uma cobertura de 75% da população e conta também com um sistema privado, que está incluído no sistema de saúde suplementar (Sams), que é o sistema de pagamento direto e cobre os restantes 25% da população. O SUS é um sistema descentralizado e tem o apoio financeiro e técnico a partir dos níveis estadual e federal. Deve-se notar que cada município é responsável pela prestação de cuidados à sua população (MONTEKIO; MEDINA; AQUINO, 2011).

É importante esclarecer que a APS, nos municípios brasileiros, como destaca a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab 2006), revisada e republicada em 2011 (PNAB, 2011), não se desenvolveu de maneira uniforme e homogênea e não necessariamente segundo o modelo da ESF. No país, coexistem formas distintas de

organização da APS, sendo possível encontrar estratégias diferenciadas no interior de um mesmo município (ALMEIDA, 2012).

Destarte, cada região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. A continuidade do cuidado, entretanto, está garantida mediante acesso a todos os serviços e ações de saúde necessários, inclusive atenção hospitalar, por meio de pactuação no interior das Redes de Atenção à Saúde. O Decreto n. 7.508/2011 dispõe que o acesso universal e igualitário à atenção em saúde será ordenado pela APS com base em avaliação de risco individual e coletivo, cronologia e especificidades para pessoas com proteção especial, como, por exemplo, a população indígena. A prestação dos serviços em APS no território é de responsabilidade dos municípios (ALMEIDA, 2012).

No Brasil, as UBS são localizadas próximas de onde as pessoas moram, estas estão equipadas com a infraestrutura necessária, sem deixar de considerar o grande desafio que é assistir a população de um país que tem mais de 200 milhões de pessoas, num sistema de saúde que deve ser universal, integral e gratuito, por outro lado em 2012, os recursos para a atenção primária aumentaram em quase 40%, a fim de combinar a qualidade e a equidade. Fixaram-se unidades nos municípios, beneficiando os menores e mais pobres. As UBS possuem grupos de assistência à família e programas de saúde nas escolas (BRASIL, 2012b).

Como se descreveu antes, no ano 2011, foi aprovada a Pnab pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Nela foram definidas as orientações e normas para o exame e a organização de estratégias de atenção primária – Estratégia Saúde da Família (ESF) – programas de sensibilização da comunidade. A Lei n. 8.080, de 1990, prevê as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços (BRASIL, 2012b).

Por último, é importante esclarecer que a APS nos municípios brasileiros, como destacado na Pnab, não foi desenvolvida de forma uniforme e homogênea ou necessariamente de acordo com o modelo do ESF. Diferentes formas de organização de APS coexistem no país e é possível encontrar estratégias diferenciadas no mesmo município (GIOVANELLA, 2015).

2.4 PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

A PNAB está consolidada com o SUS e vários atores que historicamente contribuem para o desenvolvimento desse sistema. A APS apresenta um alto grau de descentralização, capilaridade e de aproximação das pessoas, por isso é o principal meio de contato da comunidade com toda a rede de serviços médicos. Desse modo, a APS é guiada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012b).

Com base nesses princípios, a PNAB tem como fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2012b p 20-23):

- Ter um território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento a programação e o desenvolvimento descentralizado de ações setoriais e intersetoriais, com impacto sobre as condições determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta;
- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. A construção de afeto e confiança entre o usuário e o profissional de saúde permite a função de corresponsabilidade do processo de saúde e promove a autogestão;
- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de

promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. O trabalho interdisciplinar ajuda a atingir os objetivos, tendo em conta os corpos que estão a cargo da vigilância da saúde, tratamento, reabilitação e gestão das diversas tecnologias de cuidados;

- Incentivar a participação do usuário com o objetivo de expandir sua autonomia, capacidade de autocuidado e das outras pessoas em diferentes territórios, para confrontá-los com os determinantes da saúde, nos quais a ESF desempenha um papel importante.

2.5 PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

A atuação do profissional de enfermagem está dada em um ambiente social que fornece uma perspectiva biológica e que também inclui aspectos psicossociais e culturais. Neste estudo, o papel da enfermagem é definido a partir de suas atividades administrativas e de gestão como notificação de doenças, planejamento de consultas na UBS, elaboração de relatórios diversos, coordenação de equipe de enfermagem, atividades de atenção de caráter individual como visitas domiciliares, consultas de enfermagem nos diferentes programas (pré-natal, tabagismo, aplicação de vacinas etc.) e de caráter coletivo como grupos educativos de planejamento familiar, grupos pediátricos, entre outros. Pode-se entender que a atuação do enfermeiro compreendida neste estudo frente à APS é a contribuição para uma construção de um cuidado integral no atendimento da comunidade (NAUREDOR; LIMA, 2008).

O papel dos enfermeiros na APS baseia-se no cuidado integral, que repercute na prevenção e promoção da saúde, considerando seu apoio aos pacientes nas ações descritas pelo SUS a partir do diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

De acordo com Aguiar (2013), os enfermeiros são agentes que ajudam a executar as ligações e os vínculos com outros profissionais de saúde para atender aos objetivos propostos com as pessoas. Assim, o enfermeiro tem a capacidade de ajudar a resolver os problemas da comunidade.

Sendo assim, destacam-se algumas funções dos enfermeiros em todo o território nacional nos termos da legislação em vigor; realizar a atenção à saúde aos indivíduos e às famílias cadastrados para atendimento das equipes, realizar consulta de enfermagem, assim como procedimentos, atividades em grupo, de acordo com as normas estabelecidas pelos diferentes gestores, realizar as atividades programadas e os cuidados na livre demanda, contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente ao pessoal envolvido, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).

2.6 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, a PNAB tem como objetivo principal organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm diferentes configurações tecnológicas, missões assistenciais e funções específicas para as UBS como: registro no sistema de cadastro nacional, elaboração de acordo com as especificações orientação do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica SAS/MS, a identificação como padrões visuais pelo SUS, os conselhos compostos por gestores locais, profissionais de saúde e usuários com o fim de a participação social, manutenção regular das infraestruturas e equipamentos de UBS, Equipes multidisciplinares compostas por profissionais das diferentes áreas da saúde, garantia da gestão municipal para o acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado da população, garantia da gestão municipal dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

2.7 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COLÔMBIA

Duas grandes reformas do sistema de saúde enquadram a história da APS na Colômbia desde a sua promulgação em Alma-Ata em 1978. Primeiro, a que constituiu o antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS) por meio do Decreto Legislativo n. 056, de 1975, que buscava integrar funcionalmente os subsistemas de assistência pública, seguro social e medicina privada do Estado central e posteriormente o ajuste deste esquema norteado para sua descentralização com a Lei n. 10 de 1990, segunda reforma que criou o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS) com

orientação ao mercado por meio da Lei n. 100, de 1993, e seus dois ajustes subsequentes, Lei n.1.122, de 2007, e Lei n. 1.438, de 2011, sendo esta a que introduziu no SGSSS a APS como estratégia nacional (VEGA, ACOSTA, 2014).

No SGSSS, em 1993, ocorreu a descentralização de poderes e recursos para assegurar o POS em suas versões contributiva e subsidiada. O regime contributivo engloba os afiliados assalariados e os trabalhadores independentes com capacidade de pagamento, e o regime subsidiado abarca pessoas com baixo poder aquisitivo, selecionado através de meios e evidências do mecanismo de subsídio. Os recursos para financiar o atendimento a usuários dos regimes contributivo e subsidiado do SGSSS são administrados por empresas promotoras de saúde (EPS), que são entidades intermediárias entre o Estado, os afiliados e os prestadores de serviços de saúde. O conjunto de benefícios para o regime contributivo e o regime subsidiado é definido em um POS que inclui atividades individuais de cura, promoção, prevenção e reabilitação. Afiliados com renda mais alta podem pagar planos suplementares adicionais para prêmios variáveis, ou juntar planos de medicamentos pré-pagos privados (COLÔMBIA, 1993).

Por sua vez, o POS é um pacote de serviços, medicamentos, procedimentos e tecnologias para a proteção de riscos individuais e assistência médica de todas as patologias, exceto estética, experimental e não aprovada pelo governo. Inclui atividades de recuperação da saúde, prevenção de doenças e benefícios financeiros temporários em situações de deficiência por doença, acidentes ou maternidade. Os benefícios de cuidados de saúde primários incluídos no POS são atividades individuais de promoção e prevenção de baixa complexidade (GIOVANELLA, 2015).

A Lei n. 1.122, de 2007, determinou que a saúde pública seja constituída por um conjunto de políticas que procurem garantir de forma integrada a saúde da população por meio de ações de salubridade dirigidas de forma individual e coletiva, sendo seus resultados indicadores de condições de vida, bem-estar e desenvolvimento do país (COLÔMBIA, 2012).

O artigo 12 da Lei 1.438, de 2011, define a APS como:

“A estratégia de coordenação intersetorial que permite cuidados integrados e integrados, da saúde pública, promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, a reabilitação do paciente em todos os níveis de complexidade, a fim de garantir um maior nível de bem-estar nos usuários, sem prejuízo das competências legais de cada um dos atores do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde”. A Lei n. 1.438 estabelece que a APS será “constituída por três componentes integrados e interdependentes: serviços de saúde, ação intersetorial / transectorial para a saúde e participação social, comunitária e cidadã.” (VEGA; ACOSTA, 2014 p.12).

Nesse contexto, o governo Colombiano definiu o Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021 (PDSP), que procura promover condições e estilos de vida saudáveis, proteger e superar os riscos para a saúde da população como um direito essencial e coletivo, principalmente para as populações mais vulneráveis. O plano foi formulado em três abordagens: população, determinantes e gestão do risco social. Estabeleceu cinco linhas de políticas: 1) promoção da saúde e qualidade de vida; 2) prevenção de riscos; 3) recuperação e melhoria de danos à saúde; 4) vigilância em saúde, 5) gestão do conhecimento e abrangente para implementação efetiva do plano. O plano inclui uma série de questões que apontam o envolvimento de muitos fatores coletivos e determinantes da saúde. Estes são o perfil epidemiológico e a identificação de fatores de risco e proteção que determinam a incidência e prevalência das principais doenças definidas como prioridades da saúde pública (COLÔMBIA, 2011).

O PDSP é uma aposta política pela equidade em saúde que se define como ausência de diferenças em saúde entre grupos sociais que são consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas. O PSDP é produto do Plano Nacional de desenvolvimento que sugere os seguintes objetivos: avançar e garantir o direito à saúde, melhorar as condições de vida que mudam a situação em saúde e diminuir a carga da doença, manter tolerância zero frente à mortalidade, morbidade e deficiência evitável (COLÔMBIA, 2012).

Dentro do PSDP foi sugerido um Modelo de APS que dê a conhecer os seguintes pontos (COLÔMBIA, 2012):

1. Adaptado às condições do território para garantir acesso real por médio de mecanismos certos em cada território, por exemplo, telemedicina, pessoal de saúde específico em áreas rurais e afastadas.
2. Estratégia do operador integrado para o manejo da população e segurança de zonas especiais.
3. Desenvolvimento de redes regionais com integração de serviços básicos e da alta complexidade disponíveis em áreas urbanas.

4. Ênfase na atenção ao meio ambiente e intervenção dos determinantes sociais de saúde.
5. Redefinição de processos operativos entre entidades territoriais, prestadores e asseguradores em função dos recursos do sistema, desenvolvimento do novo modelo operativo com foco diferencial.

Na rede de atendimento na Colômbia, a APS conta com o trabalho dos provedores de serviços de saúde do mais alto nível de complexidade, público e privado, que cumprem o papel de porta para os outros níveis de complexidade em que o sistema de cuidados é organizado. Os serviços de APS combinam centros tradicionais de cuidados básicos com equipes de saúde. Além disso, foram estabelecidas redes de centros de saúde interculturais em territórios indígenas baseados em IPSs indígenas. Nas entidades territoriais e nas EPSs dos prestadores de serviços de cuidados de saúde primários, as ações de encaminhamento e canalização (indução da demanda) são realizadas em outros níveis de complexidade da rede de saúde, EPS e outros serviços sociais. Em algumas entidades territoriais, como o Departamento Distrital de Saúde de Bogotá, a atenção primária coordena as respostas setoriais, intersetoriais e comunitárias de acordo com as necessidades de saúde. Eles desenvolveram instrumentos de referência e contrarreferência. As redes são integradas por territórios (setor público) ou ao redor da EPS (VEGA, ACOSTA, 2014).

Além disso, na Colômbia (2011), existem as atividades destinadas a promover mudanças de estilos de vida para comportamentos mais saudáveis e de integração destes em diferentes níveis educacionais. Essas ações, de acordo com as suas competências, devem ser realizadas nos níveis nacional, regionais ou locais e pelas seguradoras. As metas, responsabilidades de saúde pública, atividades de vigilância e de fiscalização de vigilância, controle dos fatores de risco para a saúde humana e as prioridades de saúde pública a serem cobertas no plano de saúde obrigatório devem ser alcançadas pelas EPS, que são destinadas a promover a saúde e controlar ou minimizar o risco de doença ou morte. As atividades coletivas estão a cargo da nação e das entidades territoriais com os recursos para fazê-las.

No entanto, os esforços para projetar e implementar estratégias de APS foram deixados para as EPS e entidades territoriais (secretarias municipais, distritais e departamentais). Até agora, o Ministério da Saúde e da Proteção Social não

desempenhou um papel importante no desenvolvimento de diretrizes práticas para a implementação da APS, especialmente em relação à sua responsabilidade de regular a Lei n. 1.438, de 2011 (VEGA, ACOSTA, 2014).

A APS na Colômbia contempla três componentes principais: ação intersetorial e setorial pela saúde, participação social, comunitária e cidadã. Deve-se ajustar ao contexto político, econômico e social do país, encontra-se centrada nos indivíduos, famílias e comunidades. Precisa também estar coordenada com o governo, as instituições e a sociedade com a finalidade de melhoramento da saúde, criação de um ambiente saudável e com ênfase na promoção da saúde (COLÔMBIA, 2012).

Dentro da APS na Colômbia existem os princípios de cuidados de saúde primária estão definidos nos termos da Lei n. 1.438, de 2011 (Anexo B) (COLÔMBIA, 2011).

2.8 PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COLÔMBIA

A enfermagem, desde sua criação, tem uma conotação religiosa de vocação, capacidade de serviço, subordinação médica e especialmente de ser reconhecida como uma profissão de mulheres. Questionada por seu conhecimento "limitado", foi gradualmente ganhando força, profissionalizando-se em diferentes países e ultrapassando várias barreiras e preconceitos. No ambiente sociocultural da Colômbia, início dos anos 30 do século XX, na cidade de Cartagena, na Associação Nacional de Enfermagem (Anec), a enfermagem foi criada pela união dos profissionais, sindicalização e regulamentação da profissão e foi avançando pelas décadas até o presente, tornando-se uma profissão para cuja formação há várias faculdades no país (GOMEZ, 2012).

A enfermagem atua em várias frentes, como no cuidado da saúde, gerência administração, educação e como agente social, na Colômbia, onde a taxa de natalidade diminui a cada dia e há uma tendência para o envelhecimento da população, nas grandes cidades em particular.

Em suma, o enfermeiro tem cumprido seu papel de cuidado, tendo em conta os modelos e as teorias da disciplina; sua função administrativa, a qual desempenha no planejamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem; seu papel do professor nas diferentes faculdades de enfermagem do país, onde os profissionais

de enfermagem se preparam para ser também educadores não só da comunidade, mas também de futuros profissionais, e exercer uma papel social em que se reflete um dos principais objetivos da profissão (VANEGAS, 2010).

2.9 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA SAÚDE PRIMÁRIA NA COLÔMBIA

As atribuições do enfermeiro na APS na Colômbia são definidas pela Lei n. 1.438, de 2011, na qual as funções das equipes de saúde da atenção primária são realçadas nos seguintes termos; realização de diagnóstico familiar com o guia unificado, que é definido nacionalmente, identificação do risco individual, familiar e da comunidade, relatório sobre o portfólio de serviços de proteção social em saúde para famílias de acordo com suas necessidades, promoção do sistema de afiliação e identificação das famílias, Indução da demanda dos serviços de eventos relacionados com as prioridades de saúde pública e facilitação da prestação de serviços básicos de saúde, educação, prevenção, tratamento e reabilitação (COLOMBIA, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção da atuação do enfermeiro na APS em duas UBS nas cidades de Macapá no Brasil e Bogotá na Colômbia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar enfermeiros de UBS nas cidades de Macapá no Brasil e Bogotá na Colômbia.
- Classificar e analisar as experiências e vivências desses enfermeiros;
- Realizar uma análise comparativa de acordo as experiências dos enfermeiros nas UBS dos seus respectivos países.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ÁREA DE ESTUDO

Foram selecionadas duas UBS, uma situada em Macapá - Brasil e outra em Bogotá, Colômbia. A escolha foi realizada com base na acessibilidade da pesquisadora a estas unidades.

A UBS da policlínica da Unifap (UBS-Unifap – Figuras 1 e 2) encontra-se localizada no extremo sul da cidade, na R. Amadeu Gama, 1.385 - Zerão, Macapá. Foi fundada em 2002 e fornece atendimento na área da saúde, de baixa e média complexidade, à população de todas as faixas etárias, nas áreas médica, odontológica, enfermagem (consulta de enfermagem, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, planejamento familiar, prevenção de câncer colo de útero, curativos, teste rápido HIV, sífilis, vacinação), pediatria, saúde mental e de diagnósticos. Funciona das 8h às 12h e das 14h às 18h e apenas no horário da manhã para testes laboratoriais. A quantidade anual de usuários que buscam atendimento nesta UBS é em torno de 44.071 pessoas, procedentes dos bairros adjacentes à Unifap (ALMEIDA, 2012). Esta UBS conta com sete enfermeiros e é o centro de reunião dos enfermeiros do PSF, mas eles estão vinculados diretamente ao município e não à unidade.

Figura 1– Mapa de localização- Macapá – AP



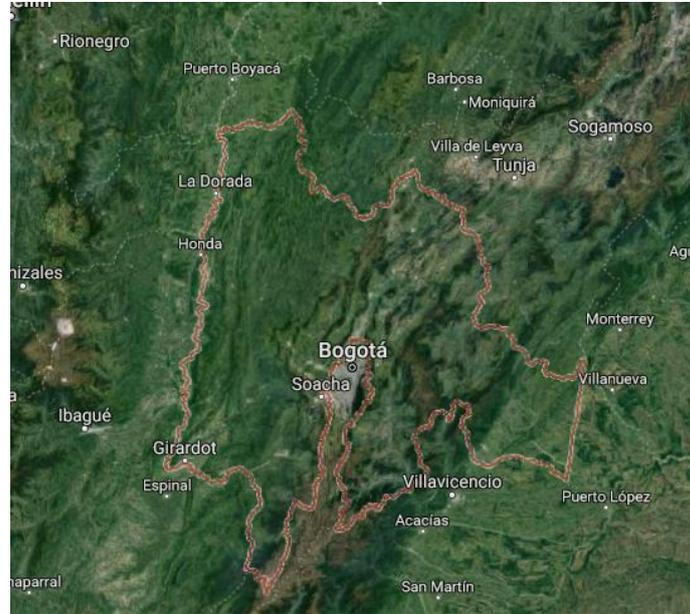
Fonte: Google Maps, - Macapá (2017a).

Figura 2– Mapa de localização da UBS – Unifap

Fonte: Google Maps, UBS- UNIFAP- Macapá (2017b)

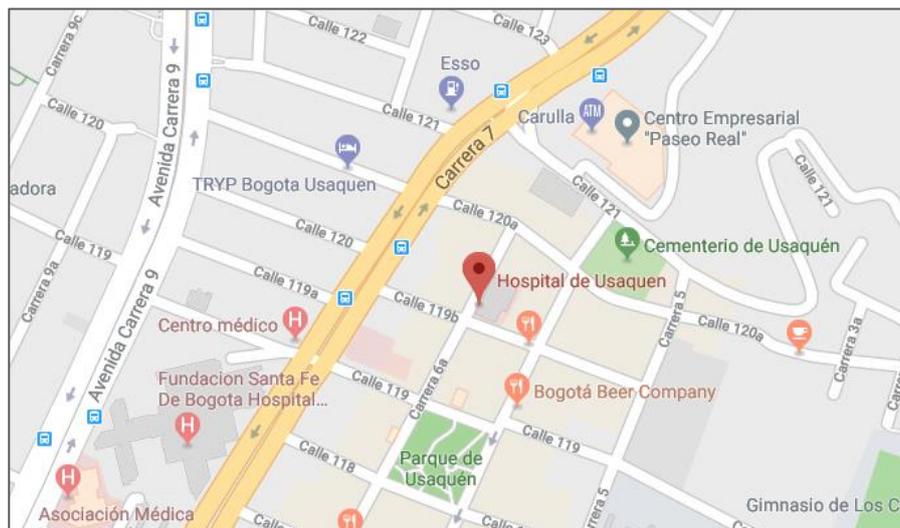
A UBS de um hospital público de Bogotá se localiza em Usaquen, no extremo norte da Cidade, na Rua 6a #117 B-14 (Figuras 3 e 4) e tem serviços de medicina geral, nutrição dietética, medicina tradicional, odontologia geral, oftalmologia, vacinação, higiene bucal de caráter preventivo, planejamento familiar e o cuidado e a promoção da saúde. As atividades previstas são a detecção de alterações de crescimento e desenvolvimento do jovem e adultos, gravidez, câncer de mama, acuidade visual diminuída, controle e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (HIV-SIDA). A UBS fica aberta 24 horas, de domingo a domingo, hospitalar, e ambulatorial, segunda-feira à sexta-feira, das 7h às 16h30 (COLÔMBIA, 2014).

Figura 3 – Mapa de Bogotá DC.



Fonte: Google Maps, Bogotá (2017c)

Figura 4 – Mapa de localização do Hospital de Usaquen.



Fonte: Google Maps, Hospital Usaquen (2017d).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa é descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela que impede a quantificação e pode melhorar um registro narrativo dos fenômenos estudados pela observação, não estruturada e isso é feito em contextos estruturais e conjunturais. Tem como objetivo identificar a natureza profunda da realidade, seu sistema de relações e a sua estrutura dinâmica (PITA; PÉRTEGAS, 2002).

Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa começa com a compreensão e interiorização de termos filosóficos e epistemológicos subjacentes à investigação e deve começar por conhecer os termos de estruturação, definir o problema de pesquisa, delinear as estratégias de campo, endereçar o ambiente de pesquisa, organizar e interpretar o material e garantir critérios fidedignos e válidos.

Cabe ressaltar que uma pesquisa passa por três fases: a) fase exploratória, na qual se amadurece o objeto de estudo e se delimita o problema de investigação; b) fase de coleta de dados, em que se recolhem informações que respondam ao problema; e c) fase de análise de dados, na qual se faz o tratamento, por inferências e interpretações, dos dados coletados (MINAYO, 1998).

Segundo Minayo (2001, p.14) “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave. É basicamente descritiva, privilegia o método indutivo na análise dos dados, se preocupa com o processo e não simplesmente com os resultados, estabelece relações, explicando e compreendendo o desenvolvimento da vida humana e de seus diferentes significados nos diversos meios culturais (TRIVIÑOS, 1994).

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O projeto foi protocolado na Plataforma Brasil conforme recomenda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa com seres humanos da Unifap sob o número de parecer 2.155.682 (Anexo-

C), atendendo às recomendações da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para tomarem ciência de que a participação na pesquisa é espontânea e ficarem conscientes quanto ao sigilo e à garantia do anonimato.

A pesquisa contou com dez enfermeiros, divididos em dois grupos, cinco enfermeiros do Brasil e cinco da Colômbia. Após de uma prévia autorização das UBS, os mesmos foram contatados pessoalmente para realizar a entrevista.

O número de participantes foi determinado tendo em conta a complexidade dos hospitais na Colômbia, porque as UBS pertencem a hospitais de primeiro nível e cada hospital abarca várias UBS, mas só há um enfermeiro por UBS. Já no Brasil, trabalham vários enfermeiros numa mesma UBS, foi assim que, para igualar o número de participantes, decidiu-se assim. Outra razão para a eleição do número de participantes foi que a pesquisa não contou com recursos externos e o deslocamento foi assumido pela pesquisadora.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão dos participantes:

- Enfermeiros que trabalham diretamente nas UBS das cidades onde o estudo foi realizado
- Enfermeiros que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

E de exclusão:

- Enfermeiros que estivessem de férias ou outra atividade que os impedisse de frequentar a UBS.
- Enfermeiros que, após lerem e assinarem o termo de consentimento livre esclarecido, desrespeitassem o acordo ou desistissem de participar da pesquisa.
- Indisponibilidade ou recusa para implementar o instrumento.

Na UBS brasileira, foram entrevistados cinco enfermeiros dos sete existentes conforme critérios de exclusão, pois dois enfermeiros se encontravam ausentes da unidade, um de férias e outro de licença. Os enfermeiros da UBS de Macapá trabalham em regime de 40 horas semanais e estão diariamente na UBS. Já os da UBS de Bogotá trabalham em regime de 48 horas semanais e estão na UBS diariamente, num horário completo, de segunda a sexta-feira e sábado até o meio-dia. Nesta foram entrevistados cinco enfermeiros.

4.4 PERÍODO DE ESTUDO

O período de estudo englobou os meses de outubro e novembro de 2016, na cidade de Macapá, e janeiro e fevereiro de 2017, na cidade de Bogotá, com coleta de dados nas duas cidades.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de um roteiro, e, segundo Minayo (2001), o roteiro deve ser flexível, de modo a absorver novos temas trazidos pelo interlocutor. Além disso, é importante permitir que, através desse tipo de abordagem, cada entrevistado possa falar livremente. Para Zanelli (2002), o indivíduo organiza suas interpretações e os conhecimentos que obtém na sua experiência e constrói teorias que são fruto das suas representações subjetivas, trazendo elementos da sua cultura e modo de compreender o mundo. Considera-se, dessa forma, o caráter multifacetado do objeto em estudo e seu processo contínuo de transformação.

A entrevista em pesquisa qualitativa permite a compilação de informações detalhadas, já que as pessoas falam e compartilham oralmente com o pesquisador um assunto específico. Esta prática é feita de modo geral conjuntamente de acordo com a observação (JIMÉNEZ, 2012).

Segundo Boni e Quaresma (2005), as entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas e a pessoa pode discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir as perguntas previamente definidas, mas o contexto é semelhante ao de uma conversa informal. Este tipo de entrevista é muito útil, visto que ela permite delimitar o conjunto das informações e, com isso, obter um direcionamento melhor do tema para que os objetivos sejam alcançados.

Os participantes foram previamente contatados e visitados em seus locais de trabalho, as entrevistas foram feitas depois de obtida autorização da UBS e previamente agendadas. Antes de iniciar a entrevista, foi explicada a pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) para que os participantes pudessem ler, assinar e autorizar a entrevista.

As entrevistas foram feitas individualmente, com duração aproximada de 30 a 60 minutos cada uma, gravadas pela pesquisadora a fim de que não houvesse perda de informações relevantes e, depois, foram transcritas para sua respectiva análise.

O instrumento da pesquisa consta de duas partes. Na Parte 1, o roteiro, (Apêndice A) com o qual foram levantados dados de caracterização dos participantes. Envolveu a elaboração de quadro descritivo com os dados de caracterização coletados: idade, estado civil, formação acadêmica, renda mensal, tempo de trabalho na unidade, tempo de formação.

A parte 2 (Apêndice B), tendo em vista que foram obtidos dados de naturezas distintas (mais e menos estruturados), exigiu tratamentos de análises de categorias de acordo com as respostas atribuídas pelos enfermeiros e diante da apresentação de dois perfis, na Colômbia e no Brasil.

4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com os resultados gerados pelo instrumento de pesquisa, os dados foram avaliados mediante análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Trata-se de um método muito utilizado na análise de dados qualitativos, compreendido como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (GOMES, 2004). Sendo este definido como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições e produção/reprodução (variáveis inferidas) das mensagens.” (BARDIN, 2011, p.47).

Do ponto de vista analítico instrumental, este conceito é fundamental para a compreensão dos dados obtidos. A administração do teste objetiva estudar os estereótipos sociais espontaneamente partilhados pelos membros de um grupo relativo a certas profissões, países ou nomes próprios. Aplicou-se um teste de associação de palavras a uma amostra de indivíduos (BARDIN, 2011).

Sendo assim, os dados que advêm das pesquisas de abordagem qualitativa precisam ser analisados, de forma diferente dos dados provenientes de estudos de abordagem quantitativa. Assim, destaca-se também que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que, ao longo dos anos, sofreu reformulações desde os primeiros preceitos até os dias atuais, com uma análise mais contemporânea, influenciada pelo uso do computador. Hoje em dia, existem alguns

softwares que auxiliam, principalmente, nos processos de organização do material e codificação dos dados (SILVA; FOSSÁ, 2017).

Neste estudo, os resultados foram analisados com o auxílio do *software* Atlas/ti.8, que tem como objetivo facilitar a análise qualitativa quando está envolvido um grande volume de dados textuais, obtidos por meio de diversos instrumentos como entrevistas, observações, documentos, em diversos formatos como arquivos de texto, vídeos, áudios, entre outros. Para sua utilização, é necessária aquisição de licença (TRINDADE et al., 2017).

O *software* ATLAS.ti é uma ferramenta de *Windows* para a análise qualitativa de *corpus* de dados grandes que tem como finalidade ajudar a organizar, reagrupar e desenvolver o material de forma criativa e sistemática, seu principal propósito é dar uma resposta às necessidades de análise qualitativa (ATLAS.TI, 2002).

No Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), teve início o uso do Atlas.ti na primeira década do ano 2000, intensificando-se a partir da pesquisa sobre cargas de trabalho dos profissionais de saúde em diferentes cenários assistenciais. Desde então, este *software* vem sendo utilizado em diversas pesquisas. Uma professora integrante do grupo de pesquisa tem promovido cursos de capacitação em diversas universidades brasileiras, ampliando, significativamente, a divulgação e capacitação de alunos de Mestrado e Doutorado no processo de análise de dados em pesquisa qualitativa, utilizando recursos do *software* Atlas.ti (TRINDADE et al., 2017).

Diante do exposto, esta pesquisa se baseou na análise de conteúdo, com auxílio do *software* ATLAS.ti.8, em concordância com (BARDIN,2011) que indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: 1. Pré-análise, 2. Exploração do material e 3. Tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

Na primeira etapa, pré-análise, o pesquisador deve fazer a leitura flutuante, que implica conhecer inicialmente o material e criar familiaridade com ele. A segunda tarefa na pré-análise é a escolha dos documentos, após o pesquisador ter feito uma leitura flutuante ampla, realiza, em seguida, a escolha dos documentos que comporão o *corpus* da análise de conteúdo. No entanto, para ter êxito na escolha dos documentos, o analista precisa cumprir as seguintes regras: regra da exaustividade, que exige que nenhum documento deve ser excluído; regra da homogeneidade, esta regra exige que a seleção dos documentos tenha o mesmo tema para que permita a

comparação, e a última regra, que é a da pertinência, que requer que os documentos guardem correlação com os objetivos da análise.

Portanto, a pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de uma leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com as entrevistas e escolha do texto que consiste na demarcação do que será analisado.

Por essa razão, procedeu-se à escuta e transcrição das entrevistas e, em seguida, fez-se uma leitura detalhada e cuidadosa de todo o material e identificaram-se os participantes mediante códigos: os enfermeiros brasileiros com BRA 1 até BRA 5 e os enfermeiros colombianos com COL 1 até COL 5. As transcrições das entrevistas constituirão o *corpus* da pesquisa. Assim, neste estudo, a fase de categorização envolveu procedimentos prévios, como a preparação e transcrição das entrevistas, sua atribuição ao programa ATLAS.ti.8, em que cada entrevista foi descrita separadamente como uma entidade única e holística.

A segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências.

A categorização no ATLAS.ti.8 consiste em selecionar compromissos ou incidentes dos documentos atribuídos e para cada um desses códigos ou palavras que identificam os selecionados. Esses códigos são relacionados por uma opção fornecida pelo programa, que permite conformar as categorias (VARGUILLAS, 2006). Seguindo-se, posteriormente, a construção de comparações e contrastes pertinentes. O *software* permite buscar material de maneira automatizada, ajuda na exploração de dados com ferramentas como nuvens de palavras, tabelas de palavras para permitir encontrar os significados entrelaçados que estejam ocultos (ATLAS.TI, 2002).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise,

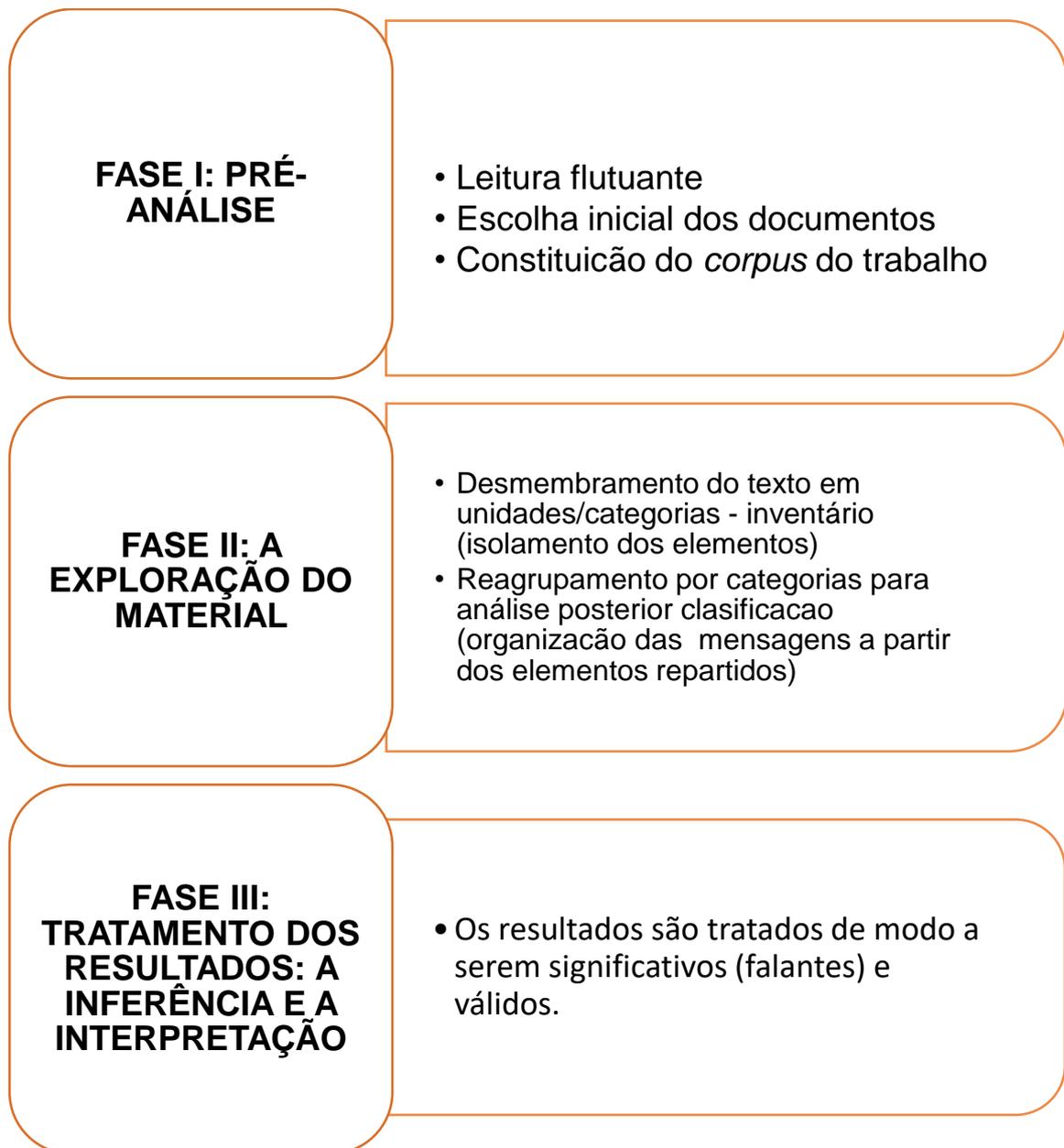
culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Portanto, nessa fase, é importante que os resultados gerados pelo *software* ATALS.ti.8 passa à interpretação de conceitos e proposições. Os conceitos dão um sentido de referência geral, produzem imagem significativa. Os conceitos derivam da cultura estudada e da linguagem dos informantes, e não de definição científica. Ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique. Quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles (CÂMARA, 2013).

Na fase de interpretação dos dados, também é preciso retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises, dando sentido à interpretação, uma vez que as interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados.

Com o intuito de tornar mais clara a sequência dos passos previstos no método de análise de conteúdo, apresenta-se a ilustração na Figura 5.

Figura 5: Três fases da Análise de Conteúdo.



Fonte: Adaptado de Bardin (2011)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em função da caracterização dos participantes da pesquisa e das análises das narrativas destes por meio da técnica de Bardin (2011).

5.1 PERFIL DOS ENFERMEIROS

No Quadro 1, ilustra-se o perfil dos enfermeiros participantes do estudo, na cidade no Macapá e Bogotá.

Quadro 1. Distribuição das variáveis referentes aos dados sociodemográficos e antecedentes profissionais dos enfermeiros de duas UBS de Macapá e Bogotá (Macapá-AP, 2017).

Identificação	Sexo	Idade	Escolaridade	Tempo de formação	Tempo de trabalho na unidade	Estado civil	Renda Familiar (Salários mínimos)
BRA1	F	29	Especialização	5	4	Casada	4 a 6
BRA2	F	27	Especialização	3	3	Solteira	4 a 6
BRA3	F	27	Especialização	4	3	Solteira	4 a 6
BRA4	M	34	Especialização	7	3	União estável	4 a 6
BRA5	F	58	Doutorado	30	15	Casada	4 a 6
COL1	F	25	Graduação	1	6 meses	Solteira	1 a 3
COL2	F	35	Graduação	10	2	Solteira	1 a 3
COL3	F	32	Especialização	7	4	Casada	1 a 3
COL4	F	40	Graduação	12	8	União estável	1 a 3
COL5	F	45	Especialização	19	8 meses	Casada	1 a 3

Fonte: Dados do Estudo

As descrições dos participantes, a seguir, foram elencadas a partir de dados fornecidos para preenchimento do formulário com as características sociodemográficas e situação de trabalho.

A partir da análise do Quadro 1 apresentado, foi possível caracterizar os enfermeiros da seguinte forma: majoritariamente do sexo feminino nas duas UBS, as faixas etárias estão entre 29 e 58 anos no Brasil e 25 e 45 anos na Colômbia; enquanto, na formação, a maioria dos enfermeiros brasileiros tem algum tipo de pós-graduação, poucos são os enfermeiros colombianos que têm pós-graduação; o tempo

de formação em anos varia de 5 a 30 anos no que tange aos enfermeiros do Brasil e de 1 a 19 anos, os colombianos; o tempo de trabalho na UBS no Brasil é de 4 a 15 anos e, na Colômbia, de seis meses a nove anos. O grupo se mostra heterogêneo no que diz respeito à renda familiar. Encontrou-se que, no Brasil, os enfermeiros entrevistados têm renda de quatro a seis salários mínimos (Salário mínimo no Brasil R\$ 954 BRL) e, na Colômbia (Salário mínimo na Colômbia \$781.242 COP aproximadamente – R\$ 979,26 BRL), os enfermeiros entrevistados recebem de um a três salários mínimos. Cabe ressaltar que, na comparação do valor do salário mínimo nos dois países, o do Brasil é mais alto.

Quanto ao vínculo empregatício, os enfermeiros na UBS da cidade de Macapá são funcionários públicos, enquanto na UBS da cidade de Bogotá os enfermeiros têm um contrato de prestação de serviços. Com relação às características sociodemográficas dos enfermeiros no Brasil, o Estado do Amapá tem uma maior porcentagem de enfermeiros do sexo feminino. Nas faixas etárias, a maior porcentagem representa as idades entre 36-40 anos e os extremos de idade são de 25 anos e 69 anos. No que se refere ao estado civil, os casados representam a maior porcentagem e os viúvos, a menor (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

Tendo em conta a formação, o percentual de pós-graduados foi maior e, entre eles, a maioria fez pós-graduação em nível *lato sensu*, seguida dos que fizeram mestrado e, em menor proporção, doutorado. No que concerne à situação trabalhista, os servidores públicos são a maioria, seguidos dos servidores públicos estaduais e municipais respectivamente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

Um estudo feito num hospital na Colômbia (RODRIGUEZ; ABRIL, 2014) também encontrou uma porcentagem maior de enfermeiros pertencentes ao sexo feminino e, entre esses profissionais, somente um pequeno número tinha alguma pós-graduação e aproximadamente a metade dos enfermeiros eram solteiros.

Nas faixas etárias, a média de idade encontra-se entre 30 e 34 anos, sendo os extremos de idade 25 e 65-69 anos num estudo feito para enfermeiros na Colômbia pelo Ministério da Proteção Social (RESTREPO; ORTIZ, 2010).

Uma pesquisa realizada na Barranquilla-Colômbia apresentou os seguintes dados quanto a enfermeiros que trabalham na atenção primária: a maior parte é do sexo feminino, possuía um tipo de situação trabalhista com contrato indefinido e uma

porcentagem menor contava com contrato fixo. Quanto ao nível de formação, só uma pequena parcela possuía algum tipo de pós-graduação (TUESCA et al., 2015).

5.2 FASE DE PRÉ-ANÁLISE

Se realizou a transcrição e a leitura flutuante de cerca de 110 respostas encaminhadas à percepção da atuação dos enfermeiros na APS, de forma que versassem diretamente ou por indução sobre experiência, condutas, motivações e as atividades realizadas nesse nível de atenção.

No contexto da prática, a leitura flutuante se repetiu mais de duas vezes até que a seleção final do *corpus* fosse concluída. O *corpus* foi composto por dois grupos, um grupo referente às respostas das entrevistas no Brasil (Código BRA1 até BRA 5) e outro grupo às entrevistas na Colômbia (Código COL 1 até COL 5). A leitura permitiu que os documentos fossem sistematizados de modo a responderem prioritariamente aos objetivos da pesquisa.

Como resultado da transcrição da entrevista, dez documentos foram criados em arquivo *Word* com seu respectivo código e foram adicionados ao programa de *software* ATLAS.ti.8. Os arquivos formaram uma unidade hermenêutica, na qual o programa permite comparações entre os documentos e destaca o discurso mais relevante de cada uma das entrevistas, de maneira que a análise de conteúdo do *corpus* do trabalho possa ser continuada e, portanto, passar para a fase de exploração do material.

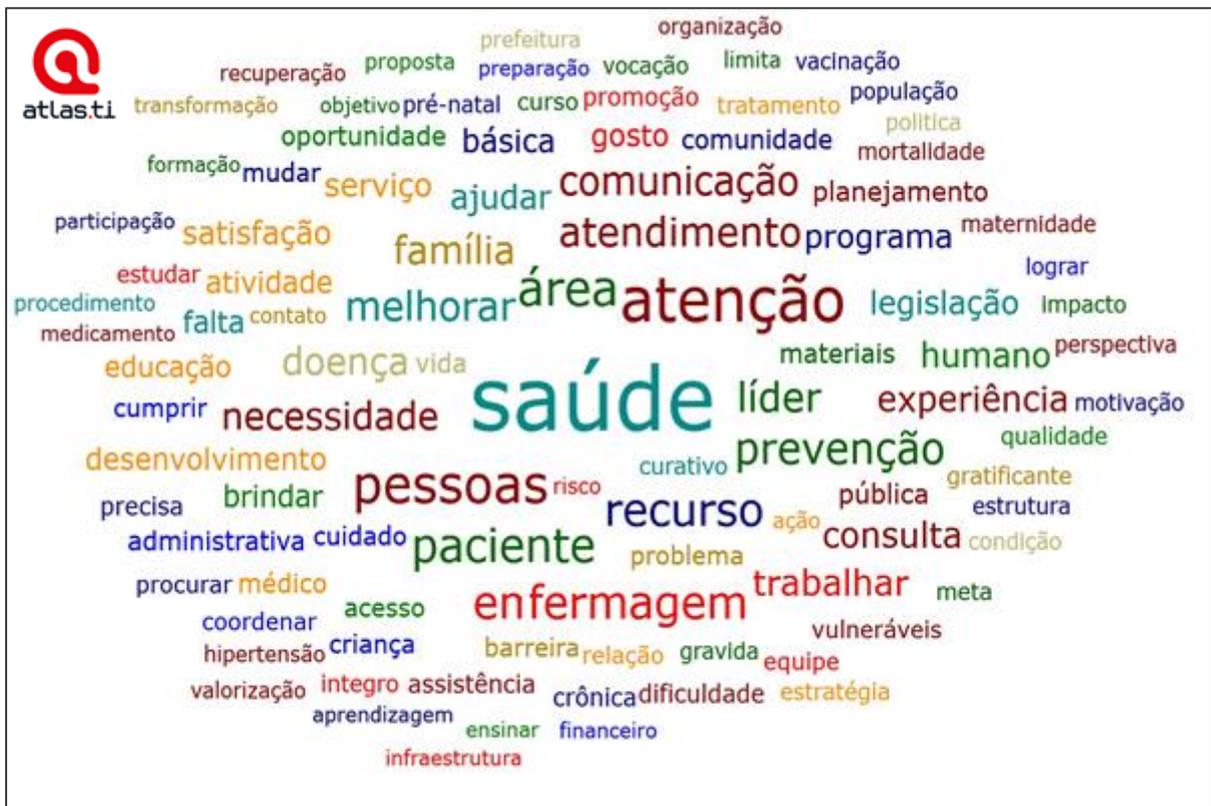
5.3 FASE DE EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

Atendendo ao objetivo geral da pesquisa – analisar a percepção da atuação do enfermeiro em APS, foi possível identificar um conjunto de palavras que representam as competências relatadas pelos participantes. O *software* ATLAS.ti8 oferece a possibilidade da geração de uma nuvem de palavras ¹ dos documentos ligados à unidade hermenêutica e permite a exibição visual da frequência das palavras, o que facilita a análise de conteúdo (ABARCA; RUIZ, 2014).

¹ Nuvem de palavras: visualização gráfica da frequência das palavras no estudo, mostrando o mais importante, sendo estas palavras-chave do estudo.

Na Figura 6, pode-se observar uma nuvem de palavras, as principais das entrevistas quando se indagou sobre a percepção do enfermeiro na APS. As palavras que se observam de maior tamanho são as mais frequentes, como: saúde, atenção, pessoas, recurso, prevenção, atendimento, comunicação, melhorar, família, doença, líder, necessidade, trabalhar, consulta, experiência, humano, legislação e programa. Entre as palavras menos frequentes se encontram: organização, procedimento, risco, valorização, financeiro, medicamento, preparação, transformação, problema, precisar.

Figura 6. Nuvem das principais palavras mencionadas nas entrevistas com enfermeiros que trabalham em APS.



Fonte: Nuvem criada a partir do software ATLAS.ti 8. Dados do estudo

Pode-se dizer que as palavras mais frequentes mencionadas no parágrafo anterior são importantes na atuação do enfermeiro na APS, já que os enfermeiros desenvolvem atividades com ações assistenciais, de prevenção de doenças e promoção da saúde, aplicando a legislação, tendo uma comunicação constante com as pessoas, com as famílias de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis. Também se destaca a importância do enfermeiro como líder. Nesta perspectiva, entende-se que a prática de enfermagem é heterogênea nas diversas

sociedades em cada momento histórico. Em cada contexto onde esta prática se desenvolve, ela vai adquirindo aspectos e características próprios, no atendimento das necessidades de saúde, que são reconhecidos pelo projeto que se busca conformar ou está conformado, as relações que estabelece com outros conhecimentos e práticas, e não a tornar-se de forma linear e com caráter estritamente técnico (BISTAFA et al., 2009).

As palavras de menor tamanho na nuvem são observadas na Figura 6, o que não significa que sejam menos relevantes, apenas foram pouco mencionadas pelos enfermeiros. Pode-se notar, por exemplo, que os enfermeiros falam mais sobre prevenção que sobre promoção, e sabe-se que geralmente estas se encontram ligadas dentro do âmbito da saúde, assim como falam mais sobre saúde que sobre doença, mas, na interpretação, deve-se ressaltar que esses termos estão estreitamente unidos. Além disso, os enfermeiros se concentram mais em propostas para melhorar, que nos problemas que podem ser apresentados. Também entre as palavras menos frequentes, mencionam alguns dos programas de APS, como vacinação, doenças crônicas, pré-natal, planejamento familiar, entre outros.

Por outro lado, o *software* ATLAS.ti 8 permite criar uma rede de palavras mais frequentes e uma visualização dada pela representação gráfica (Figura 7). No gráfico, podem-se observar algumas que são importantes para os enfermeiros quando se discute sobre APS, também é mostrado como se relacionam umas com outras, formando uma rede de palavras.

As cores ajudaram a identificar grupos de palavras que são exibidas a partir dos dados das entrevistas. Na cor amarela, por exemplo, encontram-se palavras correlacionadas referentes ao atendimento na APS, e, no atendimento, estão imersas a promoção e a prevenção, dando origem à categoria que é tema principal desta pesquisa.

No caso da cor roxa, de acordo com a conexão das palavras, tem-se como principal a palavra vocação. Trata-se de um termo muito importante na enfermagem, que se relaciona com aprendizagem, preparação, satisfação e dá origem à categoria de humanização, produto da reagrupação das diferentes palavras envolvidas e que atendem à questão da percepção da atuação do enfermeiro.

Na cor cinza, observam-se palavras específicas e concretas, das quais surgiu a categoria carência de recursos. Os enfermeiros refletiam bastante sobre essa

questão e, nessa cor, podem-se ver palavras relacionadas, como infraestrutura, humano, materiais.

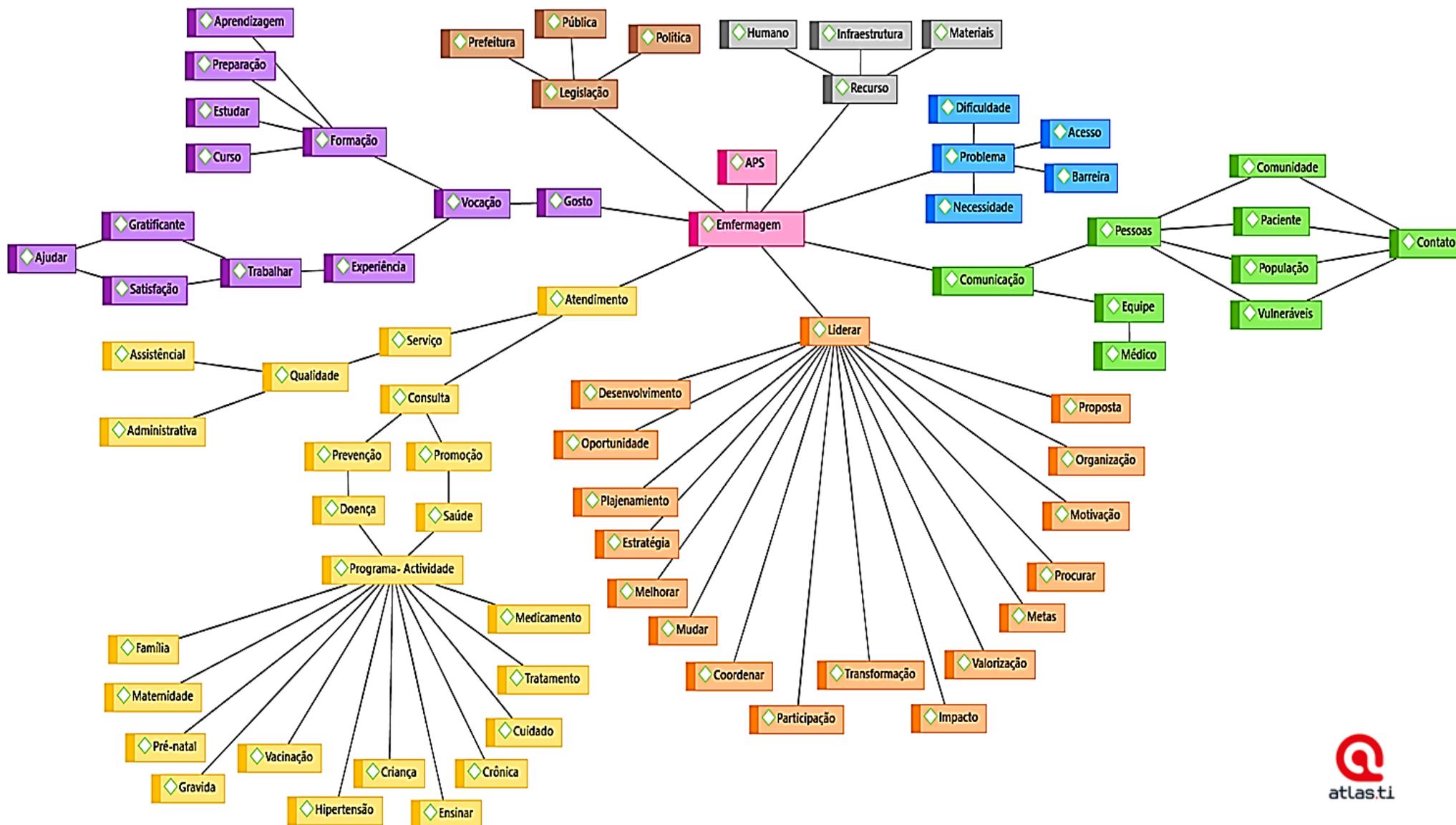
Já a cor laranja representa a categoria oriunda da liderança, que se derivou da palavra líder, representada na rede de palavras, todas as palavras que se relacionam de acordo a agrupamento do programa.

De acordo com a rede de palavras, na cor verde, a palavra representativa é comunicação, que foi outra categoria que surgiu o enfermeiro como elo de comunicação dentro dos resultados. Também se observam palavras como equipe, médico, pessoas, paciente, população.

Assim também é possível observar outras cores que representam categorias que contêm palavras desagregadas, como o caso da cor azul e marrom, mas isso não quer dizer que não sejam importantes ou que não tenham se relacionam com o tema desenvolvido. Simplesmente o programa as selecionou assim.

Cabe destacar que nenhum *software* realiza todo o procedimento de análise de conteúdo, são requeridos o conhecimento e a capacidade analítica do pesquisador. É necessário, portanto, que este conheça as potencialidades do *software* para que a análise seja orientada aos objetivos da pesquisa. Portanto as ferramentas de ATLAS.ti8, como nuvens de palavras e a rede conceptual, ilustram as relações que foram analisadas só pelo pesquisador, que é quem dá sentido às categorias propostas pelo *software*.

Figura 7. Rede conceptual das palavras principais mencionadas nas entrevistas com enfermeiros que trabalham em APS.



Tais palavras da rede conceptual foram organizadas em categorias, visando a uma sequência lógica, que permitisse uma compreensão mais sistemática de seus elementos. As palavras que se repetem com muita frequência são recortadas “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 2011, p.100).

Portanto as categorias são o produto da análise da coleta de dados e representam uma maneira de fragmentar e reorganizar as falas dos entrevistados em unidades de significado. Analisar as entrevistas é uma questão complicada, pois exige interpretação e deve-se ter cuidado para não interferir na subjetividade a fim de lograr o objetivo (DUARTE, 2004).

Com base nos resultados das entrevistas, nos preceitos da Declaração de Alma-Ata de 1978, nos conceitos de APS utilizados em cada país, junto com suas respectivas legislações e com ajuda do *software* ATLAS.ti8, foi possível a identificação de cinco categorias importantes na percepção da atuação do enfermeiro na APS:

1. Promoção e prevenção em saúde
2. Liderança
3. Carência de recursos humanos e estruturais
4. Humanização
5. O Enfermeiro como elo de comunicação.

5.4 FASE DE TRATAMENTO DOS RESULTADOS: A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO

Na presente fase, são apresentadas detalhadamente as categorias junto com as falas oriundas das entrevistas realizadas com os enfermeiros de cada UBS, no Brasil e na Colômbia. O *software* ATLAS.ti8 gerou um informe (Anexo D) que foi interpretado com base no referencial teórico selecionado para a pesquisa.

5.4.1 Promoção e prevenção em saúde

As palavras promoção e prevenção em saúde são expressões que os enfermeiros citaram muito nas entrevistas porque elas fazem parte do seu cotidiano. Eles associam esses termos à saúde do usuário, segundo seu caráter humano, e com

a qualidade de vida. Como se afirmou na Carta de Ottawa da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em novembro de 1986, que foi uma resposta às crescentes expectativas por nova saúde pública, em que as discussões se basearam nos avanços da Declaração de Alma-Ata para os cuidados primários em saúde, denominação dada ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (OMS, 1986).

No campo da promoção e prevenção em saúde, segundo Huertas (2011), dá-se o reconhecimento da enfermagem como a principal responsável pelo desenvolvimento e seguimento das estratégias nos centros de saúde, os quais levam à mudança de hábitos de vida nas pessoas. Pôde-se observar como os enfermeiros interpretam de forma clara este conceito geral sobre promoção e prevenção:

“[...] eu acho de suma importância atenção primária em saúde, a área que é um pilar dentro da pirâmide das especialidades, então, se não fosse atenção primária em saúde importante, teria os hospitais, estariam superlotados, mais do que já estão, né, os ambulatórios então, aqui é a base, a gente tem que trabalhar para prevenir, é o pilar mais importante dentro da atenção à saúde, e a gente tem que fazer um bom trabalho para que diminua esses casos principalmente de doenças crônicas. A gente tem que trabalhar principalmente através de educação em saúde dentro da atenção primária para estar prevenindo esses agravos e conseqüentemente as doenças [...]” (BRA 1).

“[...] se você não explica a alguém qual é o objetivo da consulta de crescimento e desenvolvimento, por exemplo, não faz nada porque as mães não levam seus filhos ou se você não explica porque a importância da vacinação, ou não fala a um idoso a importância das consultas de doenças crônicas, não está cumprindo o objetivo, então até que nós não consigamos atingir essa transformação real nas famílias, não vamos lograr que as pessoas assistam a atenção primária porque isso é o que se pretender aumentar uma consulta para prevenir doenças futuras [...]” (COL2).

De acordo com as falas expostas anteriormente, é possível inferir que o enfermeiro de ambos os países tem uma preocupação pela educação em saúde das pessoas desde a APS. Eles manifestam que, através de ações específicas como as consultas, podem-se atingir os objetivos traçados com a população. Também na promoção e prevenção, como expressam Torres e Urbina (2009). O enfermeiro tem diferentes papéis no atendimento à população, uma vez que ele pode promover saúde, ajudar a garantir um diagnóstico preciso, alcançar mudanças positivas nos estilos de vida da comunidade, desenvolver pesquisas que respondam às necessidades de saúde da população.

Tendo em vista a importância da educação na APS, Roecker, Denardin e Marcon (2012) salientam que os usuários veem o atendimento do serviço de APS como uma ação individual e curativa, em que a prescrição de medicamentos é a principal alternativa para satisfazer suas necessidades de saúde. Portanto não percebem o trabalho educativo como forma de melhorar a sua saúde. Por conseguinte, é importante que os profissionais acreditem e apostem nessas mudanças e nos benefícios para a saúde de toda a população. Além disso, devem conhecer a realidade da comunidade, suas limitações e possibilidades, e, assim, desempenhar seu trabalho de forma ética, criativa, inovadora e acolhedora, sabendo como lidar com as adversidades.

Por outro lado, sabe-se que os programas de promoção e prevenção são estratégias que privilegiam a prevenção de riscos primários, também uma mudança de estilo de vida, que inclua condutas saudáveis (RODRIGUES, 2013). De acordo com isso, dentro da presente categoria se evidencia nas conversas como os enfermeiros entrevistados sabem a importância do manejo dos diferentes programas ofertados à população:

“[...] atenção básica, atenção primária em saúde, que é o pré-natal, tratamento de diabéticos, hipertensos, obesos, tabagistas, entre outros, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero, curativos, entre outros trabalhos que a gente desempenha, bem como também o trabalho da administração [...]” (BRA1).

“[...] um enfermeiro na unidade básica de saúde ele exerce várias funções, ele está em muitos momentos, no atendimento dentro do consultório, atendimento a diversos programas, desde crianças, puerpério, planejamento familiar, doenças crônicas, diabetes, tuberculose, todos esses programas. A gente também trabalha em apoio com a saúde da família para fazer ações, educação em saúde [...]” (BRA 3).

“[...] acho que o trabalho na comunidade e tudo o que acontece com as unidades básicas de saúde, a promoção, a prevenção é uma questão dirigida às pessoas mais vulneráveis, por exemplo, atenção a idosos, recém-nascidos, grávidas, planejamento familiar, por isso acho que a área da atenção primária é muito bonita [...]” (COL 1).

“[...] trabalho com mulheres grávidas, consulta de crescimento e desenvolvimento, planejamento familiar, prevenção de doenças de transmissão sexual, leitura das necessidades da comunidade, saneamento ambiental, agricultura urbana, participação social [...]” (COL 3).

“[...] tenho atividades administrativas e assistenciais, programas como planejamento familiar, atendimento ao paciente com doenças crônicas, crescimento e desenvolvimento, vacinação, curso de preparação para a maternidade e paternidade [...]” (COL1).

Entre as atividades dos enfermeiros na APS, encontra-se o manejo de programas que estão diretamente ligados com promoção e prevenção. Nas duas UBS, no Brasil e na Colômbia, existem semelhanças e umas poucas diferenças que são caracterizadas pelos nomes dos programas e a população com a qual trabalham, também tendo em conta as legislações de cada país. É por isso que a OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, políticas e as diferentes atividades planejadas e executadas de acordo com os princípios de: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (ORGANIZAÇÃO, 1998).

Também a APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b).

Tendo em vista que, na APS, existem os programas desenvolvidos em prol da população, Fertoni et al., (2015) afirmam que se têm identificado avanços positivos em relação à promoção e prevenção, como ampliação do acesso, dos cuidados domiciliares, atenção à saúde da mulher, das crianças. Apesar disso, os desafios necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde.

Partindo dos conceitos de promoção em saúde como descrito na Carta de Ottawa, 1986, processo que proporciona aos indivíduos e comunidades meios necessários para exercer um maior controle sobre sua saúde, e o conceito de prevenção definido como as medidas destinadas não só a prevenir aparição da doença. Por conseguinte, pode-se inferir que a estratégia de APS é aplicável a todos os níveis de atenção, nos diferentes programas, é, portanto, responsabilidade de toda a equipe de saúde (VIGNOLO et al., 2011).

De acordo com a categoria de promoção e prevenção em saúde, os enfermeiros colombianos participantes do estudo manifestam algumas discrepâncias como percepção da APS e perspectiva de futuro que podem levar a população a vivenciar situações não desejadas. As barreiras de acesso aos serviços de saúde na Colômbia são comuns todos os dias, pese há necessidade de melhoramento das tecnologias e abertura de centros médicos. Este estudo apresenta resultados que apontam que ainda há muitas dificuldades, como barreiras geográficas, a afiliação aos regimes de saúde que não garante o atendimento, fatores socioeconômicos, o que traz como consequências o abandono dos tratamentos, o aumento nos custos e a perda da qualidade da atenção (VARGAS; MOLINA, 2009).

Ayala (2014), em estudo feito na Colômbia sobre o acesso à saúde, aponta que, apesar de ter havido melhoria na cobertura de atendimento às questões de saúde no território colombiano nos últimos anos, ainda há barreiras ao acesso, como a carência de oferta de serviços de saúde em lugares afastados e sua concentração nas cidades grandes. Por isso é importante criar estratégias que permitam resolver desigualdades como as citadas anteriormente. Devem-se avaliar as necessidades da população, características sociais e econômicas, oferta de prestadores de saúde e o conhecimento da comunidade quanto ao sistema de saúde.

“[...] eu posso ver que cada dia aumentam mais os registros e se diminui o tempo de atendimento, percebo que os usuários têm barreiras de acesso em seu atendimento, por outro lado, considero que se não começamos a ter em conta a prevenção primária, secundária e terciária. Com isso quero dizer prevenção primária fazer a citologia de colo de útero, criar uma consciência numa mulher de fazer o teste, ou que, no caso, ela fez seu teste regularmente, mas deu alguma anormalidade e foi orientada pelo médico uma colposcopia, garantir a ela seu procedimento isso é prevenção secundária e, se tivesse anormalidade em seu procedimento, garantir seu tratamento e fazer cauterização, o que ela precise e em prevenção terciária se foi tardia a detecção de câncer de colo de útero, garantir um tratamento para evitar complicações em doenças terminais [...]” (COL 4).

Quanto à perspectiva futura, de acordo com APS e seus diferentes programas, no caso de PSF no Brasil, os enfermeiros falam da importância de ir ao encontro cada vez mais das populações mais afastadas e oferecer o atendimento de que precisam.

“[...] no Brasil, a gente tem estratégias da saúde da família, cada vez mais têm substituído a unidade de saúde no formato que era feito antes, então atenção primária em saúde no Brasil, antes de modificar, nesse sentido, onde a estratégia que era feita anos atrás que era focada na unidade, não era focada na comunidade, a estratégia de saúde da família, a unidade não fica

mais num prédio, vai para a comunidade a buscar um paciente que está precisando de assistência, né. Então, na minha perspectiva futura, é isso, né, que cada vez mais a gente consiga que a unidade vá atrás de fato do paciente, procure qual é a necessidade da comunidade, daquela população que mora ali e cada vez mais aprender de fato, por exemplo, aqui, na nossa área, a gente tem algumas áreas descobertas [...]” (BRA 2).

“[...] trazer principalmente populações que não costumam vir, como homens, que são mais difíceis, crianças, então minhas perspectivas são essas, que cada vez mais a estratégia da saúde da família possa se desenvolver e abranger cada vez mais os territórios de maior risco [...]” (BRA2).

No Brasil, as reformas que culminaram na implantação do SUS buscaram fortalecer a APS e ampliar a sua cobertura. Todavia, embora dados comprovem o aumento progressivo da oferta de ações e serviços nesse nível de atenção, os resultados encontrados nem sempre são satisfatórios, cumprida a etapa de aumento considerável da cobertura da APS, concentram-se os esforços para melhoria da sua qualidade. Neste sentido, algumas iniciativas de caráter governamental constituem-se em incentivos para a realização de avaliações internas e externas, mas instrumentos que avaliem os processos utilizados para alcançar efetividade neste nível assistencial ainda são raros e pouco sensíveis (CUNHA; GIOVANELLA 2011).

A ESF no Brasil permitiu um avanço da implantação da consulta de enfermagem nas UBS e esta atividade passou a ser realizada de forma contínua a seus usuários, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista centrada no ciclo vital e na assistência familiar (CAMPOS et al., 2011).

5.4.2 Liderança

Pela natureza da profissão, o enfermeiro, desde sempre, tem sido um gestor de saúde (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA, 1998). O reconhecimento de seu papel como líder na APS nas UBS é um ponto importante na percepção que o participante tem.

Nas concepções sobre as funções do enfermeiro, de acordo com Guedes et al., (2013), no gerenciamento do cuidado, o enfermeiro deve ter conhecimento, o exercício da liderança no ambiente de trabalho, que é identificado como um componente fundamental que potencializa a articulação, a coordenação e articulação das atividades que envolvem a produção do cuidado em saúde e em enfermagem. O enfermeiro líder é o principal responsável pelo desenvolvimento e pela organização

de um ambiente e potencializa a qualidade dos cuidados de enfermagem. Liderar requer a adoção de uma atitude participativa ao se relacionar com a equipe e tomar decisões, sem imposição do poder, valorizando o trabalho em equipe.

A liderança é um pilar na enfermagem. O enfermeiro é um profissional que dirige pessoas, estabelece objetivos, ajuda a definir seus papéis.

“[...] tem bastante autonomia como enfermeiro e bastante liberdade para a gente trabalhar, não somos cobrados de uma forma ruim e fazemos nosso trabalho bem e somos bem reconhecidos por isso [...]” (BRA 2).

“[...] é um grande desafio, um grande trabalho, há muito por fazer, por trabalhar em atenção primária, não é só função de saúde, não é só educação, não é só função social, não significa só dar ajudas governamentais às pessoas e ser assistenciais, deve-se impactar em todos os espaços da vida cotidiana dessas pessoas, no âmbito laboral, escolar, familiar, comunitário, abordar integralmente para ter um real impacto e com programas que transcendam não só em um período de três ou quatro anos de uma prefeitura ou um governo de uma presidência, devem ser programas e estratégias sustentáveis ao longo do tempo [...]” (COL 4).

“[...] porque não é atrás de uma mesa de trabalho, esperando que os pacientes cheguem, que vai se conseguir uma mudança na atenção primária em saúde e em geral, no Distrito, devem formar leis, prevenir as barreiras de acesso, buscar cumprir as metas e desenvolver meu trabalho da melhor forma [...]” (COL 2).

Com base nas entrevistas, verifica-se que, na categoria de liderança dentro da APS, a percepção dos participantes encontra-se focada na autonomia, na mudança de condutas não proveitosas dentro da APS como, por exemplo, a melhora dos serviços. Nesse sentido, Lourenco e Trevizan (2001) destacam que a liderança na enfermagem deve apresentar características de personalidade que facilitem o exercício de tal estilo, que permitam saber ouvir, apoiar um grupo e ser facilitador de um processo específico. Os enfermeiros expressam:

“[...] O importante é conseguir acabar com as barreiras que existem e assim melhorar a atenção, também recuperar o papel da enfermagem nas unidades básicas porque assim a disciplina não perde sua essência. Também poder contribuir como enfermeiros para o nosso país onde as leis tenham como prioridade atenção à saúde em todos os aspectos do ser humano [...]” (COL 1).

“[...] espero que o trabalho melhore, que ocorra mesmo uma ampliação uma reforma aqui nessa unidade para que a gente possa atender melhor e aumente também essa demanda porque nós temos uma demanda muito grande aqui na atenção primária na UBS, ou seja, que poderia ser melhorada em função dessas outras coisas. Eu também espero que ocorra uma

valorização maior do enfermeiro, da enfermagem, valorização tanto interna, de capacitação, que o governo olhe mais para o profissional, mas são as melhores ainda tem esperança [...]” (BRA 3).

O enfermeiro é considerado um profissional diferenciado nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pois possui um conjunto de habilidades único, incorporando ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, além de articular as atividades de vários outros trabalhadores de saúde. No entanto, as disputas pela liderança e a confusão sobre a atuação do enfermeiro nesse cenário têm dificultado a colaboração entre profissionais. Para superar essas fragilidades, indica-se o fortalecimento da liderança como uma possibilidade de ampliar a visibilidade das atividades do enfermeiro e de construir relações de trabalho colaborativas (MARCELLINO et al., 2016).

O enfermeiro tem um papel de liderança das equipes de APS, sendo o profissional que planeja, organiza e distribui as tarefas, monitora e avalia ações, porém estas ações demandam habilidades, conhecimentos e destrezas especiais (CATHERINE; PÉREZ, 2015).

5.4.3 Carência de recursos humanos e estruturais

Em relação aos recursos disponíveis nas instituições para prestar assistência à população que solicita o serviço, estes são classificados como físicos, materiais, humanos e financeiros. Todos se relacionam entre si. Em termos de recursos físicos e materiais, é comum encontrar sistemas de saúde em que tenha havido um investimento significativo em infraestrutura física, mas cujos orçamentos não permitem financiamento de pessoal ou manutenção de equipamentos, o que tem impacto na prestação do serviço. Portanto, o planejamento e a racionalização dos mesmos são necessários para prestar atenção adequada à comunidade usuária (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2001).

Os recursos humanos são de extrema importância porque os sistemas de saúde requerem pessoal qualificado e experiente para o seu bom funcionamento. Eles podem ser definidos como o inventário de todos os indivíduos envolvidos em ações de saúde, que vão desde promoção, prevenção, cura e reabilitação (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2001).

De acordo com Macinko et al., (2007), é necessário incorporar práticas e modalidades de APS no aperfeiçoamento de todos os níveis dos programas educativos e contínuos com a finalidade de contribuir para a qualidade dos recursos humanos. Estes devem ser programados conforme as necessidades da população. Nas Américas, devem-se suprir os sistemas de saúde com recursos humanos, financeiros, tecnológicos adequados e sustentáveis.

Observa-se um consenso entre gestores e trabalhadores de saúde de que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários, bem como o reconhecimento de que os recursos humanos em saúde constituem elemento crítico para alcançar a finalidade e os objetivos dos serviços de saúde (NOGUEIRA, 2002).

Nesse sentido, os enfermeiros participantes deste estudo expressaram suas opiniões acerca dos recursos físicos e humanos:

“[...] não consigo oferecer um serviço dentro da legislação porque eu preciso de insumos, eu preciso de espaço físico de uma boa condição para oferecer para um paciente um serviço na unidade, que aí já não cabe a mim como profissional, a questão principalmente é de falta de material. A gente tem bastante curativo aqui, principalmente de grande complexidade, que a gente atende aqui, mais nem sempre tem material. Então o paciente tem direito de ter seu curativo bem-feito sem custo nenhum para ele, o custo é do Estado, mas nem sempre tem o material, mas tem a mão de obra, né, o recurso humano. Não tem material então é aí que a gente não consegue seguir com essa legislação [...]” (BRA 1).

“[...] Sempre vai ter escassez de recursos em todos os hospitais, especialmente nos hospitais do Distrito. Vão ter déficit nos recursos porque o dinheiro do investimento da prefeitura, que é o ente que administra os diferentes programas, desde a Secretaria de Saúde, quem faz a projeção não é suficiente, nem o recurso humano, nem o recurso físico. Também na parte de contratação para os empregados, e seu salário não é adequado e aí isso faz que o pessoal desista pelo esgotamento causado por horários extensos, excesso de trabalho. Nos recursos físicos, a infraestrutura não é suficiente, os consultórios, por exemplo, na escala para pesagem se encontram estragada, sempre tem algo que não funciona e isso reflete numa prestação demorada dos serviços de saúde em na atenção primária principalmente [...]” (COL 2).

“[...] na estrutura física, melhorar o prédio da UBS, consultórios médicos, consultórios de enfermagem, bebedouros, sala de curativos, suturas, ar-condicionado [...]” (BRA 5).

“[...] faltam mais recursos, mais talento humano, falta um melhor sistema de saúde a nível nacional definitivamente [...]” (COL 5).

Como se pôde perceber nas falas de enfermeiros das duas UBS, tanto do Brasil como da Colômbia, acerca da percepção de sua atuação na APS, os recursos têm uma participação muito importante na qualidade do atendimento, o que não significa que os enfermeiros executem mal o seu trabalho, mas as deficiências dificultam a realização de algumas atividades. Samico et al., (2005) relatam, em um estudo feito com profissionais da saúde, que os enfermeiros participantes da pesquisa consideraram que tanto o suporte técnico em recursos humanos quanto o espaço físico não eram adequados e que isso fazia com que os trabalhadores atuassem de modo independente, em detrimento do trabalho em equipe.

“[...] acho que falta uma melhor contratação e salário para as pessoas que trabalham na área de atenção primária porque, por exemplo, contratam uma pessoa hoje, ela vai ficar cansada e sobrecarregada de trabalho e também sua carga horaria é muito extensa, então acaba desmotivada [...]” (COL 2).

“[...] nossa unidade a gente tem bastante problemas, dificuldade com os recursos humanos. Nós temos um número de enfermeiros comparado ao que existia antes, só tinha dois enfermeiros que trabalhavam na UBS, agora somos sete, então tem uma melhora dessa quantidade de enfermeiros, mas ainda não é um número ideal para a demanda que a gente tem aqui na nossa unidade, e principalmente a quantidade de técnicos de enfermagem não é a ideal. A gente precisaria de mais técnicos de enfermagem, visando a nossa demanda, que é muito grande em nossa unidade, e aí gente não tem um número ideal que seria bom para fazer um bom trabalho, né, que não sobrecarregasse ninguém [...]” (BRA 2).

Beck et al., (2010) ressaltam que os recursos humanos e físicos, incluindo, o tempo de trabalho dos profissionais, interferem na qualidade da prestação do serviço às pessoas. Evidencia-se uma sobrecarga laboral e, portanto, a redução da qualidade da atenção e cuidado, o que é identificado nas falas dos entrevistados. Destaca-se que, apesar disso, os enfermeiros tentam realizar suas atividades da melhor maneira em seu lugar de trabalho e consideram que os recursos humanos e físicos dentro da UBS na APS podem chegar a afetar o desempenho.

Diante do exposto, é importante saber que os recursos em saúde e na prática de enfermagem podem contribuir para a solução de problemas de saúde na população e que a escassez de recursos de qualidade reflete nas problemáticas e iniquidades que se apresentam em saúde (ZANETTI, 2015).

5.4.4 Humanização

A categoria humanização, na percepção da atuação dos enfermeiros na APS, tem um sentido muito valioso, porque abarca concepções como atendimento com boa qualidade, trata-se de entender o usuário como um ser humano que a ser ajudado ou a quem se dará uma ferramenta para satisfazer uma necessidade. Assis (2007) considera que a humanização em saúde tem que ir mais a fundo que a qualidade nos serviços de saúde, exige uma qualidade de comportamento, deve atender aos princípios de equidade e participação social do usuário, demanda a revisão das práticas a fim de valorizar a dignidade do profissional e do usuário.

De acordo com Correa (2016), a humanização da saúde implica uma confrontação entre duas culturas, duas formas de ver o mundo. Destarte, o profissional de saúde deve ser o mediador das relações, dos vínculos, deve voltar seu conhecimento a serviço das pessoas, de forma que, em primeiro lugar, coloque a sensibilidade e a ética no ato do cuidado, ressaltando a dignidade humana e oferecendo uma atenção de qualidade aos usuários, familiares destes e comunidade.

Quando se fala de APS, não se está lidando com um cliente adoecido, que busca uma assistência curativa. Por conseguinte, as políticas de saúde devem seguir tentando mudar a cultura da população, sensibilizando-a para as ações preventivas e promocionais em saúde. Percebe-se que os profissionais de saúde ainda estão preparados só para o tipo de assistência curativa, como resultado disso perde-se a oportunidade de tornar os serviços mais resolutivos e garantir o atendimento humanizado que se pretende oferecer na APS (ASSIS et al., 2007).

Nesse sentido, apresentam-se as falas dos enfermeiros participantes deste estudo acerca de humanização:

“[...] a gente sempre aprendeu desde a faculdade que a gente tem que decidir a arte do cuidado com o próximo através da enfermagem, evidenciada essa motivação por saber que, através de seu trabalho, você está fazendo o bem ao próximo, não só a questão da doença, mas também da saúde [...]” (BRA 1).

“[...] porque ser enfermeiro é muito importante para o sistema de saúde, né, e é algo que eu gosto e, por ser dessa profissão, eu acredito que a pessoa tem que ter um dom de servir ao próximo, sem importar qual é a saúde do ser humano, né. Então tem que às vezes a gente deixar um pouquinho de lado a importância com nós mesmos para poder orientar, conciliar e cuidar de fato de outro ser humano. Então é uma profissão muito bonita, admirável. Então essas coisas me levaram a gostar dessa profissão, que inicialmente não tinha predileção [...]” (BRA 3).

Portanto, no que tange à humanização na APS e nos serviços de saúde em geral, no Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH) afirma que esta deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais e os usuários. Além disso, deve levar em conta as necessidades sociais, os interesses dos diferentes atores envolvidos na área da saúde e também é necessário que se destaque como um conjunto de estratégias que permitam alcançar a qualidade em saúde (BRASIL, 2004).

A humanização na enfermagem passa a ser entendida como um modo de cuidado centrado na voz do indivíduo, no respeito a sua autonomia e, portanto, no uso de tecnologias leves, que perpassam pela escuta, apreensão e satisfação de necessidades. Este enfoque pode ter como objeto as relações de cuidado ao usuário, enquanto o ambiente de trabalho é constituído de espaços físicos e sociais. Na ambiência social, o estabelecimento de relações interpessoais alicerçadas no autoconhecimento e no conhecimento do outro pode ser mecanismo de promoção de qualidade de vida no trabalho (FONTANA, 2010).

Também o estudo de Cavalcanti e Verdi (2010) com trabalhadores da saúde verificou que eles traduzem sua concepção sobre acolhimento e humanização como a relação estabelecida com os usuários, ouvir suas necessidades para poder oferecer uma resposta a elas e assim gerar uma ação humana sensível.

“[...] creio que as leis e normas de nosso país não proporcionam equidade em saúde. Os profissionais de saúde estamos prejudicados e não podemos oferecer uma atenção com qualidade necessária para atender aos parâmetros que o paciente merece e requer, porque é mais importante diminuir custos que dar uma atenção amável e de qualidade [...]” (COL 1).

“[...] poder oferecer um acompanhamento e discernimento, guia e ajuda a uma pessoa que está passando por uma experiência de dor, física ou social e emocional, eu espero que isso seja uma oportunidade de aprendizagem para sua evolução como ser humano, também é como falei anteriormente amo meu trabalho, minha profissão, poder ajudar uma pessoa me faz sentir uma satisfação, o ser enfermeira é uma vocação. Se uma enfermeira não está para atender uma pessoa, definitivamente o melhor é que não seja enfermeira, porque para isso estuda uma enfermeira, para poder prestar serviço às pessoas [...]” (COL 5).

“[...] é muito importante porque oferece muita educação para o cuidado e melhoramento da qualidade de vida. Eu considero que nossa profissão tem um foco preventivo e deve estar orientado ao cuidado da saúde. Temos maior possibilidade de um contato direto com a comunidade e ajudar a educar para que criem seus próprios hábitos de vida saudável [...]” (COL 4).

Quanto à percepção dos enfermeiros da UBS na Colômbia acerca da humanização na APS, observa-se que eles a definem como a necessidade de contato com os usuários, também de oferecer um atendimento de qualidade. Morales; Muñoz e Capa (2012) salientam que a humanização requer do enfermeiro o trabalho em conjunto, tanto com os outros profissionais da saúde como com os usuários, e afirmam que, quando se tem uma união de critérios, proporciona-se uma excelente prestação de serviços para o paciente, a família deste e a comunidade, resultado da qualidade na atuação do profissional.

A valorização do enfermeiro está diretamente ligada à humanização e envolve todos os elementos com os quais os profissionais contam para desenvolver seu trabalho, apesar de todos os obstáculos, os enfermeiros têm o compromisso de dar o melhor de si às pessoas (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Atualmente, na Colômbia, o comportamento e o desempenho de alguns profissionais de saúde tem deixado a desejar, não apenas a enfermagem, mas de toda a equipe de saúde, tanto nas instituições públicas quanto nas privadas e as ações judiciais de queixas são numerosas. As demandas de atenção adequada e eficaz se refletem nas opiniões coletivas acerca da atuação dos profissionais da saúde, apontando o mau desempenho em suas funções. Portanto, os enfermeiros devem estar conscientes da importância e do impacto gerado pela atenção humanizada ao paciente e à sua família, pois, desde o momento da admissão até a alta da instituição, o paciente deve receber um tratamento agradável, acolhedor e amigável. É preciso fortalecer a relação com o paciente com base em uma ajuda profissional que permita um atendimento integral com qualidade (SANCHEZ, 2017).

Os serviços de saúde na Colômbia exigem, dia a dia, um tratamento mais humano para os pacientes. O diretor científico da Clínica Ocidental em Bogotá, na Colômbia, afirma: É paradoxal que falemos sobre humanizar os serviços de saúde quando a essência destes é precisamente o ser humano e a origem das instituições de saúde. Criou-se a necessidade de alguém cuidar das pessoas doentes (HERRERA, 2017).

5.4.5 O Enfermeiro como elo de comunicação

A comunicação na APS e geralmente no cotidiano é vital para alcançar os objetivos que se traçam e as metas propostas, conforme as políticas, estratégias estabelecidas pelos diferentes entes governamentais. Tendo em vista as necessidades das diferentes populações, o enfermeiro deve ser acessível, ter capacidade de escuta e de comunicação, ferramenta essencial para alcançar as metas propostas.

Por tanto, como ressaltam Arruda e Guerreiro (2012), a aproximação entre o usuário e o profissional promove um encontro que gera a capacidade de perceber razões, interpretações, sentimentos em situações de desequilíbrio, o que faz com que se crie o vínculo e ajuda mútua.

De acordo com Da Silva e De Lima Barros (2016), a comunicação é fundamental na relação entre as pessoas e é essa característica de se comunicar e se relacionar que faz com que o ser humano se torne diferentes de outros seres vivos. Para que a comunicação se dê de forma satisfatória, fazem-se necessários alguns elementos, como clareza, objetividade de transmissão de mensagens.

Apresentam-se a seguir as falas dos enfermeiros participantes do estudo acerca da comunicação:

“[...] às vezes também tem que estar ali coordenando a equipe técnica de enfermagem, fazendo aquela questão do intercâmbio entre um paciente e um médico, entre funcionário e um médico, outros profissionais que temos, como nutricionistas, enfim [...]” (BRA 3).

“[...] o enfermeiro é a pessoa acessível para estabelecer comunicação com as pessoas [...]” (COL 2).

No que tange à comunicação, o enfermeiro representa a pessoa caracterizada pela humanidade, o afeto que ela tem pelo paciente por meio de suas experiências e a escuta ativa às pessoas. A posição empática dos enfermeiros gera uma melhor atenção e, portanto, um bom cuidado (RAMIREZ; MÜGGENBURG, 2015).

“[...] paciente chega na UBS e geralmente ele não vai procurar o profissional médico, ele já chega conosco, a UBS é a porta de entrada, chega o paciente: “Gostaria de falar com a enfermeira tal” [...] chega e aí fala com a gente, nós fazemos aquele acolhimento [...]” (BRA3).

“[...] tive também oportunidade de coordenar equipes de atenção primária em saúde conformadas pelos enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, médicos, técnicos em saneamento ambiental, trabalhadores sociais, entre outros, com a finalidade de detectar as necessidades da população [...]” (COL 4).

Observa-se que, nas duas UBS, a percepção da comunicação tem muitos pontos em comum, como a relação que se cria com os usuários. Esta é uma ferramenta essencial no contato com a equipe de trabalho, como afirma Mejia (2006), que descreve que a prática profissional da enfermagem está fundamentada nas teorias das diferentes pensadoras da enfermagem, destacando que sempre deve haver uma interação entre enfermeiro e paciente, enfermeiro e equipe de saúde, enfermeiro e família para gerar uma resposta.

Também pode se inferir que o enfermeiro conta com habilidades para a comunicação, que ajudam a criar um melhor atendimento. Entre essas habilidades, deve-se considerar o conhecimento em sua formação acerca de questões antropológicas, sociais e outras, além da habilidade prática, a qual é aprendida com a experiência como cuidador, e as relações interpessoais saudáveis, que incluem fatores como confiança e empatia (GONZALEZ, 2007).

A comunicação em saúde pode ter finalidades muito diferentes, tais como: promover a saúde e educar para a saúde; evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde; prevenir doenças; sugerir e recomendar mudanças de comportamento; recomendar exames de rastreio; informar sobre a saúde e sobre as doenças; informar sobre exames médicos que são necessários e sobre os seus resultados; receitar medicamentos; recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidado a indivíduos doentes (TEIXEIRA, 2004). A comunicação com troca de informações entre profissionais é essencial para que a equipe de saúde possa exercer sua função de coordenadora dos cuidados ao paciente e garantir a continuidade do contato. Embora existissem formulários para a transferência de informações entre profissionais. São profissionais com experiências e formações distintas, o que exige a criação de estratégias de comunicação e de ampliação da confiança e da credibilidade do profissional de atenção primária para que o especialista promova o retorno do paciente ao generalista, de forma a garantir a continuidade do tratamento pelo profissional mais adequado (SCOREL et al., 2007).

Sabendo que a base primordial do enfermeiro se constitui na dedicação e atenção com o cuidado humano que se dá através da relação humana, expressa por

meio da comunicação, é impossível realizar uma assistência de forma humanizada, holística e proporcionar segurança ao usuário sem que o enfermeiro utilize a comunicação como uma ferramenta de trabalho (DA SILVA, DE LIMA BARROS, 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar este estudo, que foi concebido com o propósito de conhecer a percepção da atuação dos enfermeiros na APS, nas UBS das cidades de Macapá no Brasil e Bogotá na Colômbia, com a aplicação da análise de conteúdo em uma pesquisa qualitativa, no campo da saúde, apresentam-se nesta seção, as considerações finais.

A análise de conteúdo constitui um conjunto progressivo de técnicas e requer clareza teórica do campo de estudo que se pretendeu analisar, e o pesquisador não deve se lançar desprovido de suporte teórico.

Em pesquisa qualitativa, as categorias de análise precisam ser desenvolvidas, uma vez que não será possível efetuar as interferências e interpretações, caso não se dominem os conceitos básicos das teorias que respaldaram a coleta de dados, por isso é importante seguir uma sequência lógica como a proposta por Bardin, ou seja, uma fase de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: a interferência e a interpretação.

Portanto a metodologia tem uma complexidade que exige do pesquisador um aprofundamento ou uma imersão tanto no *corpus* a ser estudado quanto no referencial teórico, de forma que é uma base para as interpretações, as interferências e a comparação do objeto de estudo. Esta técnica, com a aplicação do *software* ATLAS.ti8, permitiu identificar as cinco categorias expostas, promoção e prevenção da saúde, liderança, recursos, humanização e comunicação.

Nas falas dos participantes do estudo, percebem-se, após análise, as inconformidades, vivências e experiência de cada profissional. É necessário saber que a enfermagem, por ser uma profissão universal, apresenta diferenças entre os enfermeiros, de acordo com a população que atende, lugar de trabalho, condições.

A categoria de promoção e prevenção em saúde é talvez a mais integral dentro da percepção do enfermeiro na APS, pois é a base principal e abarca muitas das atividades que o profissional realiza nas UBS, tanto no Brasil como na Colômbia. Observaram-se semelhanças tanto nos programas desenvolvidos como no papel que o enfermeiro tem dentro de seu lugar de trabalho, as diferenças se prendem aos nomes que recebem os vários programas e à forma de trabalhar em cada UBS, assim como à população atendida, como se pôde concluir com base nas entrevistas com os enfermeiros participantes.

Na categoria de liderança, sendo este termo um pilar fundamental na enfermagem, na APS, tem um protagonismo notório, porque, de acordo com os depoimentos obtidos dos enfermeiros participantes sobre sua percepção, estes se manifestam como líderes de cada UBS e possuem um papel importante no trabalho com a comunidade e a equipe de trabalho, que permite realizar mudanças importantes dentro da saúde em geral.

Quanto à categoria de recursos, é possível observar que, tanto no Brasil como na Colômbia, este é um tema que gera discordância, porque os recursos na APS, segundo a percepção dos enfermeiros, não permitem que o atendimento em saúde seja de qualidade da forma como os profissionais esperam para os pacientes.

A humanização foi outra categoria importante que surgiu das falas nas entrevistas realizadas, quanto à percepção na APS da humanização. Observou-se que esta tem a ver com o contato direto do profissional com o usuário, tendo em vista que a APS é a porta de entrada dos serviços de saúde e que, por isso, é necessário reforçar sempre a humanização com a finalidade de oferecer um ótimo atendimento.

Por último e não menos importante, apresentou-se a comunicação, categoria oriunda das falas nas entrevistas na APS, que se refere a estabelecer sempre comunicação assertiva não só com os usuários, mas também com a equipe de trabalho porque isso leva ao melhor desempenho das atividades laborais.

Diante do exposto, pode-se concluir que há semelhanças entre o enfermeiro brasileiro e o colombiano quanto à sua percepção da atuação na APS, todos concordam que a falta de recursos afeta o trabalho, sabem que as ações promocionais e preventivas são fundamentais para gerar mudanças na saúde, que a liderança faz parte da formação de enfermeiros e que uma boa comunicação dentro da APS contribui para a evolução e o melhoramento dos serviços.

É importante envolver os enfermeiros na criação de estratégias para implementação de políticas que ajudem a reforçar a APS, tendo em conta sua formação e interesse pela comunidade.

Os programas de saúde baseados na APS devem ter apoio de todos os setores, políticas econômicas e sociais, de modo que sua execução seja adequada em termos de estrutura, organização e implementação, alcançando os objetivos estabelecidos.

Experiências contrastantes possibilitam identificar e entender problemas compartilhados e conhecer possibilidades de soluções de acordo com as lições aprendidas com as experiências desenvolvidas em cada país, que podem promover

outras estratégias de intervenção regional ou local na construção de sistemas de saúde pública universal e garantia do direito humano à saúde.

Como conclusão final e de acordo com a experiência como enfermeira e pesquisadora na temática da APS, foi possível conhecer a percepção dos enfermeiros nas duas UBS nas diferentes cidades, resultando em uma experiência interessante como expectante, o que acarretou para o enriquecimento do conhecimento sobre a legislação dos diferentes países, modo de trabalho dos enfermeiros e também a superação dos desafios da barreira da língua, sistemas de saúde, sistemas de ensino.

REFERÊNCIAS

- ABARCA, A; RUIZ, N. **Análisis cualitativo con el ATLAS. ti**. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2014.
- ACIOLI, S et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014.
- AGUIAR, C. **Atuação do enfermeiro de Atenção Básica no âmbito da articulação da prática interprofissional**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, 2013.
- ALMEIDA, A. **Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus**: estudo comparativo de dois programas assistenciais da unidade básica de saúde da universidade federal do amapá, no município de Macapá, Amapá. 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Amapá, 2012.
- AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19, n. 4, p. 444-449, 2006.
- ARAGÃO, A.S. et. al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 121, n. esp., jan./fev. 2013.
- ARRUDA, C; GUERREIRO V. S. M. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 758-766, 2012.
- ASSIS, A. L. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2007.
- ATLAS.ti. qualitative data analysis: 2002-2018. Disponível em: <<http://atlasti.com/product/what-is-atlas-ti/>>. Acesso em: 10 dez. 10 2017.
- AYALA, J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. **Documentos de Trabajo sobre Regional**: banco de la república de Colombia, n. 204, jul. 2014.
- BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 223-230, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, vol. 70. 2011
- BECK, C. L. C., et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Escola Anna Nery revista de Enfermagem**, v.14 n.3, p.490-495. 2010.

BISTAFA, M.J. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n. 5, 2009.

BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é atenção básica?** [2012a]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2016.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CÂMARA, R.H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMPOS, R. M. C., RIBEIRO, C. A., OHARA, C. V. D. S., & SAPAROLLI, E. C. L.. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011

CATHERINE, D; PÉREZ, T. Retos y oportunidades del profesional de enfermería en APS: una mirada desde la operación. **Revista Convención internacional de Salud Pública**, 2015.

CAVALCANTI, L.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.

COLÔMBIA. **Constitución política de Colombia 1991**. Santafé de Bogotá: [s.n.], 1991. Disponível em: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

_____. **Ley 10 del 9 de enero de 1990, por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.** Bogotá: [s.n.], 1990.

Disponível em:

<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2016.

_____. **Unidad de servicios en salud usaquén.** Bogotá: [s.n.], 2014. Disponível em:<<http://www.hospitalusaquen.gov.co/website/index.php>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. **Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.** Santafé de Bogotá:

[s.n.], 1993. Disponível em:

<<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

_____. **Ley 1122 del 9 de enero de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.** Bogotá: [s.n.], 2007. Disponível

em:<[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf)

1122-de-2007.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2016.

_____. **Ley 1438 del 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.**

Bogotá: [s.n.], 2011, p.3-8. Disponível

em:<<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

_____. **Plan decenal de salud pública: PDSP, 2012-2021.** Bogotá: Ministerio de Salud, 2012. Disponível em:

<<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>>

Acesso em: 15 dic. 2017.

_____. **Política atención primaria en salud octubre de 2012:** marco de política de la estrategia de atención primaria en salud en Colombia. Bogotá: [s.n.], 2012.

Disponível em:<<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Consultas-Estrategia-de-Atencion-Primaria-en-Salud-en-Colombia.aspx>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil.** Brasília: COFEN, 2013. Disponível em:

<<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 4 set. 2017.

CORRÊA, J. W. **Análise de conteúdo. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** São Paulo: Atlas. 2005.

CORREA, M. L. Z. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 1, p. 1210-1218, jan. 2016

CUNHA, M.D; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.

DA SILVA, R. C.; DE LIMA BARROS, C. V. Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar. **Revista Saúde & ciência em ação**, v. 1, n. 1, p. 13-25, 2016

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, n. 24, 2004.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Petrópolis: Vozes, 1997.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

ESTADOS e capitais do Brasil: **Macapá**. Disponível em: <<http://www.estadosecapitaisdobrasil.com/capital/macapa/>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

FERTONANI, H. P. et. al. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 1, 2010.

GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M. A.; SAWADA, N. O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 32, n.4, p. 302-306, 1998.

GARCIA, O. et al. La Salud Pública en América Latina y el Caribe. **Revista Humana Medica**, v. 2, n. 2, 2002.

GIOVANELLA, Ligia et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 115, p. 300-322, abr./jun. 2015.

GOMES, C. J. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 57, n. 5. 2004.

GOMEZ; E, M. La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. **Revista Aquichan**, v.12 n.1. 2012.

GONZALEZ O, Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. **Revista Aquichan**, v.7, n.7, p.130-138, 2007.

GOOGLEMAPS. **Mapa Amapá.** [2017]. Disponível em: <<https://www.google.es/maps/place/Amap%C3%A1,+Brasil/@1.6016162,-56.8806936,1617512m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x8d653d73cd997b21:0x911a614576f6bcd4!8m2!3d0.9019925!4d-52.0029565>>. Acesso em: 10 dez. 2017a.

GOOGLEMAPS. **Mapa UBS-UNIFAP.** [2017]. Disponível em: <<https://www.google.com/maps/place/UBS+Unifap+-+Unidade+B%C3%A1sica+de+Sa%C3%BAde/@-0.0092872,-51.1590981,12z/data=!4m5!3m4!1s0x929e1e0ee14a0be1:0xfac221c4338223bf!8m2!3d-0.0092872!4d-51.0890621>>. Acesso em: 10 dez. 2017b.

GOOGLEMAPS. **Mapa Bogotá-Colombia.** [2017]. Disponível em: <<https://www.google.es/maps/place/Cundinamarca/@4.7777024,-75.0871292,402153m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x8e3f28eb1616af2b:0x933cbcb5fad108ed!8m2!3d5.026003!4d-74.0300122>>. Acesso em: 10 dez. 2017c.

GOOGLEMAPS. **Mapa Hospital Usaquen.** [2017]. Disponível em: <<https://www.google.com/maps/place/Hospital+de+Usaqu%C3%A9n/@4.6963457,-74.0328135,17.03z/data=!4m5!3m4!1s0x8e3f9aa81abfb0d:0xf744d9475132947e!8m2!3d4.6963457!4d-74.0306248>>. Acesso em: 10 dez. 2017d.

GUEDES DOS SANTOS, J. L. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013.

GUERRERO, R, et al. Sistema de salud de Colombia. **Revista Salud Pública Mexico**. v. 53, n. 2, p.144-155, 2011.

HERRERA, B.C. **La humanización en el servicio, como determinante en la cultura organizacional del sector salud.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidad Militar Nueva Granada, 2017.

HUERTAS P, C. **Percepción de las actividades de educación para la salud en un grupo de personas que asisten a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular:** Bogotá, DC. Tesis. 2011. xxf (Maestría en Enfermería) - Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Informação básica sobre recursos del sistema nacional de salud, 2001. **Revista Salud Pública Mexico**. v. 44, n. 5, p. 476-485, sep. 2001.

JIMÉNEZ, I. V. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. **Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior**, v. 3, n. 1, p.119-139, 2012.

KAWATA L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, n. 2, p.: 313-320, 2009.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874. 2011.

LOURENCO, M. R; TREVIZAN, M. A. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 14-19. 2001.

MACINKO, J. et al. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2/3, p. 76-84, 2007.

MATTA,G.; MOROSINI, M.V. **Atenção primária à saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

MARCELLINO, M. L. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. v.25, n.4, 2016.

MARILAF, C.; ALARCON, M.; ILLESCA, M. Rol del enfermero/a rural en la región de la Araucanía Chile: percepción usuarios y enfermeros. **Revista Ciencia y Enfermería**. v.17, n.2, 2011.

MEJIA L, M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. **Revista Index Enfermeria**. v.15, n. 54, p. 48-52, 2006.

MINAYO, M,C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1998.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **La artesanía de la investigación cualitativa**. Buenos Aires: Lugar editoria, 2009.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MONTEKIO, V.; MEDINA, G.; AQUINO, R. Sistema de salud de Brasil. **Revista Scielo México Salud pública**, v. 53, p. 120-131, 2011.

MORALES, R. M; MUÑOZ, M. A; CAPA, M. **Humanización en el ámbito sanitario: una mirada desde la enfermería de Atención Primaria de Salud**. Cafarnaum, 2012.

NAUREDER, M.; LIMA, M. Las prácticas de enfermeros en unidades básicas de salud en un municipio del sur de Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem** v.16, n.5, 2008.

NOGUEIRA, R. P. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 31-44.

OLIVEIRA, M.A; PEREIRA, L.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, p. 158-164. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atención Primaria de Salud 2018**. Disponível em <http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/>. Acesso em: 9 fev .2018.

_____. **La APS más Necesaria Que Nunca**. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf> Acesso em: 9 fev. 2018.

_____. **Declaración de Alma-ata 1978**. Disponível em <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518>. Acesso em: 9 mar. 2016.

_____. **Carta de Ottawa 1986**. Disponível em: <<http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

_____. **Determinantes e inequidades en salud 2012**. Disponível em: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es> Acesso em: 9 maio 2016.

_____. **La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de Salud Pública: Bases para el ejercicio**: profesional del siglo XXI. 2001 Disponível em/ <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0054.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

PAIM, J. et al. The Brazilian healthsystem: history, advances, and challenges. **Revista Lancet**, v. 377, n. 9779, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PITA, F.; PÉRTEGAS, D. S. Investigación cuantitativa y cualitativa. **Cadernos de Atención Primaria**, n. 9, p 76-78, 2002

POCRIFKA, H.U; CARVALHO, B.U; VOSGERAU, R. P. As contribuições do software atlas ti para análise documental. In: X CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Curitiba. **Anais**, 2011. Disponível em: <<http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnbr6023.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

POLARO, H.I.; GONÇALVES, H.T.; ALVAREZ, A.M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n.1, p. 160-177, 2013.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

RAMIREZ, P.; MÜGGENBURG, C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. **Revista Enfermería Universitaria**. v.12, n.3, p.134-143, 2015.

RESTREPO, D.; ORTIZ, L. Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS. Colombia. **Boletín de lo Ministerio de la Protección Social**, n. 2, dec. 2010.

RIVADENEIRA, G. A.; GRANADOS, P. F. Sistemas de salud: definiciones, componentes y evaluación. **Revista Monitor Estratégico**, n. 2, 2013.

ROCHA, S.; ALMEIDA, M. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de Enfermagem Ribeirão Preto**, v. 8, n. 66, p. 96-101, 2000

ROCHA, F. D. C.; ALBUQUERQUE, F. J. B.; MARCELINO, M. D. S. Aplicação da análise de conteúdo na perspectiva de Bardin em uma aproximação avaliativa do Pronaf-PB. **Boletim de Pesquisa e Desenvolvimento**, n. 201, mar. 2008

ROVERE, M. Atención Primaria de la Salud en Debate. **Revista Saúde debate**, v. 36, n. 94, p. 327-342, sep. 2012.

RODRIGUES, A. T. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: uma proposta de reorientação do modelo assistencial?** 2012. 172 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem da UFMG, 2013.

RODRÍGUEZ, J.; ABRIL, F. Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia. **Revista Avances en Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 217-227, 2014.

ROECKER, S., DENARDIN, M. L. B.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

ROSENSTOCK, Z. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4. p. 581-586, 2010.

ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Revista Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Med. Book, 2013.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Revista The lancet**, v. 344, n. 8930, p.1129-1133, oct. 1994.

SAMICO, I., et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 2, p. 229-240, 2005.

SANCHEZ, M, A. **Identificación de estrategias para la humanización y calidad en la prestación de los servicios de salud en Bogotá, Colombia.** Disertación (Maestría en salud pública) - Universidad Militar Nueva Granada, Facultad de Ciencias Económicas. Nueva Granada, 2017.

SILVA, A. H; FOSSÁ, M.I. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Revista Big Data**, v. 1, n. 1, p. 23-42, 2017.

TEIXEIRA, A. C. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes. **Revista Análise Psicológica**, v. 22, n. 3, p. 615-620, set. 2004.

TRINDADE, L.L. et al. Utilização do software Atlas. ti® para análise das cargas de trabalho na Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 6, Salamanca. **Revista Atas**. Salamanca: CIAIQ, 2017.

TORRES, E. J.; URBINA, L. O. La Enfermería en la Salud Pública Cubana. **Revista Cubana Salud Pública**, v. 35, n.1, 2009.

TRIVIÑOS, A.N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1994.

TUESCA, R.J. et al. Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia). **Revista Científica Salud Uninorte**, v. 31, n. 2, 2015.

VANEGAS; B. C. Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. **Revista Colombiana de Enfermería**, v. 5, p. 81-92, 2010.

VARGAS J; MOLINA G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 121-130, 2009.

VARGUILLAS, C. El uso de atlas.Ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido. Instituto pedagógico rural el mácaro. **Revista Laurus**, n. 12, 2006.

VASCONCELOS, R.; IZALTEMBERG, K.; NEVES, M. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 581-586, 2010.

VEGA, R. R.; ACOSTA, R. N. **Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Colombia.** Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2014.

VIGNOLO, Julio et al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. **Archivos de medicina interna**, v. 33, n. 1, p. 7-11, abr. 2011 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers.** Copenhagen: WHO, 1998.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Revista Texto e Contexto-Enfermagem**, v. 18 , n. 2, p. 249-257, 2009.

ZANELLI, J. C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 7, n. esp., p. 77-88, 2002.

ZANETTI, M. L. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p.779-780, 2015.

APÊNDICES**APÊNDICE A- ROTEIRO 1 - COLETA DE DADOS****ROTEIRO 1****Variáveis sociodemográficas**

- 1.Nome(iniciais): _____
- 2.Idade _____
- 3.Estado Civil _____
- 4.Situação Trabalhista: _____
- 5.Experiência laboral: _____
- 6.Especializações (*lato sensu*): sim() Não () Quais
Pós-graduação *stricto sensu*: mestrado, doutorado
- 7.Cargo _____
- 8.Tempo de formação (anos) _____
- 9.Tempo de trabalho na UBS (anos) _____

Renda Familiar:

- () <1 salário mínimo
- () 1 a 3 salários mínimos
- () 4 a 6 salários mínimos
- () >7 salários mínimos

APÊNDICE B- ROTEIRO 2 COLETA DE DADOS

ROTEIRO 2

1. Qual é sua experiência como enfermeiro no campo de atenção primária à saúde?
2. Você acredita que o papel da enfermagem na área de atenção primária à saúde é importante? Por quê?
3. Você acredita que está em total conformidade com a atenção básica em saúde sob as leis do seu país?
4. Você acredita que os recursos humanos de enfermagem e os recursos físicos são suficientes para satisfazer as necessidades apresentadas na área de atenção primária à saúde no lugar em que você trabalha?
5. Da sua perspectiva e experiência profissional de enfermagem, relate suas experiências, divergências e tudo o que acontece na área de atenção primária à saúde.
6. Qual é a perspectiva futura em relação ao trabalho desenvolvido na atenção primária em saúde?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO 466/2012

Responsável: Mestranda Edith Natalia Montaña Rodriguez

Orientadora: Profa. Dra. Anelli Celis de Cardenas

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**Percepção da atuação do enfermeiro na atenção primária no Brasil e na Colômbia**”. O objetivo geral deste trabalho é analisar a percepção e concepção do enfermeiro referente a seu papel na atenção básica em saúde no Brasil e na Colômbia. Os objetivos específicos são caracterizar os enfermeiros das unidades básicas de saúde no Brasil e na Colômbia, classificar e analisar as experiências e vivências desses enfermeiros, realizar uma análise comparativa das experiências dos enfermeiros nas unidades básicas dos seus respectivos países. O tipo de pesquisa é qualitativa, descritiva e comparativa, os instrumentos utilizados serão um roteiro de perguntas tipo entrevista, o método de análise é de conteúdo será utilizado para analisar os dados e dar um significado às respostas dos entrevistados para uma melhor compreensão e interpretação. Para realizar o estudo, será necessário que o (a) Sr.(a) se disponibilize a participar de entrevistas, agendadas a sua conveniência (de acordo com o seu horário disponível). Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, considerando a provável perda de confidencialidade ao participar deste estudo, contudo, todo o esforço será feito para proteger os dados e a confidencialidade de suas informações identificáveis.

Quanto aos benefícios da pesquisa, sua participação é valiosa porque vai fornecer informações importantes para o conhecimento do papel de enfermeiro na atenção primária e implementação de programas que visem à melhoria do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que atuam na atenção primária no Brasil e na Colômbia.

O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isso lhe traga

qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 e complementares.

Em virtude de as informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e a confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o(a) Sr.(a) receberá uma cópia. Seu nome e outras informações de identificação serão mantidos em arquivos bloqueados, disponíveis apenas para membros autorizados da equipe de investigação, pelo período de duração do estudo. Para quaisquer dados introduzidos em arquivos de computador, o único identificador será um número de identificação (ID) individual do estudo. Qualquer informação sobre a identidade pessoal e qualquer registro que ligue informações do estudo aos números de identificação serão destruídos quando o estudo estiver concluído.

As informações resultantes deste estudo serão utilizadas para fins de investigação e podem ser publicadas, no entanto, você não será identificado pelo nome, em qualquer publicação. Não será realizado nenhum tipo de ressarcimento ou indenização financeira pela participação neste estudo, entre os quais se inclui despesas de transporte, alimentação, diárias etc.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Edith Natalia Montaña Rodriguez, Universidade Federal do Amapá, campus Marco Zero; Rodovia Juscelino Kubitschek, km 02, Jardim Marco Zero, CEP: 68.903-419 Macapá-AP. Contato dos responsáveis pela pesquisa: (96) 981224084 ou e-mail: nrodriguez863@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Rodovia JK, SN – Universidade Federal do Amapá – *Campus Marco Zero*.

Consentimento livre e esclarecido:

Eu _____(nome por extenso), declaro que, após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada “ _____”.

Macapá, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Pesquisador ou pesquisadores

Nome por extenso

Instituição.....

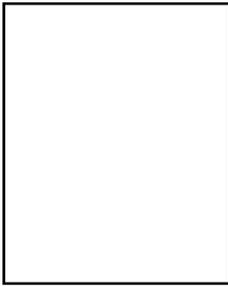
Cel: (XX)

e-mail:

Assinatura do participante da pesquisa

Caso o paciente esteja impossibilitado de assinar:

Eu _____, abaixo assinado, confirmo a leitura do Presente termo na íntegra para o(a) participante _____, o (a) qual declarou na minha presença a compreensão plena e aceitação em participar desta Pesquisa, o qual utilizou a sua impressão digital (abaixo) para confirmar a participação.



Polegar direito (caso não assine).

Testemunha nº1: _____

Testemunha nº2: _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

ANEXOS

ANEXO A- DECLARAÇÃO DE ALMA ATA 1978

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do

desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

1 - Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.

5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

ANEXO B- PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA COLÔMBIA

- a. **Universalidade.** Garantir a todas as pessoas o direito à saúde, independentemente da sua localização geográfica, *status* socioeconômico, gênero, identidade sexual, cultura, etnia, opção política ou regime, crença religiosa;
- b. **Equidade.** Ausência de diferenças injustas em situações de saúde, cumprimento de deveres e direito;
- c. **Complementariedade e competição.** Incentivo aos atores do sistema em diferentes níveis territoriais, complementando suas ações e recursos na realização dos fins de SGSSS e dando a segurança intersetorial depois de atingir o envolvimento positivo dos determinantes sociais da saúde;
- d. **Intercultural.** Reconhecimento a toda a população em sua identidade e autonomia, cosmovisão do mundo e da prática em razão de sua origem étnica, gênero ou identificação sexual e complementaridade entre eles;
- e. **Diferencial foco.** Reconhecimento da diversidade do país, por seu multiculturalismo, em que o SGSSS deve garantir os esforços tendentes a eliminar situações ou condições de discriminação e marginalização, conseguindo assim uma mudança efetiva, com o objetivo de alcançar a igualdade e, por conseguinte, uma vida digna;
- f. **Atenção integral.** É entendida como a resposta às necessidades de saúde individual, familiar e da comunidade através da integração de ações intersetoriais para promover a melhoria da situação em saúde, especialmente o componente orientado à promoção e prevenção;
- g. **Integrada e contínua atenção.** Disponibilidade de serviços para as pessoas em todos os níveis de complexidade, desde a prevenção, o diagnóstico precoce, curativos, reabilitação, cuidados paliativos e apoio para o autocuidado. Trata-se de um complemento abrangente, uma vez que, de um lado, exige uma coordenação entre todos os atores e setores com influência sobre os determinantes da saúde e, por outro lado, uma ação coordenada de redes integradas de serviços de saúde que garanta a satisfação das necessidades dos cuidados de saúde;
- h. **Participação social da comunidade e na tomada de decisões e igualdade de cidadania.** As pessoas são participantes nas decisões que afetam sua saúde e devem ser autônomas e informadas no que diz respeito à sua saúde e a de sua família.
- i. **Qualidade em serviços.** Os serviços devem ser competentes de acordo com as necessidades da população, com uma capacidade de antecipar os efeitos negativos e tratar todas as pessoas com dignidade e respeito, garantindo a intervenção apropriada para os problemas do indivíduo, da família e da comunidade, evitando, assim, qualquer dano colateral;
- j. **Sustentabilidade e irreversibilidade desde a estratégia da APS.** Obrigação do Estado Colombiano de que a estratégia da APS seja beneficiada com garantias institucionais necessárias e suficientes para se manter e adaptar-se às mudanças das condições no país e seus territórios;
- k. **Eficiência.** O bom uso dos recursos públicos, refletindo melhores resultados de saúde e a melhor relação custo-benefício;
- l. **Transparência.** As instituições, organizações, atores e setores têm o dever e o direito de gerar e visualizar informações válidas, confiáveis, oportunas e

facilmente acessíveis durante todo o processo relacionado com a estratégia de atenção primária à saúde, mas também propiciando as condições para que a comunidade possua canais que permitam às pessoas se informarem sobre o SGSSS.

- m. **Progressividade.** A estratégia da atenção primária à saúde tem como objetivo cobrir todos os grupos populacionais para os quais deverá desenvolver um plano nacional, com critérios de inclusão e participação dos principais atores e setores com influência sobre os determinantes da saúde, e estabelecer os pilares para garantir a sustentabilidade do progresso.

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO PELO CONEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIFICADO

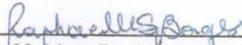
Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMARIA NO BRASIL E NA COLOMBIA
Pesquisador Responsável: EDITH NATALIA MONTAÑA RODRIGUEZ
CAAE: 62683416.6.0000.0003
Submetido em: 28/06/2017
Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA
Situação da Versão do Projeto: Parecer Consubstanciado Emitido (Aprovado)
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Número do Parecer: 2.155.682

Certificamos que o Projeto cadastrado está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em reunião realizada em 04/07/2017.

Macapá, 04 de julho de 2017

Raphaelle Souza Borges
Comitê de Ética em Pesquisa
Portaria 051/2015


Prof.^a Msc. Raphaelle Souza Borges
Coordenadora - CEP-UNIFAP
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa/PROPESPG
Portaria nº 051/2015

Universidade Federal do Amapá
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UNIFAP
Rod. JK km 2, Marco Zero CEP 68908-130 – Macapá – AP - Brasil
Email: cep@unifap.br

ANEXO D - INFORME DE CATEGORIZAÇÃO ATLAS.TI

(Atenção primária em saúde)

Informe criado por Natalia

Informe de códigos

Todos los (5) códigos



○ Comunicação

6 Citas:

1:9 melhorar a comunicação com os outros níveis para um trabalho integral..... (5331:5428) - D 1: BRA 1

melhorar a comunicação com os outros níveis para um trabalho integral que beneficie aos pacientes.

3:2 a parte das relações interpessoais, o vínculo que você estabelece com o paciente..... (1144:1346) - D 3: BRA 3

a parte das relações interpessoais, o vínculo que você com o paciente tudo é muito válido, engrandece a gente como ser humano, aprende a gente a viver, a olhar a vida, a entender o próximo é muito importante.

3:6 às vezes também tem que estar ali coordenando equipe técnica de enfer..... (2838:3072) - D 3: BRA 3

às vezes também tem que estar ali coordenando equipe técnica de enfermagem, fazendo aquela questão do intercâmbio entre um paciente e um médico, entre funcionário e um médico, outros profissionais que temos como nutricionistas, enfim.

3:9 paciente chega na UBS e geralmente ele não vai procurar o profissional..... (4318:4558) - D 3: BRA 3

paciente chega na UBS e geralmente ele não vai procurar o profissional médico, ele já chega conosco, a UBS é a porta de entrada, chega o paciente: “Gostaria falar com a enfermeira tal”...chega e aí fala com a gente, nós fazemos aquele acolhimento.

7:6 o enfermeiro é a pessoa acessível para estabelecer comunicação com as..... (1618:1694) - D 7: COL 2

o enfermeiro é a pessoa acessível para estabelecer comunicação com as pessoas

9:5 tive também oportunidade de coordenar equipes de atenção primária em s..... (1412:1693) - D 9: COL 4

tive também oportunidade de coordenar equipes de atenção primária em saúde formadas pelos enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, médicos, técnicos

em saneamento ambiental, trabalhadores sociais, entre outros, com a finalidade de detectar as necessidades da população.

○ Humanização

25 Citas:

1:1 a gente sempre aprendeu desde a faculdade que a gente tem que decidir..... (331:603) - D 1: BRA 1

a gente sempre aprendeu desde a faculdade que a gente tem que decidir a arte do cuidado com próximo através da enfermagem, evidenciada e a motivação de saber que, através de seu trabalho, você está fazendo o bem ao próximo, não só a questão da doença, mas também da saúde.

2:1 ajudar as pessoas, eu trabalho com a comunidade e eu tenho a oportunid..... (214:413) - D 2: BRA 2

ajudar as pessoas, eu trabalho com a comunidade e eu tenho a oportunidade de ajudar muitas pessoas desde meu trabalho e eu acho que isso é o que mais me motiva a continuar trabalhando com a enfermagem.

2:9 os pacientes relatam que preferem vir aqui a nossa unidade, né, em vez..... (4050:4326) - D 2: BRA 2

os pacientes relatam que preferem vir aqui a nossa unidade, né, em vez de outro lugar porque sabem do nosso bom trabalho e nossa qualidade e aí eu acredito que isso mostra um pouco do que nós como profissionais também, nosso trabalho tem sido bem-feito apesar das dificuldades.

3:1 porque ser enfermeiro é muito importante para o sistema de saúde, né, e..... (286:815) - D 3: BRA 3

porque ser enfermeiro é muito importante para o sistema de saúde, né, e é algo que eu gosto e por ser dessa profissão eu acredito que a pessoa tem que ter um dom, de servir ao próximo se importar qual é a saúde do ser humano, né. Então tem que às vezes a gente deixa um pouquinho de lado a importância com nós mesmos para poder orientar, conciliar e cuidar de fato de outro ser humano, então é uma profissão muito bonita, admirável, então essas coisas me levaram a gostar dessa profissão que inicialmente não tinha predileção.

3:3 sou funcionária pública, a gente se sente muito na responsabilidade de..... (1383:1818) - D 3: BRA 3

sou funcionária pública a gente se sente muito na responsabilidade de sempre estar prestando aquele cuidado um melhor impacto o paciente, graças a Deus, tenho conseguido isso, tanto que tem pacientes que só gostam ser atendidos por mim, então é muito gratificante você tem esse reconhecimento pelo seu trabalho e não só do paciente, mas também de equipe de uma forma geral, o respeito então eu me sinto motivada e está tudo certo tem gostado.

6:1 Eu gosto do trabalho na comunidade, todas as atividades e serviços são..... (6:262) - D 6: COL 1

Eu gosto do trabalho na comunidade, todas as atividades e serviços são dirigidos não só a detectar, também na educação ofertada ao paciente, também considero que é uma das profissões que está mais aberta e disposta a oferecer serviços na comunidade em geral.

6:2 Que os pacientes se sintam bem atendidos na consulta, que saiam felizes..... (267:488) - D 6: COL 1

Que os pacientes se sintam bem atendidos na consulta, que saiam felizes e voltem de novo, identificar que seu trabalho como profissional está bem-feito, que voltem para pedir informação, que como enfermeira posso transmitir.

6:7 creio que as leis e normas de nosso país não proporcionam equidade em..... (2034:2369) - D 6: COL 1

creio que as leis e normas de nosso país não proporcionam equidade em saúde, os profissionais de saúde estamos prejudicados e não podemos ofertar uma atenção com qualidade necessária para poder cumprir com os parâmetros que o paciente merece e requer, porque é mais importante diminuir custos que dar uma atenção amável e de qualidade.

6:11 acho que como profissional de saúde posso colaborar com a educação de..... (2959:3130) - D 6: COL 1

acho que como profissional de saúde posso colaborar com a educação de muitos pacientes que precisam de meu conhecimento, isso é satisfatório, poder contribuir coma comunidade

7:1 acho que como enfermagem a gente tem uma maior responsabilidade e tamb..... (127:231) - D 7: COL 2

acho que como enfermagem a gente tem uma maior responsabilidade e também gosto do contato com as pessoas.

7:2 satisfação pessoal, a motivação econômica acho que não porque o salari..... (304:450) - D 7: COL 2

satisfação pessoal, a motivação econômica acho que não porque o salário de uma enfermeira não é suficiente para todo o trabalho que ela desempenha.

7:5 pela nossa formação permite ser educador, cuidador, também ajudar a de..... (1273:1596) - D 7: COL 2

pela nossa formação permite ser educador, cuidador, também ajudar a detectar doenças e também prevenir, acho que é um pilar fundamental, já que nós temos uma vocação de serviço para as pessoas, gostamos de ensinar, acho que se a gente trabalha na atenção primária é porque gosta de ensinar, zelar pelo bem-estar da comunidade.

7:7 acho que tem demora no tempo de atendimento, isso faz que não ten..... (1706:2072) - D 7: COL 2

acho que tem demora no tempo de atendimento, isso faz que não tenham uma boa prestação de serviço, tem muitas limitantes como, por exemplo, oportunidade de

citadas, barreiras de acesso, apesar de que atualmente o Distrito agrupou toda a cidade em quatro sub-redes nas quais se uma pessoa fica em uma sub-rede pode ir nesses hospitais que encontram-se dentro da sub-rede

7:11 Eu creio que os pacientes têm muitas barreiras de acesso para agendame..... (3312:3817) - D 7: COL 2

Eu creio que os pacientes têm muitas barreiras de acesso para agendamento de consultas, autorizações e outras coisas, por isso não é possível cumprir as metas que estão propostas. Dentro de minha experiência, eu trabalho com famílias vulneráveis nessas famílias que são de baixa renda, eles não tem dinheiro para ir aos hospitais, tampouco para alimentos, isso é limitante muito mais em mulheres grávidas e crianças porque, por exemplo, eles geralmente sofrem de baixo peso, então tem mortalidade é muito ruim.

7:12 na área da cidade que eu trabalho, é evidente a falta de recursos e poi..... (3820:4227) - D 7: COL 2

na área da cidade que eu trabalho, é evidente a falta de recursos, pois também em parte é culpa das famílias porque eles não procuram trabalho formal sempre geralmente procuram emprego informal, procuram viver com a ajuda que o governo dá, essas ajudas devem servir para cobrir as necessidades de toda a família quando isso não deve ser desse jeito, porque é uma ajuda para as crianças, acho bastante difícil.

7:13 É muito ruim porque, devido ao que acontece na atualidade, forçar a uma..... (4306:4627) - D 7: COL 2

É muito ruim porque, devido ao que acontece na atualidade, forçar uma pessoa a fazer o trabalho de dois ou três pessoas mas, por exemplo, alguma consulta que deva realizar então a pessoa tem que fazer em dobro o trabalho e aí só recebe o salário como se fosse trabalho de uma pessoa, então acho muito ruim isso.

7:14 o governo foi agilizar o tempo de atendimento em consulta então o que..... (4903:5246) - D 7: COL 2

o governo foi agilizar o tempo de atendimento em consulta então o que acontece é deve-se atender mais pacientes no passar do dia e aí limita muito os profissionais de saúde, mas isso fala a lei, como falei, o tipo de contratação é ruim, as condições para os profissionais que precisam desenvolver seu trabalho em atenção primária não são boas .

8:1 Porque a enfermagem é amor ao próximo ao que fazemos por as pessoas, n..... (7:330) - D 8: COL 3

Porque a enfermagem é amor ao próximo ao que fazemos pelas pessoas, não é só o uma mulher ou um homem vestido de branco com chapéu, ele deve ser um ser humano integral, que aprenda a compreender e satisfazer as necessidades e sentimentos dos pacientes, como isso quero dizer que deve ser uma provedora de cuidados e compreensão.

8:2 A principal motivação e o mais gratificante é o poder ajudar e salvar..... (335:542) - D 8: COL 3

A principal motivação e o mais gratificante é o poder ajudar e salvar a alguém sem ter um profissional médico ao lado, é acabar um dia difícil com o sorriso ou com a gratidão da família e do paciente mesmo.

8:4 contato com o paciente, o atendimento, a qualidade no atendimento faz..... (941:1041) - D 8: COL 3

contato com o paciente, o atendimento, a qualidade no atendimento faz com que minha experiência seja boa.

9:1 O amor pelo que eu faço, a motivação é o trabalho com a comunidade, o..... (172:335) - D 9: COL 4

O amor pelo que eu faço, a motivação é o trabalho com a comunidade, o fato de poder ajudar as pessoas, as comunidades, o fato de ajudar a gerenciar sua própria saúde.

9:3 de oito anos, os quais têm sido muito bons porque consegui atender a..... (897:1110) - D 9: COL 4

de oito anos, os quais têm sido muito bons porque consegui atender às necessidades específicas das pessoas, eu gosto que elas se sintam escutadas, agradecidas com o atendimento, gosto de receber o sorriso, gratidão.

9:6 é muito importante porque oferece muita educação para o cuidado e melho..... (1705:2040) - D 9: COL 4

é muito importante porque oferece muita educação para o cuidado e melhoramento da qualidade de vida, eu considero que nossa profissão tem um foco preventivo e deve estar orientado ao cuidado da saúde, temos maior possibilidade de um contato direto com a comunidade e ajudar a educar para que criem seus próprios hábitos de vida saudáveis.

10:1 em verdade, eu amo minha profissão, não arrependo me de estudar enferma..... (205:335) - D 10: COL 5

em verdade, eu amo minha profissão, não arrependo me de estudar enfermagem porque realmente sou muito apaixonada pelo que eu faço.

10:2 Poder oferecer um acompanhamento e discernimento, guia e ajuda a uma pe..... (340:923) - D 10: COL 5

Poder oferecer um acompanhamento e discernimento, guia e ajuda a uma pessoa que está passando por uma experiência de dor, física ou social e emocional eu espero que isso seja uma oportunidade de aprendizagem para sua evolução como ser humano, também é como falei anteriormente amo meu trabalho, minha profissão poder ajudar a uma pessoa me faz sentir uma satisfação de ser enfermeira, é uma vocação, se uma enfermeira não está para atender uma pessoa, definitivamente o melhor é que não seja enfermeira, porque para isso estuda uma enfermeira para poder ofertar serviço às pessoas.

12 Citas:**1:6 tem funcionários mais antigos, então alguns já estão se aposentando, en..... (4142:4513) - D 1: BRA 1**

tem funcionários mais antigos, então alguns já estão se aposentando, então já não vêm trabalhar com maior frequência, então tenho déficit de funcionários que já estão terminando e aposentando e que não têm a mesma força de vontade do início de seu trabalho, então que tem muitas vezes que eu tenho déficit para fazer um trabalho de enfermagem com equipe de trabalho.

1:8 Sempre procuro trabalhar dentro do que precisa, também tento semp..... (5047:5267) - D 1: BRA 1

Sempre procuro trabalhar dentro do que precisa, também tento sempre estar atualizada, creio que a experiência é muito boa, tem muito aprendizagem diário apesar de ter pouco tempo de trabalho, é uma experiência ótima.

2:3 tem bastante autonomia como enfermeiro e bastante liberdade para a gen..... (469:642) - D 2: BRA 2

tem bastante autonomia como enfermeiro e bastante liberdade para a gente trabalhar, não somos cobrados de uma forma ruim e fazemos nosso trabalho bem e somos bem reconhecidos por isso.

2:6 o enfermeiro na atenção primária geralmente ele é um líder da equ..... (2434:2754) - D 2: BRA 2

o enfermeiro na atenção primária geralmente ele é um líder da equipe, então o enfermeiro é muito importante devido a isso essa visão geral de serviço na sua área, coordenar a equipe de enfermagem, coordenar com outros profissionais dentro de um serviço eu acho que a importância de enfermeiro esta principalmente aí.

2:7 desempenho dentro da unidade os papéis e as funções que estão vinculad..... (2783:3098) - D 2: BRA 2

desempenho dentro da unidade os papéis e as funções que estão vinculadas ao enfermeiro, como enfermeiro aqui dentro procuramos fazer sempre o correto e aí todos os procedimentos que fazemos estão em conformidade com o papel legal dentro das leis de nosso país, aqui fazemos só o que é permitido ao enfermeiro fazer.

3:17 são várias coisinhas que a minha experiência profissional poderia ser..... (7724:7928) - D 3: BRA 3

são várias coisinhas que a minha experiência profissional poderia ser melhor, mas não é por causa desses problemas, mas também a gente tem que ser perseverante, tem que acreditar que vai melhorar também.

3:18 espero que o trabalho melhore, que ocorra mesmo uma ampliação uma refor..... (7952:8456) - D 3: BRA 3

espero que o trabalho melhore, que ocorra mesmo uma ampliação, uma reforma aqui dessa unidade para que a gente possa atender melhor e aumente também essa demanda porque nós temos uma demanda muito grande aqui na atenção primária na UBS, ou seja, poderia ser melhorada em função dessas outras coisas, eu também

espero que ocorra uma valorização maior do enfermeiro, da enfermagem, valorização tanto interna de capacitação, que o governo olhe mais o profissional, mas são as melhores ainda tem esperança.

6:10 O importante conseguir acabar com as barreiras que existem e assim mesmo..... (3260:3598) - D 6: COL 1

O importante é acabar com as barreiras que existem e assim mesmo melhorar a atenção, também recuperar o papel da enfermagem nas unidades básicas porque assim a disciplina não perde sua essência. Também poder contribuir como enfermeiros para nosso país onde as leis tenham como prioridade atenção em saúde em todos os aspectos do ser humano.

7:16 o Distrito também a Secretaria de Saúde quem deve monitorar tudo o que..... (5933:6366) - D 7: COL 2

o Distrito também a Secretaria de Saúde quem deve monitorar tudo o que acontece como a atenção primária e garantir que as EPSs tenham atenção primária, porque não é atrás de uma mesa de trabalho esperando que os pacientes cheguem que vai se conseguir uma mudança na atenção primária em saúde e em geral no Distrito, devem formar leis, prevenir as barreiras de acesso, buscar cumprir as metas e desenvolver meu trabalho da melhor forma.

8:8 A perspectiva é poder obter um melhor atendimento, diminuir as barreir..... (2469:2740) - D 8: COL 3

A perspectiva é poder obter um melhor atendimento, diminuir as barreiras de acesso e cumprir com as metas, desse jeito desenvolver da melhor forma meu trabalho, também que se estructurem leis que sejam mais objetivas em benefício do paciente e não das instituições como as EPSs.

9:10 Eu desejo que não tenham tantas barreiras administrativas às pessoas e..... (4312:5041) - D 9: COL 4

Eu desejo que não tenham tantas barreiras administrativas às pessoas e poder cumprir plenamente de acordo as leis de meu país, é um grande desafio ao trabalho tem muito por fazer, por trabalhar em atenção primária, não é só função de saúde, não é só educação, não é só função social, não aplica só em encher de ajudas governamentais as pessoas e ser assistenciais, deve-se impactar todos os espaços da vida cotidiana dessas pessoas, no âmbito laboral, escolar, familiar, comunitário, abordar integralmente para ter um real impacto e com programas que transcendam não só em um período de três ou quatro anos de uma prefeitura ou um governo de uma presidência, devem ser programas e estratégias sustentáveis ao longo do tempo.

10:8 O sonho ideal que o sistema de saúde mude em nosso país, implementem-se..... (3085:3591) - D 10: COL 5

O sonho ideal que o sistema de saúde mude em nosso país, implementem-se melhores oportunidades ou sistema mude ou POS mude, algumas leis mudem, alguns direitos, por exemplo, os medicamentos sejam de melhor qualidade, mudem alguns direitos, os recursos humanos aumentem, as consultas não tenham só 20 minutos para o atendimento dos pacientes com o fim de cobrir as necessidades das pessoas, porque as consultas hoje em dia só são para cumprir metas e não para cumprir as expectativas com as que as pessoas chegam.

○ Prevenção e promoção em saúde

29 Citas:

1:2 atenção básica atenção primária em saúde que o pré-natal, tratamento d..... (1365:1654) - D 1: BRA 1

atenção básica atenção primária em saúde que o pré-natal, tratamento de diabéticos, hipertensos, obesos, tabagistas, entre outros, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero, curativos entre outros trabalhos que a gente desempenha bem como também o trabalho da administração.

1:3 eu gosto de trabalhar com atenção primária em saúde, porque a gente es..... (1938:2100) - D 1: BRA 1

eu gosto de trabalhar com atenção primária em saúde, porque a gente está trabalhando na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na recuperação da saúde também.

1:4 Eu acho de suma importância atenção primária em saúde, a área que é u..... (2108:2747) - D 1: BRA 1

Eu acho de suma importância atenção primária em saúde, a área que é um pilar dentro da pirâmide das especialidades, então se não fosse atenção primária em saúde importante teria os hospitais estariam superlotados mais do que já estão, né, os ambulatórios então aqui é a base a gente tem que trabalhar para prevenir, e o pilar mais importante dentro da atenção à saúde e a gente tem que fazer um bom trabalho para que diminua esses casos principalmente de doenças crônicas, a gente tem que trabalhar principalmente através de educação em saúde dentro da atenção primária para estar prevenindo esses agravos e conseqüentemente as doenças.

2:2 gosto da saúde da família a gente não trabalha diretamente com a equip..... (839:1029) - D 2: BRA 2

gosto da saúde da família a gente não trabalha diretamente com a equipe de saúde da família mais é uma área que eu pretendo, se tiver a oportunidade de trabalhar, pretendo trabalhar nessa área.

2:10 no Brasil, a gente tem estratégias da saúde da família cada vez mais te..... (4338:5101) - D 2: BRA 2

no Brasil, a gente tem estratégias da saúde da família cada vez mais tem substituído a unidade de saúde no formato que era feito antes, então atenção primária em saúde no Brasil antes de modificar em esse sentido onde a estratégia que era feita anos atrás que era focada na unidade, não era focada na comunidade, a estratégia de saúde da família a unidade não fica mais num prédio, vai para a comunidade a buscar um paciente que está precisando uma assistência, né, então na minha perspectiva futura é isso, né, que cada vez mais a gente consiga que a unidade vá atrás de fato do paciente procura qual é a necessidade da comunidade daquela população que mora ali e cada vez mais aprender de fato, por exemplo, aqui na nossa área, a gente tem algumas áreas descobertas.

2:11 trazer principalmente populações que não acostumam a vir por exemplo c..... (5354:5627) - D 2: BRA 2

trazer principalmente populações que não acostumam a vir, por exemplo, como homens que são mais difíceis, crianças, então minha perspectiva são essas que cada vez mais a estratégia da saúde da família possa se desenvolver e abranger cada vez mais os territórios de maior risco.

3:4 mas como atenção básica eu senti uma necessidade muito grande de fazer..... (2090:2407) - D 3: BRA 3

mas como atenção básica eu senti uma necessidade muito grande de fazer obstetrícia porque envolve pré-natal assistência saúde da mulher e hoje na atenção primária a saúde aqui no Brasil, e muito focada a saúde da mulher, então é uma área que eu gosto tem de criança, pré-natal, puerpéra, essa parte de saúde da mulher.

3:5 um enfermeiro na unidade básica de saúde ele exerce várias funções, el..... (2417:2787) - D 3: BRA 3

um enfermeiro na unidade básica de saúde ele exerce várias funções, ele está em muitos momentos no atendimento dentro do consultório, atendimentos diversos programas desde crianças, puerpério, planejamento familiar, doenças crônicas, diabetes, tuberculose, todos esses programas, a gente também trabalha em apoio com a saúde da família para fazer ações, educação em saúde.

3:7 voltadas para o público focada na prevenção na saúde então engloba vár..... (3422:3673) - D 3: BRA 3

voltadas para o público focada na prevenção na saúde então engloba várias coisas, vacinação, educação em saúde, palestras, atendimento ambulatoriais, prevenção por exemplo uma gravidez não desejada, um planejamento familiar, tem todos esses programas.

3:8 eu consigo atender um pouquinho de cada coisa relacionada ao atendimen..... (3738:3999) - D 3: BRA 3

eu consigo atender um pouquinho de cada coisa relacionada ao atendimento primário, para quem não vem a sobrecarregar aos setor secundário em saúde, então a gente tenta resolver os problemas de nossos usuários aqui, então é essa questão de atender de forma geral.

3:11 se vamos classificar o paciente conforme ao risco todinho e encaminhar..... (4565:4935) - D 3: BRA 3

se vamos classificar o paciente conforme ao risco todinho e encaminhar com uma consulta com o nutricionista, vamos encaminhar para um exame, ou um atendimento de urgência medica o se foi um atendimento de uma cirurgia nos agendamos, enfim nós estamos ali, é muito importante o papel de enfermeiro porque aquela parte mesmo de cuidado inicial do paciente e não só inicial.

3:13 nós estamos desde o início de atendimento até o final, atendimento a c..... (5060:5610) - D 3: BRA 3

nós estamos desde o início de atendimento até o final, atendimento a criança, crescimento e desenvolvimento, também a primeira pessoa que eles procuram a

mulher volta da maternidade são os enfermeiros, tem uma consulta de várias fichas uma consulta demorada e fazemos o agendamento para consulta para retorno conosco e assim vamos, até essa criança atingir uma maioridade e quando volta para adolescente para planejamento familiar e assim vai decorrer toda a vida então tem todo esse atendimento mesmo pelo o enfermeiro ali fortemente.

4:1 Atendimento direto ao cliente com ações de promoção da saúde e prevenç..... (110:193) - D 4: BRA 4

Atendimento direto ao cliente com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

4:2 Atendimento em planejamento, demanda reprodutivo, pccu, pré-natal doen..... (198:323) - D 4: BRA 4

Atendimento em planejamento, demanda reprodutivo, pccu, pré-natal doenças crônicas, realização de testes rápidos e imunização

6:3 acho que o trabalho na comunidade e tudo o que acontece com as unidades..... (834:1139) - D 6: COL 1

acho que o trabalho na comunidade e tudo o que acontece com as unidades básicas de saúde a promoção a prevenção é uma questão dirigida às pessoas mais vulneráveis, por exemplo, atenção a idosos, recém-nascidos, grávidas, planejamento familiar, por isso acho que a área de da atenção primária é muito bonita.

6:4 tenho atividades administrativas e assistenciais, programas como plane..... (1223:1452) - D 6: COL 1

tenho atividades administrativas e assistenciais, programas como planejamento familiar, atendimento ao paciente com doenças crônicas, crescimento e desenvolvimento, vacinação, curso de preparação para a maternidade e paternidade.

6:5 consultas de promoção e prevenção que tem nas unidades básicas de saúd..... (1473:1794) - D 6: COL 1

consultas de promoção e prevenção que tem nas unidades básicas de saúde como, por exemplo, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento, atendimento ao paciente com doenças crônicas, curso de preparação para a maternidade e paternidade, entre outras atividades administrativas como reporte do serviço de imunização.

6:6 acho que é de suma importância para a área de atenção primária, pois n..... (1803:2024) - D 6: COL 1

acho que é de suma importância para a área de atenção primária, pois nosso processo não só é assistencial é ademais educativo porque é a principal ferramenta que podemos implementar com os pacientes desde atenção primária.

7:3 desempenho atividades assistenciais e administrativas, como educação a..... (894:1088) - D 7: COL 2

desempenho atividades assistenciais e administrativas, como educação a famílias de baixa renda em prevenção de doenças, saúde familiar de um jeito integral desde o entorno onde eles se encontrem.

7:4 Atividades em programas como consulta de crescimento e desenvolvimento..... (1093:1263) - D 7: COL 2

Atividades em programas como consulta de crescimento e desenvolvimento, pré-natal, assessoria para HIV, PCCU, oferecer ações de promoção e prevenção a famílias vulneráveis.

7:15 se você não explica a alguém qual é o objetivo da consulta de crescime..... (5330:5868) - D 7: COL 2

se você não explica a alguém qual é o objetivo da consulta de crescimento e desenvolvimento por exemplo não faz nada porque as mães não levam seus filhos ou se você não explica porque a importância da vacinação, ou não fala a um idoso a importância das consultas de doenças crônicas não está cumprindo o objetivo, então até que nós não consigamos atingir essa transformação real nas famílias, não vamos lograr que as pessoas assistam a atenção primária porque isso é o que se pretende aumentar uma consulta para prevenir doenças futuras.

8:3 Detecção cedo, prevenção de câncer de colo de útero (727:777) - D 8: COL 3

Detecção cedo, prevenção de câncer de colo de útero.

8:5 o primeiro contato com o usuário, também porque oferece educação por exem..... (1152:1383) - D 8: COL 3

o primeiro contato com o usuário, também porque oferece educação por exemplo em hábitos de vida saudáveis, prevenção de doenças para diminuir o risco que leva por exemplo um não seguimento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

9:2 estou a cargo dos diferentes programas concernentes à enfermagem (consu..... (676:874) - D 9: COL 4

estou a cargo dos diferentes programas concernentes à enfermagem (consulta externa, mulheres grávidas, consulta de crescimento e desenvolvimento e curso de preparação para a maternidade e paternidade).

9:4 trabalho com mulheres grávidas, consulta de crescimento e desenvolve..... (1166:1409) - D 9: COL 4

trabalho com mulheres grávidas, consulta de crescimento e desenvolvimento, planejamento familiar, prevenção de doenças de transmissão sexual, leitura das necessidades da comunidade, saneamento ambiental, agricultura urbana, participação social.

9:9 eu posso ver que cada dia aumentam mais os registros e se diminui o te..... (3137:3971) - D 9: COL 4

eu posso ver que cada dia aumentam mais os registros e se diminui o tempo de atendimento, discrepo em que os usuários tenham barreiras de acesso em seu atendimento, por outro lado considero que se não começamos a ter em conta a prevenção primária, secundária e terciária, com isso quero dizer prevenção primária fazer a citologia de colo de útero criar uma consciência numa mulher de fazer o teste, ou que no caso ela fez seu teste regularmente mas saiu alguma anormalidade e foi ordenada pelo médico uma colposcopia garantir a ela seu procedimento isso é

prevenção secundária e se tivesse anormalidade em seu procedimento garantir seu tratamento e fazer cauterização o que ela precise e em prevenção terciária se foi tardia a detecção de câncer de colo de útero garantir um tratamento para evitar complicações em doenças terminais.

10:3 estou a cargo de coordenar todo o posto de saúde, exercendo várias ati..... (1188:1512) - D 10: COL 5

estou a cargo de coordenar todo o posto de saúde, exercendo várias atividades assistenciais, administrativas, entre outras, trabalho com a Lei 4.505 (encarregada de saúde pública e os registros), trabalho com consulta de doenças para pacientes com diabetes e hipertensão, a ideia é manter um estilo de vida saudável nas pessoas.

10:4 gerando atividades de promoção e prevenção, atividades educativas onde..... (1586:1780) - D 10: COL 5

gerando atividades de promoção e prevenção, atividades educativas onde se modificam hábitos de alimentação, atividade física, tempos livres, parte emocional e cognitiva pero geralmente educativa.

10:5 pela educação ofertada e que com isso a gente alcança a mudança de atitu..... (1790:2188) - D 10: COL 5

pela educação ofertada e que com isso a gente alcança a mudança de atitude e hábitos de vida na população, é fundamental a enfermeira porque ela está formada na parte fisiológica ao igual que os profissionais médicos, mas profundeza mais na questão do atendimento em saúde e os cuidados precisamente para isso para ajudar a uma pessoa através da educação na prevenção de complicações por suas doenças.

○ **Recursos**

22 Citas:

1:5 I não consigo oferecer um serviço dentro da legislação porque eu preci..... (3117:3779) - D 1: BRA 1

Não consigo oferecer um serviço dentro da legislação porque eu preciso de insumos, eu preciso de espaço físico de uma boa condição para oferecer para um paciente um serviço na unidade que ai já não cabe a mim como profissional, a questão principalmente é de falta de material a gente tem bastante curativo aqui principalmente de grande complexidade que agente atende aqui, mais nem sempre tem material então o paciente tem direito de ter seu curativo bem-feito sem custo nenhum para ele, o custo é do estado mais nem sempre tem o material, mas tem a mão de obra, né, o recurso humano, não tem material então é aí a gente não consegue seguir com essa legislação.

1:7 em relação a recursos físicos não me satisfazem nem um pouco porque nos..... (4525:5041) - D 1: BRA 1

em relação a recursos físicos não me satisfazem nem um pouco porque nossa unidade ela nunca teve uma reforma, a nossa instalação não é adequada para o atendimento em este momento a questão a sala de curativos, sala de vacinas, a sala de PCCU, e em

quanto a minhas condições como profissional eu não tenho uma copa, não tenho uma água disponível eu trago de minha casa, realmente não me satisfaz em quanto espaço físico também tanto como profissional como para oferecer no uso horário a quem frequenta nossa unidade.

2:4 aqui em Macapá, muitos problemas de recursos, problemas de tipo de SUS..... (1476:1827) - D 2: BRA 2

aqui em Macapá, muitos problemas de recursos, problemas de tipo de SUS materiais, problemas em quanto a recursos humanos e isso atrapalha bastante nosso trabalho, então pelo menos aqui a gente tem vários enfermeiros e técnicos de enfermagem que tem a vontade de fazer um bom trabalho e a gente acaba sendo obstruído digamos assim pela falta de recursos.

2:5 a estrutura física de nossa já é um problema para a gente, a gente tem..... (1885:2247) - D 2: BRA 2

a estrutura física de nossa já é um problema para a gente, a gente tenta fazer o trabalho mais impossível ajudando de um jeitinho ali e assim, a gente tenta continuar trabalhando da melhor forma e tenta fazer as coisas devidamente, mais a principal dificuldade que temos é dificuldade de espaço, tem às vezes dificuldades com os recursos não tem estrutura certa.

2:8 nossa unidade a gente tem bastante problemas dificuldade com os recurso..... (3116:3762) - D 2: BRA 2

nossa unidade a gente tem bastante problemas dificuldade com os recursos humanos, nós temos um número de enfermeiros comparado ao que existia antes, só tinha dois enfermeiros que trabalhavam na UBS, agora somos sete então tem uma melhora dessa quantidade de enfermeiros, mas ainda não é um número ideal para a demanda que a gente tem aqui nossa unidade, e principalmente a quantidade de técnicos de enfermagem não é a ideal, a gente precisaria de mais técnicos de enfermagem visando a nossa demanda que é muito grande em nossa unidade, e aí gente não tem um número ideal que seria bom para fazer um bom trabalho, né, que não sobrecarregasse ninguém.

3:14 muita coisa já avançou mais ainda falta muita coisa para acontecer, as..... (5840:6089) - D 3: BRA 3

muita coisa já avançou mais ainda falta muita coisa para acontecer, as leis precisam ser melhoradas a atenção básica ainda muitas coisas que ser melhoradas, exemplo recursos humanos, materiais mais eu acredito que com o passar o tempo vai chegar lá.

3:15 o enfermeiro aqui na unidade de trabalho foi feito um estudo, foi con..... (6100:6436) - D 3: BRA 3

o enfermeiro aqui na unidade de trabalho foi feito um estudo, foi constatado que para atender de forma eficiente a unidade é necessário uns 21 enfermeiros temos sete, então percebe essa carência de recursos humanos e hoje nós trabalhamos com técnicos de enfermagem que já tem uma idade logo se vão aposentar e outros que estão chegando

3:16 necessita de mais recursos humanos e físicos principalmente a demanda..... (6480:7182) - D 3: BRA 3

necessita de mais recursos humanos e físicos principalmente a demanda é muito grande, a gente percebe de corredor estreito, há salas até algumas são amplas, o profissional não dispõe de uma copa grande então tem vários problemas às vezes funciona uma coisa por exemplo um ar-condicionado funciona mas outro já não está funcionando, então são várias coisas que precisam ser melhorados recursos financeiros, recursos humanos e de materiais também falta muito material se a gente quer trabalhar tem que fazer uma coleta, por exemplo, falta um espelho, também a questão dos papéis necessários no trabalho se também temos que fazer uma cópia porque se disponha só a do município então acho que é difícil.

4:3 se a estrutura física e o direcionamento de pessoal de enfermagem, fos..... (469:604) - D 4: BRA 4

se a estrutura física e o direcionamento de pessoal de enfermagem, fossem respeitadas, as políticas de saúde seriam muito mais efetivas.

5:1 Na estrutura física, melhorar o prédio da UBS, consultórios médicos, c..... (713:869) - D 5: BRA 5

Na estrutura física, melhorar o prédio da UBS, consultórios médicos, consultórios de enfermagem, bebedouros, sala de curativos, suturas, ar-condicionado etc.

5:2 Enquanto o pessoal Desenvolver recursos para continuar com o trabalh..... (871:983) - D 5: BRA 5

Enquanto o pessoal

Desenvolver recursos para continuar com o trabalho, pois se faz muito com o pouco que se tem.

6:8 não há oportunidade de emprego para tantas pessoas que se forma cada s..... (2398:2911) - D 6: COL 1

não há oportunidade de emprego para tantas pessoas que se forma cada semestre, pois sempre fazem solicitude de experiência e isso não é fácil, os serviços de atenção primária não tem pessoal suficiente, para as atividades, porque o que se olha é que as funções estão recarregadas para um profissional com o fim de não contratar mais pessoas, ademais acho que a os serviços de atenção primária não tem a suficiente importância para o governo tampouco o recurso físico para oferecer um excelente serviço de saúde.

6:9 Além disso, há muitas barreiras de acesso em saúde, isso impede que seja..... (3133:3254) - D 6: COL 1

Além disso, há muitas barreiras de acesso em saúde isso impede que sejam prestados adequados e oportunos serviços de saúde.

7:8 acho que falta uma melhor contratação e salário para as pessoas que tr..... (2113:2380) - D 7: COL 2

acho que falta uma melhor contratação e salário para as pessoas que trabalham na área de atenção primária porque, por exemplo, contratam uma pessoa hoje ela vai ficar cansada e sobrecarregada de trabalho e também sua carga horária é muito extensa então acaba desmotivado.

7:9 devido a que tem poucos enfermeiros estão delegando muitas atividades..... (2390:2531) - D 7: COL 2

devido a que tem poucos enfermeiros estão delegando muitas atividades aos técnicos de enfermagem, acho que isso não deve ser desse jeito.

7:10 Sempre vai ter escassez de recursos em todos os hospitais especialmente..... (2532:3306) - D 7: COL 2

Sempre vai ter escassez de recursos em todos os hospitais especialmente nos hospitais do Distrito, vão ter déficit nos recursos por que o dinheiro do investimento da prefeitura o qual é o ente que administra os diferentes programas e desde a Secretaria de Saúde quem faz a projeção não é suficiente, nem o recurso humano, nem o recurso físico, também na parte de contratação para os empregados e seu salário não é adequado e aí isso faz que o pessoal desista pelo esgotamento causado por horários extensos, excesso de trabalho. Nos recursos físicos, a infraestrutura não é suficiente, os consultórios, por exemplo, na escala se encontra estragada sempre tem algo que não funciona e isso reflexa uma prestação demorada dos serviços de saúde em na atenção primária principalmente.

8:6 para mim, é suficiente sempre e quando sejam utilizados adequadamente,..... (1667:2056) - D 8: COL 3

para mim, é suficiente sempre e quando sejam utilizados adequadamente, porém ultimamente a enfermagem está passando a um segundo plano e muitas das atividades que faz o enfermeiro estão sendo desempenhadas pelos técnicos de enfermagem e isso não deve ser desse jeito, porque como enfermeiros sabemos o motivo pelo qual as coisas se realizam e os técnicos só sabem da parte técnica operativa.

8:7 tem muitas barreiras de acesso nos serviços de saúde, pode ser no agen..... (2208:2463) - D 8: COL 3

tem muitas barreiras de acesso nos serviços de saúde, pode ser no agendamento de consultas, medicamentos, curativos por tanto é muito complicado cumprir com todas as metas que a gente tem propostas ou as metas mesmas que são propostas nos centros de saúde.

9:7 na legislação, se encontra bem estruturada só que tem muito desvio de r..... (2068:2412) - D 9: COL 4

na legislação, se encontra bem estruturada só que tem muito desvio de recursos por tanto não é possível chegar as comunidades em zonas afastadas e isso faz que continuem aparecendo doenças de interesse em saúde pública, mortalidade materna, perinatal, mortalidade infantil, doenças diarreicas agudas, infecção respiratória aguda pela desnutrição,

9:8 é um país em desenvolvimento e machista aqui se investe recursos e há..... (2919:3085) - D 9: COL 4

é um país em desenvolvimento e machista aqui se investe recursos e há um desvio de eles, porque apesar de que chegam recursos a zonas afastadas se perdem pela corrupção.

10:6 mas os recursos o sistema o plano obrigatório de saúde POS não cobre..... (2381:2572) - D 10: COL 5

mas os recursos o sistema o plano obrigatório de saúde POS não cobre um tratamento, as oportunidades para uma cirurgia, então isso não ajuda ao sistema de saúde acho muito ruim nosso sistema.

10:7 Faltam mais recursos, mais talento humano, falta um melhor sistema de..... (2577:2685) - D 10: COL 5

Faltam mais recursos, mais talento humano, falta um melhor sistema de saúde a nível nacional definitivamente.

ANEXO E - SUBMISSÃO ARTIGO SUPORTE



Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

Manuscript ID

2018-00200

Title

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DESDE LA PERCEPCIÓN DEL ENFERMERO EN BRASIL Y COLOMBIA

Authors

Montaña, Edith
de Cárdenas, Anelli Celis de Cárdenas
REYES CRUZ, ZONIA
Garcia Saavedra , Mayerli

Date Submitted

14-Jan-2018

[Author Dashboard](#)