

Patrícia Ferraccioli Siqueira Lemos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Brasil

Sonia Acioli

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Brasil

Donizete Vago Daher

Universidade Federal Fluminense – UFF, Brasil

Fabiana Ferreira Koopmans

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Brasil

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Universidade Federal Fluminense – UFF, Brasil

Magda Guimarães de Araújo Faria

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar as ações de saúde realizadas pelos enfermeiros e o uso de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas no contexto atual da Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. **Método:** Estudo transversal de abordagem quantitativa. **Resultados:** As ações preconizadas pela Política Nacional da Atenção Básica (n= 232) foram expressivas para: atenção à saúde dos indivíduos (213 – 91,81); consulta de enfermagem (215 – 92,67%); atenção à demanda espontânea (216 – 93,10%), planejamento, gerência e avaliações (173 – 74,57%). Os protocolos mais consultados foram: atenção à saúde da criança (94 – 62,25%); à saúde da mulher (89 – 57,05%); à saúde do homem e ao planejamento familiar (85 – 56,07). **Conclusão:** Os enfermeiros que atuam na saúde da família acreditam que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas correspondem a ferramentas que apoiam à realização de suas ações de saúde e facilitam a abordagem clínica.

Palavras-chave: estratégia saúde da família; enfermeiras de saúde da família; protocolos clínicos; cuidados de enfermagem; enfermagem.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde tem papel importante no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que permite consolidar o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, além de garantir a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e acompanhamento de casos(1).

Enfatiza-se, neste sentido, a importância de novas ações de saúde englobando tanto a abordagem clínica individual quanto a abordagem coletiva, por meio de uma assistência integral e contínua a todos os integrantes das famílias adscritas à unidade de saúde. A atenção deve ser equânime e

direcionada a cada fase de seu ciclo de vida, com a construção de vínculo entre as famílias, os enfermeiros e a comunidade. O vínculo pode proporcionar uma visão sistêmica e integral das pessoas em seu próprio contexto familiar e social, onde o enfermeiro poderá desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção e limitação de danos, e reabilitação(2).

Entretanto, a falta de embasamento clínico dos profissionais enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família, estratégia considerada porta de entrada prioritária da Atenção Primária à Saúde, pode se converter em uma barreira para a tomada de decisão na escolha das intervenções clínicas, na execução terapêutica, na integralidade da assistência, na manutenção do vínculo e na longitudinalidade do cuidado prestado às famílias assistidas. Nesse sentido, as competências dos profissionais devem estar pautadas na importância do conhecimento técnico-científico(3).

Para robustecer a afirmação apresentada, enfatiza-se que os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas, quando utilizados como ferramentas de apoio técnico-científico pelos enfermeiros, podem contribuir para a segurança e o compromisso ético, permitindo que os profissionais atuem com autonomia e procurem proporcionar ao usuário do SUS, uma atenção de qualidade, diretiva e prática. O embasamento técnico-científico, além de oferecer respaldo e segurança na atenção ao usuário, poderá diminuir possíveis variações nos modos de fazer, com práticas inadequadas e erros evitáveis(4).

Dessa forma, a questão de pesquisa deste trabalho é: Quais as ações de saúde, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são utilizadas pelos enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família, no município do Rio de Janeiro?

Objetivou-se, neste trabalho, analisar as ações de saúde realizadas pelos enfermeiros e o uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, no contexto atual da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Estudo transversal de abordagem quantitativa, delineado a partir das recomendações para estudos observacionais constantes no checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Os dados foram coletados em um espaço de tempo de cinco meses, de junho a outubro de 2016.

Os campos da pesquisa selecionados foram as unidades básicas de saúde, com equipes de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro.

Cabe elucidar que, segundo a carteira de serviços vigentes, no município do Rio de Janeiro, por definição, há dois tipos de unidades: a tipo A, cujo território é coberto por equipes de Saúde da Família, e a do tipo B, caracterizadas como mistas, cujo território é coberto, parcialmente, por

equipes de saúde da família.

O levantamento de todas as unidades básicas foi concluído, em dezembro de 2015. Foram identificadas todas as unidades cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esse levantamento proporcionou a identificação real do quantitativo de unidades e suas áreas de abrangência, para o estabelecimento coerente dos cenários correspondentes e dos participantes da pesquisa.

Os cenários da pesquisa que contém a população do estudo são: 139 (68,81%) unidades do tipo A, com 712 (72,14%) equipes de saúde da família e 63 (31,19%) unidades do tipo B, com 275 (27,86%) equipes de saúde da família, totalizando 202 unidades e 987 equipes implantadas e em atividade nas Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro.

A população do estudo foi composta por enfermeiros que atuam em equipes de Saúde da Família em unidades básicas de saúde cadastradas como ativas e em funcionamento no município do Rio de Janeiro. Foi realizado um levantamento prévio junto ao CNES, e somente, em junho de 2016, obteve-se a autorização do Superintendente da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) para a pesquisa em todo o município do Rio de Janeiro. Conforme exigência da secretaria responsável pelo banco de dados da SUBPAV, a disponibilização da lista com a identificação e o endereço eletrônico dos enfermeiros atuantes nas unidades básicas de saúde, ocorreu após a aprovação dos comitês de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – em abril de 2016 – e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (SMS/RJ) – no final de maio de 2016.

Inicialmente, houve a intenção de se realizar o estudo com uma amostragem probabilística, no entanto imediatamente após a inserção dos endereços eletrônicos no sistema houve uma perda inicial por erro de constituição dos endereços.

Posteriormente, a partir do início da coleta de dados, verificou-se que, dos endereços eletrônicos enviados, apenas uma parte foi visualizada e aberta pelos respondentes. Assim sendo, foi definida a adoção de critérios de inclusão e exclusão caracterizando, portanto, uma amostragem não probabilística, por conveniência. Os critérios de inclusão foram os endereços eletrônicos que estivessem contidos na listagem fornecida no banco de dados da prefeitura do município, que pertencessem a unidades cadastradas e ativas no CNES e endereços eletrônicos com instrumentos respondidos pelos respondentes. Os critérios de exclusão foram endereços eletrônicos com erro de constituição, endereços eletrônicos inativos, endereços eletrônicos enviados e não abertos pelos respondentes, endereços eletrônicos visualizados com instrumentos não respondidos pelos respondentes e os endereços eletrônicos de respondentes que não aceitaram participar da pesquisa.

Para a fase de coleta de dados da pesquisa, foi construído pela pesquisadora um instrumento contendo perguntas sobre os dados sociodemográficos, bem como informações/conteúdos de três cadernos, ou

seja, informações/conteúdos dos Protocolos de Enfermagem, na Atenção Primária à Saúde(5), na Carteira de Serviços(6) e nos dados obtidos na Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde(7) com ações de enfermagem que poderiam ou não serem realizadas pelos enfermeiros respondentes da pesquisa. Assim, as variáveis de interesse foram os dados sociodemográficos, características empregatícias e frequência da realização das ações de enfermagem preconizadas nos protocolos de assistência à saúde da mulher, à saúde do idoso, à pessoa com doenças crônicas e de transtornos mentais. As variáveis sociodemográficas foram mensuradas por estatística descritiva (frequência absoluta e porcentagem) e as variáveis relacionadas às ações dos enfermeiros foram mensuradas de forma qualitativa ordinal (sempre, quase sempre, algumas vezes, poucas vezes, nunca) a partir da sua frequência absoluta. O instrumento foi composto por questionário estruturado autoaplicável online, por meio do software SurveyMonkey®, que é um software de questionários online, em que se torna mais fácil criar pesquisas, enquetes e questionários para se obter informações.

Os 219 respondentes que participaram da pesquisa, abriram o instrumento e responderam. Os dados foram captados entre os meses de junho a outubro de 2016, sendo que 10 (5%) respondentes não aceitaram participar da pesquisa. Pôde-se perceber que o convite inicial foi o mais efetivo para captação de participantes e, posteriormente, os respondentes foram progressivamente diminuindo a participação, inclusive com preenchimento parcial do instrumento. O maior número de respondentes foram, principalmente, das áreas de Planejamento 3.0 (83 – 37,90%) e 5.0 (45 – 21,92%), ou seja, áreas com maior número de equipes de saúde da família atuantes. Apesar das perdas apresentadas, a amostra foi considerada representativa em função da relevância do estudo e da natureza dos dados analisados.

Foram realizados testes-piloto ou pré- testes para validação semântica e adequação do instrumento online com os discentes enfermeiros do curso de pós-graduação lato sensu em gestão saúde da família. Os pesquisadores esforçaram-se para evitar quaisquer riscos de viés como a realização de teste piloto, um “n” amostral importante e a imparcialidade na análise dos dados.

Os dados foram tabulados em planilhas no Microsoft Office Excel® e foram utilizadas para as variáveis de interesse a estatística descritiva com frequência absoluta e porcentagem. Além disso, a análise dos dados ocorreu com o auxílio do Software SurveyMonkey®, o qual oferece um programa avançado específico que estabelece conexão direta dos dados coletados online com o software Statistical Package for Social Science (SPSS), última versão disponibilizada pelo software SurveyMonkey® (2016). Cabe esclarecer que foi realizada a reestruturação e limpeza do banco de dados construído utilizando-se o programa Microsoft Office Excel®. Para as variáveis de interesse foi obedecido o procedimento sequencial de codificação, tabulação, organização e tratamento estatístico dos dados

baseando-se na estatística descritiva.

Com a presente pesquisa, assumiu-se o compromisso de obedecer às orientações constantes na Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde e foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), por meio do parecer consubstanciado número 1.208.179 e número 1.558.217, emitido pelo CEP da instituição de origem e pela instituição coparticipante respectivamente.

RESULTADOS

Com relação aos dados sociodemográficos dos enfermeiros participantes, foi identificada predominância de mulheres 147 (84,97%) e a proporcionalidade encontrada entre o sexo feminino e masculino foi de seis para um, ou seja, para cada seis enfermeiras atuantes, há um enfermeiro. Quanto à faixa etária, as maiores frequências (87,36%) variaram entre 18 -29 anos (70 – 40,23%) e 30 –41 (82 – 47,13%). Em relação à cor autodeclarada, percebeu-se o maior percentual de profissionais de cor branca (76 - 44,19%) e parda (64- 37,21%), e menor quantitativo de enfermeiros que se autodeclararam negros (32-18,60%).

Quanto à nacionalidade, apenas um enfermeiro declarou ser estrangeiro, os demais declararam nacionalidade brasileira. Com relação a experiência em saúde da família, os resultados revelaram que os enfermeiros atuam, em sua maioria, entre 1 ano e 6 anos em equipes de saúde da família – 116 (67,44%). Além disso, a maioria possuía vínculo por contrato temporário (127 – 74,71%), seguido por residentes (29 –16,96%), regime estatutário (05 – 2,92%) e bolsista (01 – 00,58%).

Seguindo o contexto de vínculos empregatícios, 127 (74,49%) relataram possuir um único vínculo empregatício. Entretanto, ainda se verifica um percentual de profissionais que trabalham em mais de dois vínculos empregatícios 32 (20,51%), somando 60 ou 70 horas semanais de trabalho, 48 (28,40%).

No que tange ao estado civil, os percentuais foram iguais tanto para enfermeiros casados quanto para solteiros, com 41,04% (71) cada um. Quanto ao local de residência, a maior parte dos enfermeiros, residem próximos ao local de trabalho, ou seja, 83,33% (145) no município do Rio de Janeiro, deslocando-se de carro 48,85% (85) ou ônibus 53,45% (93), levando menos de uma hora para chegar à unidade em que trabalha, 53,76% (93).

O tempo decorrido, desde a conclusão da graduação em enfermagem, teve maior expressão entre os que declararam ter entre quatro e seis anos de formados, com 64 (80%) dos enfermeiros e, também, com mais de seis anos de formados, 61 (76,25%) enfermeiros. O número de recém- formados também parece expressivo, com 45 (56,45%) enfermeiros com menos de três anos de formação. Destaca-se a origem das instituições de ensino na formação dos enfermeiros, sendo 91 (52,91%) enfermeiros formados pelas instituições privadas, enquanto 78 (45,35%) foram formados por instituições públicas.

Quanto ao nível de escolaridade, a maior frequência foi para a pós-

graduação lato sensu, especialização 93 (65,03%). Os maiores quantitativos expressaram-se em especializações voltadas para a área de atuação 60 (41,96%), sendo distribuídos da seguinte forma: Especialização em Enfermagem de Saúde Pública, 9 (6,29%); Especialização em Gestão Saúde da Família, 12 (8,39%) e Especialização em Saúde da Família, 39 (27,27%). Outro dado importante refere-se aos residentes em saúde da família que somam 25 enfermeiros (17,48%). Há, ainda, enfermeiros com pós-graduação stricto sensu: mestrado acadêmico, 13 (9,09%); mestrado profissional, 01 (0,70%); e doutorado, 01 (0,70%).

Respondendo ao objetivo do estudo, no que tange às ações de saúde realizadas pelo enfermeiro na ESF, destacam-se: atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade); consulta de enfermagem; procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; solicitação de exames complementares; prescrição de medicações; e encaminhamentos, quando necessário; atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde em conjunto com os outros membros da equipe.

Nesse sentido, vale enfatizar que as respostas “sempre” para as ações preconizadas pela Política Nacional da Atenção Básica foram expressivas para: atenção à saúde dos indivíduos (213 – 91,81); consulta de enfermagem (215 – 92,67%); atenção à demanda espontânea (216 – 93,10%) e planejamento, gerenciamento e avaliação das ações (173 – 74,57%).

As ações realizadas por enfermeiros relacionadas às doenças transmissíveis como tuberculose (188 - 85,84%), dengue (172 - 79,26%), acompanhamento das DSTs e HIV (169 - 77,52%), Hanseníase (116 - 52,97%) e as parasitoses intestinais, representam a maior frequência nas respostas “sempre” (112 - 51,61%). No entanto, um dado que chama a atenção refere-se aos enfermeiros que relataram nunca ter realizado ações para o manejo da hanseníase (32 -14.61%), diferente das demais ações, que tiveram pouca frequência para as respostas “nunca” (exceto para doenças relacionadas ao trabalho).

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, os resultados também indicam uma forte tendência de ações voltadas para a Hipertensão Arterial Sistêmica (190 - 86,76%), sendo a abordagem mais realizada pelos enfermeiros participantes da pesquisa. Seguindo essa linha de análise, destaca-se o desempenho dos enfermeiros, direcionado para o rastreamento de diabetes mellitus (182 - 83,49%); a prevenção, identificação e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (158 - 72,48%); o rastreamento de dislipidemia em adultos (150 - 68,49%) e o manejo das doenças cardiovasculares (117 - 53,42%) que contribuem para a prevenção e o

diagnóstico precoce dessas patologias.

Tabela 1 - Periodicidade das ações realizadas por enfermeiros na ESF voltadas para doenças e agravos à saúde do adulto/idoso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Doenças e agravos à saúde do Adulto/Idoso	%	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA	n
Rastreamento de Hipertensão Arterial Sistêmica	86,76	190	25	2	2	0	219
Manejo de tuberculose	85,84	188	16	11	3	1	219
Rastreamento de Diabetes Mellitus	83,49	182	30	3	2	1	218
Manejo da dengue	79,26	172	23	19	3	0	217
Prevenção, identificação e acompanhamento das DSTs e HIV	77,52	169	35	11	3	0	218
Prevenção, identificação e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis	72,48	158	47	11	1	1	218
Rastreamento de dislipidemia em adultos	68,49	150	42	20	6	1	219
Manejo das doenças cardiovasculares	53,42	117	69	28	3	2	219
Manejo de Hanseníase	52,97	116	26	22	23	32	219
Manejo de parasitoses intestinais	51,61	112	50	34	19	2	217
Manejo das doenças crônicas respiratórias	50,23	109	60	32	15	1	217

Doenças e agravos à saúde do Adulto/Idoso	%	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA	n
Rastreamento e aconselhamento para o tabagismo	49,77	109	62	33	14	1	219
Abordagem das Hepatites virais agudas	44,50	97	52	46	18	5	218
Rastreamento e aconselhamento para o alcoolismo	32,57	71	67	50	27	3	218
Identificação e acompanhamento de doenças relacionadas ao trabalho	26,03	57	51	53	45	13	219

Fonte: Autoria própria

Sobre as ações relacionadas ao planejamento familiar, saúde da mulher e do homem, as principais ações realizadas pelos enfermeiros estão prioritariamente voltadas à redução da mortalidade materna e infantil. De todos os quantitativos apresentados, o maior percentual de respostas “sempre” esteve vinculado, em ordem decrescente de frequência: à assistência ao pré-natal e ao puerpério (212 - 96,36%), ao rastreamento de câncer de colo uterino (210 - 95,89%), ao rastreamento de câncer de mama (207 - 94,52%), à promoção e apoio ao aleitamento materno (204 - 96,68%), à

pesagem e avaliação do desenvolvimento da criança (204 - 96,68%); ao acolhimento mãe-bebê após alta da maternidade (191 - 90,52%), ao acompanhamento do desenvolvimento da criança com o uso da caderneta de saúde (179 - 85,24%) e à imunização de rotina, atualização do calendário vacinal e campanhas (178 - 84,76%). Enfatiza-se que essas ações não obtiveram a resposta “nunca”, ou seja, todos os enfermeiros pesquisados as realizam, com diferentes frequências de atendimento.

Com relação às principais ações voltadas para o acompanhamento de recém-natos, as frequências que lideraram foram: pesagem e avaliação do desenvolvimento, preenchendo a caderneta da criança; promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até seis meses; acolhimento mãe-bebê após alta da maternidade; vigilância do recém-nato de risco/vulnerável; acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento com uso da caderneta de saúde; imunização de rotina, atualização do Calendário Vacinal e campanhas, entre outras.

Sobre as ações de saúde voltadas para a saúde da pessoa idosa e para a saúde mental não apresentaram significativa expressão nos dados coletados. Percebe-se que, menos da metade dos enfermeiros relataram lidar sempre com as ações voltadas para as temáticas referidas. No que tange à saúde do idoso, percebe-se que menos da metade dos enfermeiros entrevistados relatam realizar ações voltadas para esse ciclo de vida. Ademais, há também o baixo volume de ações voltadas para a inclusão de pessoas com deficiência: (80 - 36,53%) para as respostas “sempre” e (35 - 15,98%) para as respostas “poucas vezes” ou “nunca”.

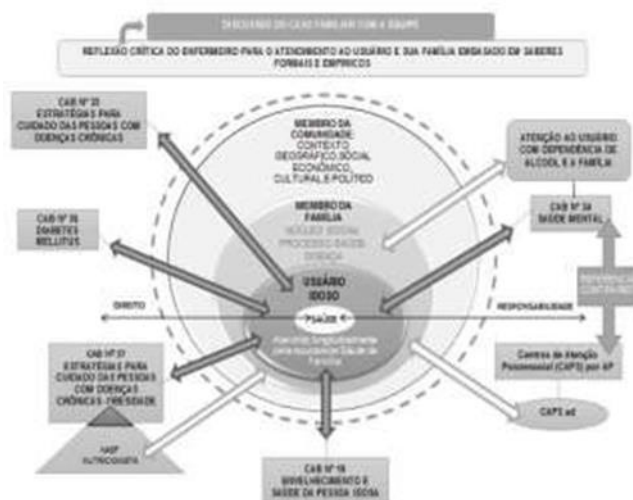
Além disso, há limitação quanto às ações preconizadas para a promoção e a vigilância. Percebe-se, que as ações mais realizadas estão voltadas para algum tipo de prevenção de doenças, fortalecendo assim as ações programáticas de promoção à prática de atividade física (171 - 85,50%), promoção da alimentação saudável (167 - 83,50%) e controle do tabagismo (118 - 59,00%). Sobre as ações de vigilância em saúde, a maioria está direcionada à vigilância epidemiológica, contendo também indicadores para a imunização e vigilância ambiental.

No que tange à procedimentos e cirurgias ambulatoriais, percebe-se que os principais procedimentos estão voltados para a prevenção e o controle das principais doenças crônico-degenerativas que mais acometem à população: a hipertensão arterial sistêmica com o controle da pressão arterial 189 (97,42%) e o diabetes mellitus, por meio do controle da glicemia capilar 187 (96,39%). Verifica-se a expressão de grande frequência voltada para a coleta de material para exame citopatológico (papanicolaou) 183 (94,33%).

As variações referentes ao manejo de situações de urgência e emergência pelos enfermeiros da ESF distribuíram-se da seguinte forma: manejo de crises hipertensivas 174 (89,23%); infecções respiratórias em crianças 169 (86,67%); dores articulares 164 (84,10%); mialgias 163 (83,59%); cefaleias 163 (83,59%) e as de maior expressão: otites 124 (63,59%); angina/infarto agudo do miocárdio 91 (46,67%); reações alérgicas graves 70 (35,90%); crise convulsiva 68 (34,87%); reanimação

cardiopulmonar 51 (26,15%), entre outras. Ainda que algumas ações sejam realizadas com menos intensidade, pode-se destacar que os enfermeiros estão desempenhando, em maior ou menor grau, todas as atividades preconizadas para o nível primário de atenção no âmbito da saúde da Família.

Figura 1 - Teia de utilização de protocolos para atendimento as necessidades reais dos usuários, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020



Fonte: Dos autores (2018).

Quanto ao uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas por enfermeiros, a maioria dos enfermeiros – 145 (96,03%) – que atuam na saúde da família, no município do Rio de Janeiro, fazem uso de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas como forma de consulta, atualização e/ou contribuição para a realização de suas ações de saúde. Os meios mais utilizados para a consulta de conteúdos e informações foram: o site da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde 122 (15,46%); as bases de dados do Ministério da Saúde 108 (13,69%); a consulta durante a discussão de casos com colegas 94 (11,91%) e protocolos da instituição onde trabalham 81 (10,27%). Quase a totalidade dos enfermeiros, 149 (98,68%), declararam que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são ferramentas que contribuem para a realização de suas práticas e facilitam a abordagem clínica. Em contrapartida, são evidenciados os protocolos menos acessados pelos respondentes, que tiveram suas temáticas voltadas, principalmente, para atenção à população em situação de rua 12 (60%).

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos relacionados aos enfermeiros permitiram observar que há predominância do sexo feminino 147 (84,97%), das faixas etárias variando de 18 -29 anos (70 – 40,23%) e 30 – 41 (82 – 47,13%), cor branca 44,19% (76), solteiro (71 – 41,04%), residente no Rio de Janeiro, (83,33% - 145).

Esses resultados sociodemográficos condizem com pesquisa realizada recentemente intitulada “O Estado da Enfermagem no Brasil, que construiu o Perfil Profissional de mais de 1 milhão de trabalhadores da Enfermagem⁽⁸⁾.

Sobre as características de formação e tempo de experiência, cabe destacar que a maioria apresentou nível de escolaridade pós- graduação lato sensu, especialização (93 - 65,03%), com tempo de experiência entre 1 ano e 6 anos em equipes de saúde da família (116 - 67,44%), possuindo um único vínculo empregatício (124 – 74,49%) e vínculo por contrato temporário (127 – 74,71%).

Ao considerar que o Programa Saúde Presente do município do Rio de Janeiro iniciou, em 2009, com a expansão das clínicas da família nos seus diferentes processos de trabalho⁽⁹⁾, percebe-se que o tempo de experiência profissional ocorreu no decorrer da expansão do programa.

Sobre o número de vínculos, cabe destacar que a maioria era profissional jovem, iniciando suas carreiras, justificando um único vínculo empregatício, esse resultado diverge de estudo que aponta que a maior parte dos enfermeiros possuem mais de um vínculo empregatício⁽¹⁰⁾. Torna-se relevante destacar que a variável tipo de vínculo, obteve-se como resultado predominância dos profissionais de saúde como contrato temporário. A maior parte dos profissionais de saúde atuantes em equipes de saúde da família, estão vinculados, por meio de contrato terceirizado por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com regime jurídico previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e, em regime de trabalho de 40 horas semanais, distribuídas em escala de trabalho a ser estabelecida pelo Gestor. As OSS são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram, de forma complementar, para a consolidação do SUS. Analisando a portaria número 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, de forma isolada, tem-se a impressão de que os princípios organizativos do SUS estão sendo plenamente cumpridos, principalmente no que tange à regionalização e à hierarquização. Entretanto, o que se configura é a terceirização dos contratos de trabalho, mesmo sendo a ESF um programa do Governo Federal.

Para discutir os dados, destaca-se que, 80% das causas de mortes dos residentes cariocas entre 2000 e 2012 correspondem a seis grupos: doenças cardiovasculares; neoplasias; doenças endócrino-metabólicas; doenças do aparelho respiratório; sinais e sintomas mal definidos (causas mal definidas) e causas externas. Contudo, cabe enfatizar que a participação desses grupos vem se alterando nos últimos anos no município. Existem,

ainda, os demais grupos de causas de mortes considerados não tão relevantes, proporcionalmente, mas estratégicos para o desenvolvimento de políticas públicas integradas, tais como: Doenças Infecciosas Parasitárias – tuberculose e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana) e os Transtornos Mentais e Comportamentais – demências senis e a doença de Alzheimer⁽¹¹⁾.

Seguindo esse contexto, percebe-se, também, um grande interesse pelos protocolos específicos voltados para patologias de incidência ou prevalência no município, tais como: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Cânceres de mama e de colo do útero.

Diante dessa contextualização, destaca-se que, nesta pesquisa, foi identificada de forma expressiva a utilização pelos enfermeiros de protocolos que abordavam a realização de ações voltadas para doenças cardiovasculares, doenças endócrino-metabólicas, doenças do aparelho respiratório, entre outros, permitindo identificar a dedicação em atender à necessidade de saúde e/ou adoecimento populacional do Rio de Janeiro.

Ademais, nos últimos anos, houve redução da mortalidade infantil e isso se deve, principalmente, à atenção adequada ao recém-nascido até o sexto dia de vida e o desenvolvimento de ações de diagnóstico tratamento adequados. Sendo assim, essas ações desenvolvidas pelos enfermeiros contribuíram para o declínio das mortes no primeiro ano de vida na cidade⁽¹¹⁾. Entretanto, a morte materna persiste como grave problema de saúde no município e as ações para evitá-la devem ser prioritárias.

Acredita-se que, a redução da mortalidade materna e infantil no âmbito nacional está relacionada às ações de saúde preconizadas pelo município do Rio de Janeiro. Tal fato desperta, por conseguinte, um maior interesse de atualização sobre o assunto, por parte dos enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família. Não obstante, os altos índices de cesáreas no Brasil podem estar relacionados ao aumento da mortalidade materna⁽¹²⁾.

Sobre as ações de saúde dos enfermeiros voltadas para a saúde da pessoa idosa e para a saúde mental, estas não apresentaram significativa expressão nos dados coletados. Percebe-se que menos da metade dos enfermeiros relatam lidar com as ações voltadas para as temáticas referidas.

Esse dado é preocupante, pois a transição demográfica e a crescente tendência de envelhecimento da população no município trazem também importantes e inúmeros desafios para os serviços de saúde. Essa realidade deveria ser preocupação para a maioria dos profissionais de saúde, especialmente, os profissionais das equipes que lidam diretamente com os problemas reais das famílias nos diferentes territórios. Essa constatação tem impactos importantes na saúde da população, exigindo uma abordagem fundamentada na promoção da saúde e no cuidado integral em todo o ciclo de vida das famílias, incluindo o idoso e a saúde mental^(11,13).

Ademais, foram identificadas limitações quanto às ações preconizadas para a promoção e a vigilância em saúde, destaca-se que neste

âmbito, que as ações realizadas pelos enfermeiros estiveram voltadas apenas para prevenção de doenças. Entretanto, a vigilância em saúde é mais abrangente. A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde⁽¹¹⁾. Neste trabalho, os resultados demonstraram limitação quanto às ações do enfermeiro nesse contexto.

O conceito de vigilância em saúde compreende, ainda, a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária⁽¹¹⁾. Assim sendo, o trabalho de vigilância em saúde não pode se restringir a um único problema, sendo necessário atentar-se para as ações dentro do seu contexto como, por exemplo: os objetos geográficos relevantes – as características de ocupação do lugar: estradas e ruas, caminhos, sistemas de esgoto e de água, terrenos baldios, depósitos de lixo, núcleos habitacionais – domicílio, novos assentamentos e ocupações – e suas condições ecológicas e geomorfológicas – áreas de florestas e desmatadas, a fauna, flora, relevo, hidrografia e clima. Portanto, as ações de vigilância em saúde não devem limitar-se ou enfatizar uma só área de atuação, mas sim fazer uma análise social no território, para que possa contribuir para a identificação de informações, no intuito de operacionalizar as tomadas de decisão e as definições de estratégias de ação em seus diferentes contextos⁽¹²⁾.

Sobre os procedimentos ambulatoriais, destacam-se como ações de maior prevalência realizadas pelos enfermeiros a verificação de pressão arterial e glicemia capilar e a coleta de material para exame citopatológico (papanicolaou).

Além disso, com relação às ações desenvolvidas pelos enfermeiros no manejo de situações de urgência e emergência destacam-se crises hipertensivas, infecções respiratórias em crianças, dores articulares, mialgias, cefaleias, otites, angina/infarto agudo do miocárdio, reações alérgicas graves, crise convulsiva, reanimação cardiopulmonar, entre outras.

Diante desse prisma, sobre o uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas por enfermeiros, a maioria relatou fazer uso como forma de consulta, atualização e/ou contribuição para a realização de suas ações de saúde. A adoção de protocolos clínicos visa ao desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde; entretanto, há certas críticas ao uso de tais tecnologias em função de reforçarem políticas voltadas para o cuidado gerenciado. Caberia recuperar, portanto, o seu potencial de agregar qualidade às práticas de saúde como dispositivo racionalizador, pedagógico, avaliador e indutor de pesquisa na atenção à saúde. Contudo, além da avaliação técnico-científica, centrada em padrões estabelecidos pela comunidade científica, e nos elementos do processo de saúde, deve se incorporar a visão dos usuários e de outros atores sociais no sentido de

aprimorar o atendimento e elevar a satisfação da população.

A qualidade dos cuidados primários deve ser avaliada considerando-se, portanto, todas as dimensões, a dimensão de implantação de linhas diretivas – guidelines – baseadas em evidências científicas; a dimensão das necessidades, dos valores e das prioridades de cada usuário; a dimensão familiar e da comunidade envolvida no processo assistencial e de suporte do usuário; e a dos serviços de saúde em que o acesso e a equidade se tonam critérios essenciais⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Uma excessiva atenção sobre um único aspecto poderia prejudicar a qualidade das demais, ou, ainda, o alcance da qualidade do sistema como um todo⁽¹⁴⁾.

Conclui-se que muitos foram os avanços da ESF no município, entretanto parece que há uma necessidade de superação do modelo assistencial sanitário, com enfoque curativista voltado principalmente para o diagnóstico de doenças prevalentes. Outros estudos^(1-2,14) em suas discussões também confirmam a forte influência do modelo hegemônico biomédico, curativista e individual nas ações realizadas no âmbito da Saúde da Família. Autores⁽¹⁾ debatem que, embora os documentos oficiais afirmem que a ESF surge embasada na temática família, em busca da transição do modelo de atenção, tendo como base a saúde coletiva, ainda existem fragilidades na execução do modelo. A escassez de conteúdos voltados para a família e a ênfase em conteúdos técnicos voltados para a doença ainda prevalece nos serviços de saúde, dificultando a efetivação dos princípios norteadores da ESF⁽¹⁴⁾.

A oportunidade apresentada pela ESF, de superação em direção a uma prática de atenção à saúde com foco na família, é única. Pelo convívio com as famílias, os profissionais da equipe podem perceber demandas, ansiedades, sofrimentos e potenciais que antes seriam ignorados. Com o estabelecimento de um contexto fundamentado em referenciais teóricos e instrumentos que capacitemos profissionais a abordarem as questões relacionadas à dinâmica familiar de modo efetivo, o potencial de superação da ESF aproxima-se da concretização⁽¹⁾.

Como limitação destaca-se a não realização de associações e correlações clínicas, tendo apenas a análise descritiva e transversal dos dados.

Esse estudo contribui de forma importante para a enfermagem, saúde e política pública, uma vez que destaca pontos importantes como o uso de guidelines pelos enfermeiros e seu impacto positivo na assistência de enfermagem na ESF. Além disso, aponta para reflexão no âmbito da saúde pública para incentivar a saúde e as políticas para a manutenção a atenção básica e principalmente da ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF, destacam-se como prevalentes a assistência às doenças crônicas não transmissíveis com forte tendência de ações voltadas para a Hipertensão Arterial Sistêmica

(190 - 86,76%).

Outro indicador importante, neste estudo, foram as ações ao recém-nascido, prevalentes pela maioria dos enfermeiros, garantindo assistência de qualidade a essa clientela e melhorando os indicadores. Além disso, cabe destacar que a redução da mortalidade infantil se deve, entre outros fatores, à atenção adequada ao recém-nascido até o sexto dia de vida, corroborando com os resultados deste estudo. Assim, as ações desenvolvidas, pelos enfermeiros, no contexto da Saúde da Família, parecem ter contribuído para o declínio das mortes no primeiro ano de vida na cidade. Entretanto, a morte materna persiste como grave problema de saúde na cidade e as ações para evitá-la devem continuar a ser prioritárias. Enfatiza-se que essas ações, nos resultados desta pesquisa, não obtiveram a resposta “nunca”, ou seja, todos os enfermeiros pesquisados realizaram ações voltadas para a diminuição da mortalidade materna, com diferentes frequências de atendimento.

Assim, a maioria dos enfermeiros realizavam suas ações baseando-se nos protocolos clínicos e voltavam-se, principalmente, para a atenção à criança, às doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, o que reflete diretamente na efetividade desses programas e nas melhoras dos indicadores de saúde nestas populações.

Como contribuição para a enfermagem em saúde coletiva, baseando-se nos resultados deste estudo, aponta-se a necessidade de maior atenção às políticas dos idosos, ampliação das ações de vigilância em saúde e assistência ao indivíduo em situação de rua para garantir a universalidade da assistência à saúde e melhora dos indicadores nesses contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida, APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2): e2020166

2 - Thumé E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG. Training and practice of nurses for primary health care - advances, challenges, and strategies to strengthen the Unified Health System. *Saúde debate*. 2018;42 (spe1):275-288. DOI: 10.1590/0103-11042018S118

3 - Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competences of nurses in the family health strategy. *Esc Anna Nery*. 2020; 24(3): e20190145. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019- 0145

4 - Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni CMM, Koerich C, Cunha KS. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03327. DOI: 10.1590/S1980-220X2017025503327

5 - Rio de Janeiro. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Secretaria

Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. Disponível em: http://www.subpav.org/download/impressos/_SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf

6 - Rio de Janeiro. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>

7 - Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016. Disponível em: http://www.subpav.org/download/impressos/_SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf

8 - Oliveira APC, Ventura CAA, Silva FV, Neto HA, Mendes IAC, Souza KV, et al. O Estado da Enfermagem no Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2020;28:e3404. DOI: 10.1590/1518- 8345.0000.3404

9 - Filho LASP, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, Moscovici, L. Acesso avançado em uma unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. 2019;43(121):605-13. DOI: 10.1590/0103-1104201912124

10 - Thofehm MB, Joner LR, Porto AR, Borel MGC, Jacondino MB, Viana NCC. Processo de Trabalho: avaliação dos enfermeiros de um hospital de ensino. Revista de Enfermagem UFJF. 2019;5(1):1- 16. doi: 10.34019/2446-5739.2019.v5.27175

11 - Tormas DP, Santos DAS, Souza GNP, Freitas AFSC, Faria F <https://doi.org/R>, Goulart LS. Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus em uma Estratégia Saúde da Família: perfil e associação aos fatores de risco. Rev Inter Estudos em Saúde da UNIARP. 2020 [Citado em 2 out 2020]; 9(19):59-75. Available from: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1743>

12 - Martins ACS, Silca LS. Perfil epidemiológico de mortalidade maternal. Rev Bras Enferm. 2018;71(supl 1): 725-31. DOI:

10.1590/0034.7167-2017-0624

13 - Alvarez AM, Sandri JVS. O envelhecimento populacional e o compromisso da enfermagem. Rev BRas Enferm. 2018;71(suppl 2): 770-1. DOI: 10.1590/0034-7167-201871Sup201

14 - Becker RM, Heidemann TSB, Meirelles BHS, Costa MFBNA, Antonini FO, Durand MK. Práticas do cuidado dos enfermeiros a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 6):2800-7. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0799

15 - Corrêa VAF, Acioli S, Tinoco TF. The care of nurses in the Family health strategy: practices and theoretical foundation. Rev Bras Enferm. 2018 [cited 2019 Oct 20]; 71 (suppl 6): 2767-74. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0383