

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CARLA DA ROS

PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA GESTÃO
EM SAÚDE

CURITIBA

2023

CARLA DA ROS

PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA GESTÃO
EM SAÚDE

Tese apresentada à Banca Examinadora do Curso de
Doutorado do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Paraná, para exame de
defesa.

Orientadora: Profª Drª Aida Maris Peres
Coorientadora: Profª Drª Carmen Elizabeth Kalinowski

CURITIBA

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Ros, Carla da

Prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia Covid-19 [recurso eletrônico]: análise na perspectiva da gestão em saúde / Carla da Ros – Curitiba, 2023.

1 recurso online: PDF.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Aida Maris Peres

Coorientador: Profa. Dra. Carmen Elizabeth Kalinowski

1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Covid-19. I. Peres, Aida Maris. II. Kalinowski, Carmen Elizabeth.
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
400010160-6P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **CARLA DA ROS** intitulada **PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA GESTÃO EM SAÚDE**, sob orientação da Profa. Dra. **AIDA MARIS PERES**, que após terem inquirido a autora e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.
A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 06 de Fevereiro de 2023.

Assinatura Eletrônica
14/02/2023 08:58:15.0
AIDA MARIS PERES
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
13/03/2023 12:47:04.0
FRANCISCO ROSEMBRO GUIMARÃES XIMENES NETO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ)

Assinatura Eletrônica
14/02/2023 14:05:02.0
ELIZABETH BERNARDINO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
28/03/2023 11:02:23.0
ADRIANO MASSUDA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
06/03/2023 12:12:35.0
CARMEN ELIZABETH KALINOWSKI
Coordenadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothário Meissner, 632 - 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgem@ufpr.br
Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 05 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 256019
Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.pppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 256019

DEDICATÓRIA

Ao meu amor e companheiro de vida Lindomar, meu filho Marco Antônio, que me sustentaram e motivaram neste desafio. Todo meu amor a vocês.

Aos meus pais, Nelci e Romeu, que mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, nos estimularam e oportunizaram acesso ao conhecimento. Amo vocês.

Ao meu irmão César, que mostrou para a nossa família que ingressar na universidade era possível, foi fonte de inspiração e admiração durante a minha trajetória.

À minha irmã Alexandra, que foi inspiração para iniciar no Curso de Enfermagem. Admiro a sua competência, coragem e sensibilidade.

“Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Aida Maris Peres, a quem tenho orgulho, respeito e admiração. Acreditou que eu seria capaz de concluir esta trajetória acadêmica, e me instigou a vencer os desafios mais diversos e complexos neste período.

À minha coorientadora, a Profa. A Dra. Carmen Elizabeth Kalinowski, que compartilhou o seu conhecimento, sabedoria, apoiou no direcionamento desta construção, e permitiu ampliar o meu conhecimento e concluir esta trajetória.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, por aceitarem o convite e contribuírem com seu tempo e conhecimento para aperfeiçoar esta tese.

Aos docentes e funcionários do Programa de Pós-graduação de Enfermagem que muito contribuem na formação acadêmica de todos os discentes.

Aos membros do Grupo de Pesquisa, Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS) da UFPR, pelo incentivo e apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

À Marli de Souza e Ingrid Lowen, além de parceiras na pós-graduação, se tornaram amigas para a vida.

À minha irmã de alma Rute Helena, pelo apoio, retaguarda e incentivo em todo este período. Obrigada.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, por viabilizar a pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por viabilizar a minha liberação para desenvolver a pesquisa e contribuir na minha qualificação profissional. Em especial aos colegas da Unidade de Saúde São Miguel e ao Centro de Epidemiologia.

Aos amigos e colegas da Clínica Tempo Medicina de Família, que contribuíram para meu crescimento e aperfeiçoamento profissional no universo da gestão na atenção primária.

Aos gestores, por aceitarem participar da pesquisa e contribuírem com o seu conhecimento e experiência profissional.

RESUMO

A ressignificação da prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS) requer a compreensão das diferentes dimensões influenciadoras, tais como a social e a política, financeira, nos micros e macro espaços de atuação que envolvem a sua efetividade e consolidação no modelo assistencial, seja no contexto da pandemia da Covid-19 ou no cotidiano da APS. Neste sentido, questiona-se como o modelo assistencial dos municípios no Estado do Paraná propicia a prática clínica do enfermeiro na APS. Tem-se como objetivo geral: analisar o modelo assistencial em saúde dos municípios e sua relação com a prática clínica do enfermeiro na APS sob o contexto da pandemia Covid-19. Como objetivos específicos: caracterizar o modelo assistencial em saúde municipal nas suas relações com a prática clínica do enfermeiro; identificar a percepção dos gestores em saúde sobre o papel do enfermeiro no que se refere à prática clínica na APS; reconhecer o papel do enfermeiro na APS frente à pandemia Covid-19, suas práticas clínicas como estratégias de acesso para o atendimento à saúde da população; identificar as divergências e convergências entre a prática clínica do enfermeiro, o modelo assistencial e os atributos essenciais da Atenção Primária. O método foi composto por uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva, realizada no Estado do Paraná, contemplando um município em cada regional de saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com apoio de roteiro semiestruturado. Foram realizadas 26 entrevistas, no período de maio a dezembro de 2021. Os participantes foram gestores municipais com funções relacionadas ao planejamento, a organização e a direção da atenção primária à saúde. Os aspectos éticos foram seguidos, conforme o disposto na Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para apoiar a análise, utilizou-se o software IRAMUTEQ na organização e processamento dos dados, e na sequência foi realizada a análise das convergências e divergências evidenciadas, na qual foi utilizado a Hermenêutica Dialética (HD). Os resultados foram organizados em cinco classes intituladas: A percepção dos gestores sobre a prática clínica do enfermeiro na APS; O enfermeiro na gestão, organização e desenvolvimento do modelo assistencial na APS; A retomada das ações em saúde na atenção primária pós pandemia da Covid-19; A organização do modelo assistencial durante a pandemia da Covid-19 na APS e a atuação clínica do enfermeiro na APS com foco principal no atendimento às condições crônicas. Em relação às convergências e divergências identificadas, destaca-se a necessidade de proximidade entre os atributos da APS, que muitas vezes são destacados, ou organizados de maneira isolada, sem integração ou relação entre eles. Outro ponto, que há um consenso entre os gestores que a prática clínica do enfermeiro é fundamental para o fortalecimento da APS, mas diverge da percepção de que alguns enfermeiros elegem as atividades administrativas em detrimento da clínica, entendendo que pode implicar no avanço da prática clínica avançada no Brasil. A pesquisa contribuiu para refletir sobre a ressignificação da prática clínica do enfermeiro, principalmente no contexto da atenção primária à saúde. Ainda, sobre o papel estrutural do Estado, chama a atenção para que o mesmo: reconheça e assuma seu papel na elaboração, articulação, implementação, acompanhamento e avaliação do modelo assistencial, principalmente no apoio aos municípios; identifique a prevalência de modelos assistenciais, cooperando com mudanças que forem necessárias, principalmente na transição de um modelo fragmentado para um que atenda e articule os princípios do SUS. Ademais, este estudo contribui com a temática, demonstrando que a atuação do enfermeiro é fundamental na APS, no que se refere

ao acesso, a coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade. Além disso, há entendimento sobre a importância da prática clínica do enfermeiro para fortalecimento da APS e melhoria dos serviços prestados à população. Contudo, faz-se necessário discutir sobre a prática clínica do enfermeiro com o conjunto da sociedade, e principalmente com os gestores e formuladores das leis no país.

Palavras-chave: prática clínica do enfermeiro; atenção primária à saúde; modelo assistencial; pandemia covid-19.

ABSTRACT

The redefinition of the clinical practice of nurses in primary health care (PHC) requires the understanding of the different influencing dimensions, such as social and areas that involve their effectiveness and consolidation in the care model, whether in the context of the Covid-19 pandemic or in the daily life of PHC. In this sense, it is questioned how the care model of the municipalities in the State of Paraná provides the clinical practice of nurses in PHC. The general objective is to analyze the health care model of the municipalities and its relationship with the clinical practice of nurses in PHC under the context of the Covid-19 pandemic. Specific objectives: to characterize the municipal health care model in its relations with the clinical practice of nurses; to identify the perception of health managers about the role of nurses in clinical practice in PHC; To recognize the role of nurses in PHC in the face of the Covid-19 pandemic, their clinical practices as strategies of access to health care for the population; to identify the divergences and convergences between the clinical practice of nurses, model and the essential attributes of Primary Care. The method was composed of a qualitative exploratory and descriptive research, carried out in the State of Paraná, including one municipality in each health region. Data collection was performed through an interview with the support of a semi-structured script. Twenty-six interviews were conducted from May to December 2021. The participants were municipal managers with functions related to the planning, organization and direction of primary health care. The ethical aspects were followed, according to the provisions of Resolution n. 466, of December 12, 2012, of the National Health Council. To support the analysis, the IRAMUTEQ software was used in the organization and processing of the data, and then the analysis of convergences and divergences was performed, in which the Dialectical Hermeneutics (DH) was used. The results were organized into five classes entitled: The perception of managers about the clinical practice of nurses in PHC; The nurse in the management, organization and development of the care model in PHC; The resumption of health actions in primary care after the Covid-19 pandemic; The organization of the care model during the Covid-19 pandemic in PHC and the clinical performance of nurses in PHC with a main focus on meeting chronic conditions. Regarding the convergences and divergences identified, the need for proximity between the attributes of PHC is highlighted, which are often highlighted, or organized in isolation, without integration or relationship between them. Another point, that there is a consensus among managers that the clinical practice of nurses is fundamental to the strengthening of PHC, but diverges from the perception that some nurses elect administrative activities over the clinic, understanding that it may imply the advancement of advanced clinical practice in Brazil. The research contributed to reflect on the resignification of nurses' clinical practice, especially in the context of primary health care. Also, on the structural role of the State, draws attention to the same: to recognize and assume its role in the preparation, articulation, implementation, monitoring and evaluation of the care model, especially in supporting municipalities; identify the prevalence of care models, cooperating with changes that are necessary, especially in the transition from a fragmented model to one that meets and articulates the principles of the SUS. In addition, this study contributes to the theme, demonstrating that the role of nurses is fundamental in PHC, with regard to access, coordination of care, comprehensiveness and longitudinality. In addition, there is an understanding of the importance of nurses' clinical practice to strengthen PHC and improve the services provided to the population. However, it is necessary to discuss

the clinical practice of nurses with society as a whole, and especially with managers and law makers in the country.

Keywords: clinical practice of nurses; primary health care; care model; covid-19 pandemic.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FIGURA 2 - MAPA POLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ

FIGURA 3 - ROTEIRO DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

FIGURA 4 - CATEGORIA PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

FIGURA 5 - DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDAS PELO IRAMUTEQ

FIGURA 6 - DENDOGRAMA DAS CLASSES - FILOGRAMA

FIGURA 7 - PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO E AS DIMENSÕES

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS

QUADRO 2 - DIMENSÕES E OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LISTA DE SIGLAS

ACGs	–	Grupos Clínicos Ajustados
Alceste	–	<i>Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte</i>
APS	–	Atenção Primária à Saúde
CHD	–	Classificação hierárquica descendente
CNS	–	Enfermeira especialista clínica
Covid-19	–	<i>Coronavirus disease – 19</i>
EPA	–	Enfermeiro de Prática Avançada
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
HD	–	Hermenêutica Dialética
IRAMUTEQ	–	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
NP	–	Enfermeira de prática clínica/ Nursing practice
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPAS	–	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
RS	–	Regional de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RAS	–	Rede de Atenção à Saúde
ICN	–	<i>International Council of Nursing</i>
CIE	–	Conselho Internacional de Enfermeiros
PCAT	–	Avaliação do Primary Care

CHIP	–	Perfil de Saúde Infantil e Doença
COSEMS/PR	–	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná
SESA	–	Secretaria Estadual de Saúde
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
AB	–	Atenção básica
GPPGPS	–	Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
UFPR	–	Universidade Federal do Paraná
UCE	–	Unidades de Contexto Elementares
MS	–	Ministério da Saúde
EUA	–	Estados Unidos da América
SAE	–	Sistematização da assistência de enfermagem
ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
SARS-COV-2	–	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
UPA	–	Unidades de Pronto Atendimento
CFM	–	Conselho Federal de Medicina
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPARDES	–	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico Social
ARNP	–	<i>Advanced Registered Nurse Practitioner</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 OBJETIVOS	29
1.1.1 Objetivo geral.....	29
1.1.2 Objetivos específicos	29
2 REFERENCIAL TEÓRICO	30
3 CAMINHO METODOLÓGICO	36
3.1 TIPO DE PESQUISA	36
3.2 CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA	37
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	42
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	42
3.5 COLETA DOS DADOS	42
3.6 ANÁLISE DE DADOS	44
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	48
4 RESULTADOS	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	49
4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS SEGUNDO IRAMUTEQ	50
4.3 Classe 1 – A percepção dos gestores sobre a prática clínica do enfermeiro na APS	52
4.4 Classe 2 – O enfermeiro na gestão, organização e desenvolvimento do modelo assistencial na APS	56
4.5 Classe 3 – A retomada das ações em saúde na atenção primária durante a estabilização da pandemia da Covid-19	60
4.6 Classe 4 - A organização do modelo assistencial durante a pandemia da Covid-19 na APS.....	62
4.7 Classe 5 – A atuação clínica do enfermeiro na APS com foco principal no atendimento às condições crônicas	66
5 DISCUSSÃO	70
5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA	70
5.2 Classe 1 - A percepção dos gestores sobre a prática clínica do enfermeiro na APS	71
5.3 Classe 2 – O enfermeiro na gestão, organização e desenvolvimento do modelo assistencial na APS	78

5.4 Classe 3 e 4 - Reorganização do modelo assistencial na APS durante a pandemia da Covid-19 e as ações na retomada	81
5.5 Classe 5 – A atuação clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde com foco principal no atendimento às condições crônicas	88
6 DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS, ENTRE OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, MODELO ASSISTENCIAL E DA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO	95
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	123
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	124
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFPR	127
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SESA.....	133

APRESENTAÇÃO

A aproximação com a Atenção Primária à Saúde (APS)¹ iniciou-se durante a graduação (1999-2003), principalmente na disciplina de saúde coletiva, em que participei de projetos de extensão e pesquisa vinculados à temática. Após o término da graduação, atuei como enfermeira assistencial em uma unidade de saúde da família da região metropolitana de Curitiba, compondo, junto com a equipe, o desafio de implantar o novo modelo de atenção naquela região da cidade. Essa experiência despertou uma afinidade pelo gerenciamento do cuidado (2004-2006) e a atuação oportunizou a minha primeira experiência formal com o gerenciamento enquanto coordenação de uma unidade de saúde do mesmo município (2006-2007). Com o objetivo de aprimorar a prática profissional, em 2006, concluiu a pós-graduação em Estratégia Saúde da Família com enfoque multiprofissional, na Universidade Pontifícia Católica do Paraná.

Em 2007, comecei a minha trajetória no município de Curitiba, local em que foi possível vivenciar, em momentos distintos, a assistência na APS e o gerenciamento nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde o nível local, como coordenadora de unidade de saúde; distrital na coordenação geral de um distrito sanitário; e no nível central, atuando na Coordenação de Acesso e Vínculo do Departamento de APS. Atualmente integro a equipe do Centro de Epidemiologia da Secretaria de Saúde.

Essa vivência prática trouxe reflexões sobre o modelo de atenção da APS e a integração entre os equipamentos que compõem a rede de saúde. Neste sentido, desenvolvi a dissertação no curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (2014 -2016)², que abordou a integração entre a unidade de saúde e a unidade de pronto atendimento de um distrito sanitário e concluiu que a integração entre os equipamentos de saúde apresentava-se frágil,

¹ Será utilizado o termo Atenção Primária à Saúde (APS), considerando ser o nível de atenção que oferece a entrada no sistema de saúde para as novas necessidades e problemas, com atendimento centrado na pessoa no decorrer do tempo. Aborda os problemas mais comuns na população, oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação (STARFIELD, 2004).

² APS como ordenadora de um modelo de integração assistencial na rede de urgência e emergência (ROS, 2016).

fragmentada e apontou preocupações relacionadas à descontinuidade do cuidado das pessoas atendidas.

Além disso, foram encontrados aspectos relacionados à comunicação, ao acesso da população aos serviços de saúde, ao processo de trabalho e ao entendimento das funções dos profissionais e de cada equipamento na Rede de Atenção à Saúde, incluindo o papel do enfermeiro na APS. Estes achados me instigaram a prosseguir na trajetória acadêmica.

O ingresso no doutorado, ao mesmo tempo em que voltei para a prática assistencial na APS, oportunizou que eu pensasse nos resultados encontrados durante a dissertação de mestrado. Principalmente ao refletir sobre a atuação do enfermeiro neste cenário, pude perceber que para além do aperfeiçoamento, buscamos, enquanto categoria, o aprofundamento profissional, que se encontra em constante processo de evolução. Este aprofundamento pode acontecer a partir do movimento individual do profissional, mas também está relacionado ao contexto econômico, social e estrutural onde está inserido.

Termino este breve relato sobre minhas afinidades com a temática deste estudo e na sequência apresento como o texto está organizado: a Introdução é abordada com o foco na APS, prática clínica do enfermeiro, modelo assistencial. A Classe 1 apresenta a percepção dos gestores da prática clínica do enfermeiro na APS; A Classe 2 discorre sobre o papel do enfermeiro na gestão, organização e desenvolvimento do modelo assistencial; A Classe 3 refere-se à reorganização do modelo assistencial na APS durante o período da pandemia da Covid-19; A Classe 4 dispõe sobre a atuação clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde com foco principal no atendimento às condições crônicas; e, a Classe 5 apresenta as convergências e divergências dos atributos da APS com a prática clínica do enfermeiro e o modelo assistencial.

1 INTRODUÇÃO

Na organização de um sistema de saúde, a prioridade por parte dos gestores e profissionais é pensar e elaborar um modelo assistencial em que as pessoas a serem atendidas se encontrem no centro do processo. Uma das possibilidades de modelo, considera a atenção primária à saúde (APS) na coordenação do cuidado (STARFIELD, 2004).

O termo modelo assistencial é polissêmico e comumente utilizado para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. Rosen (2006) afirma a importância de reconhecer e entender as influências das condições políticas, econômicas e sociais, bem como do processo histórico-social. Estas influências por serem dinâmicas, determinam a concepção de saúde e de doença na sociedade e amparam o sistema de saúde vigente.

O sistema de saúde no Brasil passa constantemente por transformações em termos políticos e estruturais, e alguns desses momentos são considerados marcos históricos e representam mudanças na organização da assistência à saúde prestada, tanto com novos processos, quanto o pensar em saúde (BREHMER; RAMOS, 2016). Estes autores consideram que os marcos são desde o Movimento Sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde e, a Constituição Federal de 1988, que estabelece saúde como direito de todos e dever do Estado até a efetivação do SUS.

Os modelos assistenciais perpassam pelos marcos reconhecidos pela história da saúde do Brasil e estão relacionados a diversos fatores como: as novas formas de cuidado, ao contexto histórico, cultural, político e econômico (MENÉNDEZ, 2020). Dentre os modelos assistenciais, o modelo biomédico é reconhecido, e ainda incorporado pelos serviços de saúde, tendo como foco a doença e o alívio da dor, predominando as intervenções de maneira individual, no corpo ou na parte afetada, comparando o corpo humano ao funcionamento de uma máquina, com ênfase em ações curativas e no tratamento de lesões, com predomínio da medicalização e atenção hospitalar (FERTONANI et al., 2015).

No contexto histórico e político de movimentos pelo fim da ditadura, por democracia e direitos de cidadania, as críticas ao modelo hegemônico vigente aumentaram. Tais críticas, expressas na VIII Conferência Nacional de Saúde e na promulgação da Constituição brasileira, resultaram na elaboração do SUS, no qual o conceito de saúde é entendido como resultado das condições sociais e de vida, ao

mesmo tempo em que os princípios do SUS passaram a ser eixo de orientação do modelo assistencial, contemplando o acesso universal e igualitário, regionalização e a hierarquização e descentralização dos serviços de saúde (BRASIL,1990; FERTONANI et al., 2015).

O modelo assistencial de referência nesta pesquisa foi apresentado por Bárbara Starfield (2004), modelo que converge com o processo de construção e efetivação dos valores e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando o acesso universal, igualitário, a regionalização, a hierarquização, a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular, que passam a ser eixos de orientação das práticas assistenciais (BRASIL, 1990).

O SUS é formado por várias instituições dos diferentes níveis de governo, federal, estadual e municipal, e também pelo setor privado por meio de contratos e convênios para a prestação de serviços de saúde nos diferentes pontos de atenção à saúde (BARBOZA; RÊGO; BARROS, 2020). Os mesmos autores apontam que a organização do SUS é complexa, principalmente com os atendimentos de alta complexidade, e atualmente realiza muitas ações e serviços, apesar do pouco recurso, além disso, persiste o desafio na articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes na garantia da saúde, do direito social e cidadania.

São muitos os avanços do SUS a favor das necessidades e direitos da população, e na APS percebe-se o aumento de ações promotoras e recuperadoras da saúde, com apoio de diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação de profissionais de saúde e processos de trabalho, permitindo, desta forma, ampliar na prática a resolutividade, que pode chegar a 80 a 90% de atendimentos às necessidades de saúde na própria US (SANTOS, 2018).

No Brasil, a atenção à saúde está organizada nos níveis primário, secundário e terciário, que devem trabalhar de forma integrada e resolutiva (BRASIL, 2017). Para Starfield (2004), a APS é o nível que fornece atenção sobre a pessoa sem focar apenas na enfermidade, oferecendo acesso ao sistema de saúde para a maioria das necessidades, e atenção para todas as condições de saúde.

Entende-se nesta pesquisa que a APS organiza e racionaliza o uso dos recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Assim, a APS é o nível de atenção à saúde que entende os

problemas comuns da população e dispõe de serviços de prevenção, cura e reabilitação, bem como organiza e racionaliza os recursos básico e especializado (STARFIELD, 2004).

Dentre as interpretações na literatura sobre a definição de atenção primária, duas predominam: a APS considerada como modelo assistencial que organiza o sistema de saúde; e, como um nível de atenção à saúde da rede assistencial (DUNCAN, 2022). Para a mesma autora, o primeiro conceito traz a perspectiva de organização dos serviços, a APS como porta de entrada do sistema de saúde, com atribuição de coordenação das respostas às necessidades das pessoas, e o segundo corresponde às estruturas das unidades de saúde, que se dedicam aos problemas simples e complexos mais frequentes apresentados pelas pessoas, com enfoque em ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde.

A partir do relatório Dawson, no Reino Unido, surge a primeira definição de organização de serviços de saúde, compondo um sistema de saúde em diferentes níveis de atenção, com a base formada por serviços apoiados por centros de saúde primários, seria essa entendida como a porta de entrada da rede de atenção à saúde (DAWSON,1920). Os centros primários estavam ligados a centros de saúde secundários, geralmente localizados nas cidades maiores com oferta de serviços especializados (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Ele é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS na perspectiva de organização dos serviços de saúde, considerando os níveis de complexidade, o que influenciou a criação do sistema nacional de saúde de muitos países do mundo (LAVRAS, 2011). Somente em 1978, com a Declaração de Alma-Ata durante a Conferência Internacional sobre a APS, que a Organização Mundial de Saúde (OMS), formulou e aprovou esse conceito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

No Brasil, a definição pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera a equivalência dos termos, com a atenção básica definida como: [...] 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 na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017, p. 19).

A APS, na concepção de Starfield (2004), enfatiza os atributos essenciais² como o acesso, a longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, como atributos derivados da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. Destarte, este é o modelo assistencial como referencial teórico desta pesquisa, bem como a utilização do termo Atenção Primária à Saúde, por considerá-la como o primeiro cuidado de saúde prestado à pessoa, além de orientar e coordenar todo o sistema de saúde.

O surgimento da PNAB foi resultado de ação estratégica e política, advinda da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, por ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e da comunidade. A ESF tem como proposta de integração, o acesso aos serviços de saúde e equipes multiprofissionais generalistas responsáveis por no máximo quatro mil pessoas, respeitando critérios de equidade, dentre os quais destaca-se que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor a quantidade de pessoas atendidas por equipe (BRASIL, 2017).

Mesmo após avanços no SUS, um dos seus principais enfrentamentos está na qualificação da APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção integrados, articulando-os às necessidades das pessoas. Ainda existem fragilidades na efetivação da APS no Brasil, entre elas a oferta de cuidados contínuos, no momento que a pessoa precisa e um dos desafios enfrentados pelo sistema, devido a efemeridade na integração entre os diferentes níveis assistenciais (LUJÁN et al., 2017). Além disso, outro ponto crítico se refere a acessibilidade entre os níveis, o que impacta na melhora de experiências de continuidade do cuidado, sendo necessário intervenções eficazes centradas na qualificação, na resolutividade, no fortalecimento do vínculo e na longitudinalidade (GUERRA et al., 2022).

Adicional aos desafios na organização assistencial, outro ponto crítico se refere ao financiamento da APS. Há uma ampla discussão mundial sobre os modelos de financiamento e os modelos de pagamento na saúde, e o quanto interferem no modo de organizar o sistema de saúde, bem como os modelos assistenciais, no que se refere ao acesso aos serviços e o uso de tecnologias, e o quanto implica sobre os resultados de saúde (MASSUDA, 2020).

² Os atributos essenciais da APS serão detalhados no referencial teórico desta pesquisa.

Em 2019, uma das principais modificações foi a alteração do financiamento da APS, programa do ministério da saúde denominado Previner Brasil, que inseriu instrumentos de gestão capitação e avaliação por desempenho como método de repasse do recurso aos municípios, substituindo o número de habitantes existentes em cada município (BRASIL, 2019).

Para Massuda (2020), pode ser algo inovador a nova forma de pagamento da APS, com a adoção de capitação e avaliação de desempenho, entretanto entende que pode servir mais a propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, podendo limitar a universalidade, ampliar as distorções no financiamento e induzir a fiscalização das ações na APS no SUS, entendendo como um retrocesso.

Um dos grandes desafios de quem planeja e organiza os modelos assistenciais na saúde é buscar respostas às necessidades da população, o que foi ressaltado na pandemia da COVID-19, que começou em dezembro de 2019, em Wuhan, China e se espalhou, com impacto profundo sobre as sociedades, no que se refere às condições sociais e à vida econômica. Ao mesmo tempo gerou adaptações nos sistemas de saúde dos países, para que a atenção primária e os hospitais respondessem às necessidades de saúde neste período pandêmico, com mudanças de organização e processos (RAWAF et al., 2020).

No Brasil, a Portaria nº 188 de 03 de março de 2020, declarou emergência de saúde pública de importância nacional, em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (BRASIL, 2020). Assim como no Brasil, em muitos países a pandemia trouxe a necessidade de pensar novas formas de abordagens e de cuidar. Pesquisadores, a partir de experiências anteriores, desenvolveram uma inovadora estratégia de gestão populacional, com a abordagem para o gerenciamento de pacientes com COVID-19 de maneira remota. Essa ação foi uma das respostas da APS às construções pandêmicas desta doença, a partir do conhecimento e expertise em gestão populacional para condições crônicas, a fim de alcançar os melhores resultados para o paciente (BLAZEY-MARTIN et al., 2020).

Para tanto, ferramentas e fluxos de trabalho já existentes para o manejo populacional dos pacientes com diabetes e vício em opióides foram utilizados com abordagem semelhante para a Covid-19. Uma destas ferramentas foi a Telessaúde, que permitiu fornecer a esses pacientes suporte remoto, monitoramento e a possibilidade de permanecerem no conforto de suas casas, diminuindo o risco de contágio, bem como, a identificação dos casos mais graves e encaminhamentos para

o serviço de urgência (BLAZEY-MARTIN et al., 2020). Infelizmente, nos países mais pobres em recursos como África e América Latina, as opções virtuais têm sido limitadas (RAWAF et al., 2020).

Com o agravamento da pandemia, devido ao aumento progressivo de contágios e óbitos, a perspectiva do cuidado mudou radicalmente, a ponto de haver comunidades autônomas e fechamento dos centros de saúde, pois o foco passou a ser o atendimento nos hospitais. Já na Grã-Bretanha ocorreu o oposto, ou seja, fortalecimento do papel da APS e nas Ilhas Canárias a integração entre APS e Hospitais, o que reduziu a disseminação e o contágio da doença (MARTÍNEZ-RIERA; GRAS-NIETO, 2021).

Outro fato quanto à necessidade da integração da APS e destaque durante a pandemia, foi que mesmo com o atendimento emergencial em serviços hospitalares, a atenção primária deve estar integrada para garantir a continuidade ideal dos cuidados de saúde da população, bem como a fornecer um componente essencial do sistema de saúde para respostas para a emergência (KIDD, 2020). Neste contexto pandêmico, tem-se a importância da atenção primária na resposta a uma pandemia, valorização em seu poder de adaptação e sua forte relação com as populações locais (RAWAF et al., 2020).

A proposta da reorganização na APS, tem permitido fortalecer ações de enfrentamento durante a pandemia, sem perder a essência do cuidado. Diante desse cenário, a enfermagem distingue-se no desenvolvimento de ações em saúde, com vistas a reorganizar estratégias conjuntas com a equipe de saúde, com foco no atendimento às necessidades e demandas da população, implementação de novos fluxos e compartilhamento de diferentes saberes da equipe multiprofissional e interdisciplinar, para a continuidade das ações da APS (SILVA et al., 2020).

A enfermagem constitui importante força de trabalho em saúde, e os enfermeiros têm sido apontados como os principais responsáveis pela coordenação de equipes de saúde em diferentes níveis assistenciais, incluindo a APS (CASSIANI; NETO, 2018). Em fevereiro de 2018, o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), a OMS e o *All Party Parliamentary Group on Global Health* do Reino Unido lançaram a Campanha *Nursing Now*, como estratégia para ampliar a visibilidade e a valorização da atuação dos profissionais de enfermagem (CRISP; IRO, 2020). Este mesmo movimento foi destacado pelas entidades de classes da categoria no Brasil (CASSIANI; NETO, 2018)

A campanha Nursing Now surgiu com objetivo de aumentar o investimento na melhoria da educação e desenvolvimento profissional, refletir sobre condições de trabalho para enfermeiros; despertar sobre a importância de representatividade e liderança no cenário político e melhorar a disseminação de práticas de enfermagem efetivas e inovadoras (CRISP; IRO, 2018). Além disso, a Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) entendem a necessidade de ampliar o papel do enfermeiro na APS, como profissionais de prática avançada, integrando com uma equipe multiprofissional, contribuindo desta forma na gestão dos cuidados aos pacientes desde condições agudas à crônicas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

No Brasil, o conceito de enfermeiro de prática avançada (EPA) é recente, mas em muitos países do mundo tem-se como prioridade incluir, na organização dos serviços da APS, ações clínicas com atuação do enfermeiro de prática avançada (BRYANT-LUKOSIUS et al., 2017). Entende-se que os enfermeiros com tal prática, reduzem os custos e ampliam a qualidade do atendimento prestado (MAIER; AIKEN; BUSSE, 2017). A Lei do Exercício Profissional estabelece no Artigo 11, a consulta de enfermagem como ação privativa do enfermeiro, composta pela prescrição da assistência, cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida, cuidados de maior complexidade técnica que exijam conhecimento de base científica e capacidade na tomada de decisão, assim como a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas e aprovadas nas instituições de saúde (BRASIL, 1986).

Para o Conselho Internacional de Enfermagem (*International Council of Nursing* - ICN), enfermeiro de prática avançada é definido como “um enfermeiro licenciado que adquiriu a base de conhecimento especializada, habilidades complexas de tomada de decisões e competências clínicas para a expandida, características essas que são moldadas pelo contexto ou país em que está credenciado para a prática” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018, p. 10).

Para implementar a EPA é importante reconhecer a necessidade de superar o status quo, os gestores precisam reorientar os modelos assistenciais, bem como, apoiar a implementação da EPA, para que se possa responder de maneira mais efetiva a ações de promoção da saúde, prevenção de doenças nos diversos níveis de atenção, apresentando-se como um recurso eficaz e eficiente frente aos desafios de acessibilidade, qualidade e segurança da atenção à saúde em múltiplos países (QUIROZ; TOSO, 2021).

O aumento do debate desse tema nos diferentes países do mundo trouxe a discussão sobre a definição do papel da EPA e uma variedade de nomes para estas funções, sendo as mais comuns; enfermeiras de prática clínica (NP) e enfermeira especialista clínica (HEALE; BUCKLEY, 2015). A denominação prática clínica³ classifica o enfermeiro com maior alcance da prática, inclui avaliação avançada da saúde, doenças, prevenção de ferimentos, manejo terapêutico e cuidados direto aos pacientes (DOWLING et al., 2013). No Brasil, a prática clínica do enfermeiro é vigente, porém é desprovida da caracterização de EPA (BRYANT - LUKOSIUS et al., 2017).

Para tanto, prática clínica foi o termo escolhido para esta pesquisa, pela proximidade com a realidade prática da APS brasileira, e pelo entendimento de que é um conceito amplo. Para além da avaliação clínica individual do paciente, relaciona-se a outras competências do enfermeiro contempladas na dimensão da gestão do serviço, na gerência, na educação permanente e na dimensão política no contexto na APS. Além disso, esta pesquisa concorda com o conceito utilizado por Toso (2021), que considera a prática clínica do enfermeiro na APS, como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde e correspondente com os atributos da APS apresentados por Starfield (2004).

As evidências internacionais apontam o impacto do papel do enfermeiro na prática clínica, para o acesso aos serviços e qualidade no atendimento. A implementação deverá respeitar o contexto de cada país ou região, além de alinhar com os demais setores da sociedade, como de assistência à saúde, acadêmicos e setores políticos de saúde e lideranças (BRYANT-LUKOSIUS et al., 2017). Para essa mudança, segundo Cassiani e Neto (2018), é necessário superar alguns desafios da profissão como: a formação permanente, proporcionar condições adequadas de trabalho, número suficiente e bem distribuído de profissionais, valorização, incentivos financeiros, projeto político e reconhecimento da liderança.

O ano de 2020, proposto para a valorização dos profissionais de enfermagem, coincidiu com o início da pandemia. Esta situação trouxe visibilidade ao trabalho da enfermagem, e reflexões sobre a atuação do enfermeiro, sua educação, sua regulação e sua força de trabalho. Assim como, fomentou análises sobre a importância de maior investimento, com ações que determinam e podem transformar as condições atuais de saúde da população. A promoção da expansão do papel

³ Nesta pesquisa, será utilizado o termo prática clínica do enfermeiro.

tradicional do enfermeiro, permite transformar sua função, valorizar e melhorar a provisão do cuidado, aumentar a adesão e a permanência dos pacientes ao tratamento, e impactar nos custos e no resultado de saúde (CASSIANI et al., 2020).

A experiência com a prática profissional na APS, atuando na assistência e na gestão, sobre a relevância da atuação do enfermeiro no mundo permitem a reflexão sobre a prática clínica do enfermeiro e seu impacto na qualidade dos serviços prestados à população e quanto o resultado faz parte de um empenho individual de qualificação profissional ou está atrelada ao modelo assistencial estabelecido pela gestão municipal. As lacunas no conhecimento e o entendimento, após longo tempo de atuação na área, como também da necessidade e da importância de realizar pesquisas no campo da enfermagem, para que se possa refletir, crescer e ampliar o espaço de atuação nos diferentes cenários profissionais, sociais e políticos, conduziram a elaboração desta tese.

Além disso, resultados de um estudo realizado com enfermeiros no estado do Paraná, apontam que a prática avançada de enfermagem é considerada um assunto emergente, e que os enfermeiros da APS desenvolvem parcialmente as atividades que se aproximam das práticas avançadas de enfermagem (GUALDEZI, 2021).

Neste sentido, surgiu a motivação e a inquietação de analisar a atuação do enfermeiro no contexto da APS. Faz-se necessário clarear que a atuação não depende apenas das competências profissionais individuais, mas é influenciada pelo modelo assistencial adotado pela instituição de saúde e neste período, sobre como foi influenciada pela gestão da pandemia da Covid-19.

Como resultado desta pesquisa, pretende-se a ampliação da discussão sobre o tema e a apresentação de subsídios para os gestores das diferentes esferas de gestão das políticas públicas de saúde, contribuindo na formulação de propostas que valorizem a APS e principalmente, da atuação do enfermeiro neste espaço. Além disso, esta pesquisa poderá contribuir com sustentação na análise, na formulação, na gestão e operacionalização das ações desenvolvidas na APS de cada um dos municípios pesquisados e na questão das crises emergentes na saúde que afetam a sociedade como um todo ou em grandes grupos sociais.

Nesta perspectiva, a presente pesquisa defende o seguinte pressuposto: a prática clínica do enfermeiro na APS está relacionada ao modelo assistencial estabelecido pelas políticas públicas dos municípios do Estado do Paraná. Destarte,

questiona-se: como o modelo assistencial dos municípios no Estado do Paraná propicia a prática clínica do enfermeiro na APS?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o modelo assistencial em saúde dos municípios e sua relação com a prática clínica do enfermeiro na APS durante a pandemia da Covid-19.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar a percepção dos gestores em saúde sobre o papel do enfermeiro no que se refere à prática clínica na atenção primária à saúde;
- Reconhecer o papel do enfermeiro na atenção primária à saúde frente à pandemia da Covid-19 e suas práticas clínicas como estratégias de acesso para o atendimento à saúde da população;
- Identificar as divergências e convergências entre a prática clínica do enfermeiro, o modelo assistencial e os atributos essenciais da atenção primária.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O capítulo apresenta o referencial teórico da Bárbara Starfield. Esse referencial serviu para o direcionamento do conceito de APS abordado na tese, bem como sustentou a análise do modelo assistencial dos municípios participantes da pesquisa, destacando a APS e os seus atributos.

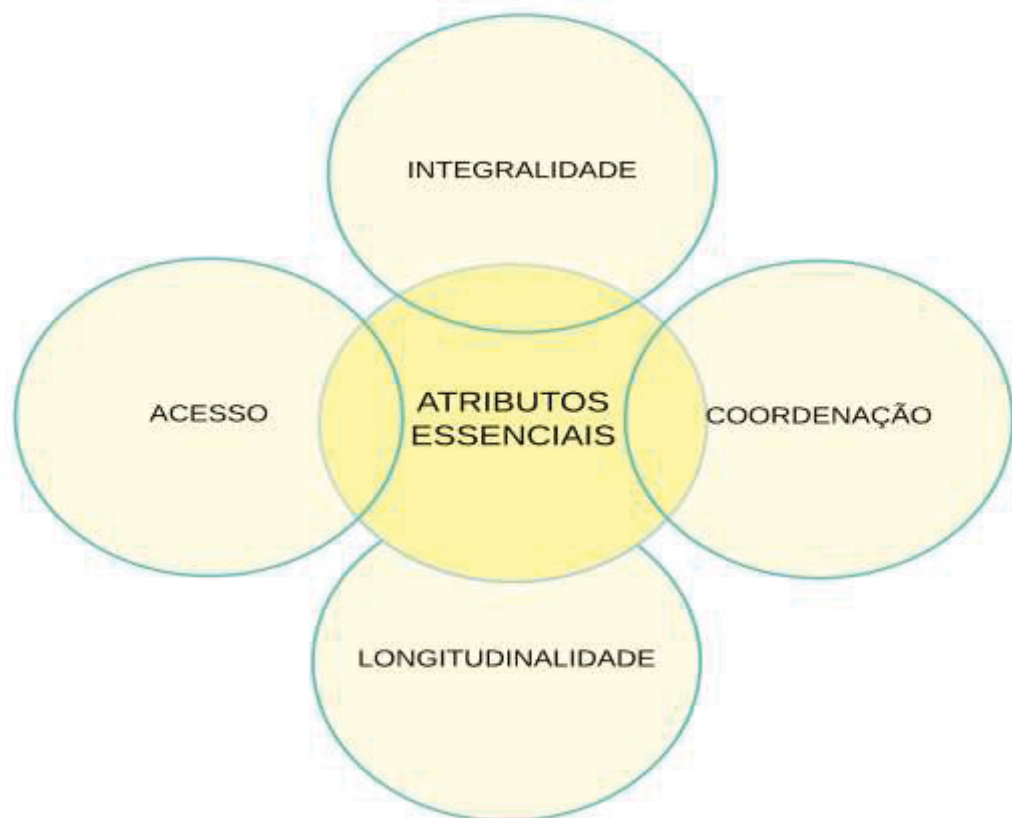
A definição do referencial teórico baseou-se pela aproximação com o modelo assistencial apresentado por Bárbara Starfield durante a experiência profissional da pesquisadora, que atuou como membro da equipe de gestores do departamento de atenção primária à saúde no município de Curitiba – PR. Teve-se o entendimento que o modelo proposto converge com os princípios do SUS, no que se refere ao fortalecimento da APS como porta principal e coordenadora do cuidado na Rede Assistencial à Saúde (RAS). Além disso, considera-se que os atributos essenciais da APS, encarados nesta pesquisa como categorias analíticas, podem amparar o reconhecimento da prática clínica do enfermeiro na APS.

Barbara Starfield tinha origem norte-americana e apresentou destaque devido à importância das suas pesquisas na área da atenção primária no mundo. Pediatra de formação e professora de saúde pública na Universidade Johns Hopkins, desenvolveu uma ampla variedade de ferramentas para análise objetiva do trabalho em saúde na Ferramenta de Avaliação do Primary Care (PCAT), Perfil de Saúde Infantil e Doença (CHIP) e Grupos Clínicos Ajustados (ACGs). Recebeu a nomeação de honra pelo Royal College of General Practitioners em 2000 e faleceu de maneira acidentalmente em 2011 (RUBIO et al., 2017).

Ela considerava a APS como o nível de atenção que oferece a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas, com atendimento centrado na pessoa no decorrer do tempo, aborda problemas mais comuns na população, oferta serviços de prevenção, cura e reabilitação (STARFIELD, 2004). Segundo a estudiosa, a APS é um conjunto de funções, que compartilha características com outros pontos de atenção do sistema de saúde como: responsabilidade sobre acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como tratamento e reabilitação, não se define apenas por atividades clínicas exclusivas, e sim por abordar a saúde considerando outros determinantes de saúde como as condições sociais, físicas e o modo de vida das pessoas.

Distintas características determinam a forma como os modelos de atenção à saúde parecem e operam. E entende-se que essa multiplicidade faz com que nenhum seja parecido ou contemplado da mesma maneira, mesmo com desafios semelhantes (STARFIELD, 2004). A partir de 1991, Starfield iniciou o desenvolvimento da formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção. Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, juntamente com competência cultural, orientação familiar e comunitária, foram definidos como atributos da qualidade do modelo de atenção, evidenciando desta forma a associação de uma APS forte com maior satisfação por parte dos pacientes, e melhores resultados em saúde (STARFIELD; SHI, 2007). Nesta pesquisa, foram utilizados os atributos essenciais da APS, ilustrados na figura abaixo.

FIGURA 1 – ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.



FONTE: Adaptado de Starfield (2004).

Para Brandão (2020), o Acesso envolve aspectos da APS em relação às distâncias geográficas, disponibilidade do profissional, características socioculturais que o influenciam ou as tecnologias que o intermediam. Destaque para o profissional generalista como primeiro contato e entrada do paciente no sistema.

O Acesso é também denominado como primeiro contato ou ponto de entrada, cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde, em que deve ser de fácil acesso é inerente a organização do serviço de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Entende-se que deveria haver um lugar ou prestador específico atuando como porta de entrada do sistema, tendo concordância que o profissional precisa ser generalista. O termo acesso e acessibilidade são usadas de maneira intercalada e ambígua. Acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços de saúde, e acesso é a forma como as pessoas experimentam as características do atendimento do serviço de saúde (STARFIELD, 2004).

A questão das portas abertas é por muitas vezes controversa e depende do tipo de modelo de atenção à saúde que as instituições adotam. Em um dos modelos, o paciente não busca o profissional especialista sem antes passar pela equipe de APS e outro modelo o paciente tem livre escolha do profissional e sua especialidade. Os diferentes modelos podem ter a intenção de racionalizar e organizar a rede de atenção à saúde a fim de reduzir custos ou de conter despesas. Em relação aos custos, envolve questão ética, pois quando a restrição ao acesso a especialistas está vinculada ao incentivo financeiro, há um conflito entre a preocupação com os custos, e o bem-estar dos pacientes. Esta apreensão não acontece quando a instituição adota um modelo claro, consolidado com equipes de APS, suficientemente reconhecidas e com habilidade clínica no manejo do problema (STARFIELD, 2004).

Considerando o acesso como um atributo importante na organização do modelo assistencial, um estudo realizado em São Paulo teve como objetivo caracterizar o acesso na APS nos contratos de gestão. O referido estudo concluiu que é um tema importante, pois possibilita compreender e ajustar as necessidades da população e a oferta dos serviços de saúde e que existem determinantes que podem ser influenciados pelas características de quem oferta e organiza o serviço de quem utiliza. Além disso, foi identificado que existe fragilidade desse atributo na análise dos contratos realizados (RUFINO; JUNIOR, 2022).

O atributo da Longitudinalidade refere-se à importância de o paciente ser acompanhado por um mesmo profissional de saúde ou uma mesma equipe/local

(BRANDÃO, 2020). A atenção orientada ao longo do tempo é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes que a acompanham. Significa que a população identifica uma fonte de cuidado (profissional ou equipe) de referência, como “sua”. Acompanhar ao longo do tempo, independentemente do tipo de problema de saúde e está associada a diversos benefícios como: menor utilização dos serviços, melhor atenção preventiva, reduzidas hospitalizações e custos mais baixos (BRANDÃO, 2020; STARFIELD, 2004).

A palavra longitudinal deriva de *longitudinal*, que é definido como lidar com o crescimento e mudanças dos indivíduos nos grupos no decorrer do tempo. O termo continuidade de atenção é utilizado para descrever o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou equipe em determinado período, característica tanto da APS quanto da atenção especializada. Os benefícios da longitudinalidade estão em conhecer os problemas dos pacientes, melhora por parte do profissional a capacidade de julgar a necessidade de intervenção diagnóstica (STARFIELD, 2004).

Em 2011, as pesquisadoras Cunha e Giovanella realizaram uma revisão conceitual sobre a longitudinalidade ou continuidade do cuidado, e constataram que o SUS avançou na implementação de novos modelos assistenciais, mas que ainda é um grande desafio a organização dos processos assistenciais, e consideraram o cuidado longitudinal como característica essencial e central na APS, como também, entenderam que embora esse atributo é estabelecido no âmbito da prática profissional, precisa ser incorporado como prioridade na gestão dos serviços.

A Integralidade considera o aspecto holístico (ou não) do cuidado. As necessidades dos pacientes são potencialmente amplas e demanda cuidados integrais dentro do sistema de saúde. A Integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente a variedade completa e necessária relacionadas à saúde dos pacientes e disponibilize recursos para isso. Portanto, requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados e ajustados às necessidades de saúde das pessoas (BRANDÃO, 2020; STARFIELD, 2004).

A Integralidade é julgada pelo quanto a variedade e disponibilidade de serviços contempla as necessidades que são comuns na população atendida, bem como os serviços são usados de maneira adequada para o atendimento em saúde, ao ponto que está relacionada às limitações da disponibilidade de recursos (STARFIELD, 2004).

A Coordenação é necessária para a obtenção dos demais componentes. Refere-se à capacidade do sistema e dos profissionais envolvidos se comunicarem e manterem a racionalidade no cuidado ao paciente de modo harmônico com esforço comum. É necessário conhecer a respeito do processo de encaminhamento e comunicação dentro do sistema de saúde. Entende-se que nem todas as necessidades de saúde podem ser resolvidas na APS, em determinadas situações são requeridos encaminhamentos ou consultorias a outros profissionais. No entanto, a APS mantém-se como coordenadora deste cuidado em saúde, sendo a sua equipe de referência do paciente. Destarte, a necessidade de diálogo contínuo entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção para evitar ruído de comunicação que possam interferir no manejo do caso (STARFIELD, 2004).

A atenção compartilhada é um meio de aprimorar o fluxo de informação da equipe de APS com outros profissionais especialistas, além de tornar explícita as responsabilidades dos profissionais deste nível de atenção e de outras especialidades. O desafio da coordenação do cuidado depende do conhecimento a respeito do processo, questões políticas que incluem o desenvolvimento de alguns padrões para encaminhamento, além da melhor compreensão dos níveis de atenção, dos papéis e responsabilidades (STARFIELD, 2004).

As pesquisas utilizando os atributos da APS como referência de análise podem servir como uma forma de avaliar e qualificar os serviços de saúde na RAS, em especial a APS, fornecendo caminhos e parâmetros para tomada de decisão, por parte dos gestores, além de apoiar na elaboração de políticas governamentais (LIMA et., 2018). Os mesmos autores confirmam que há um movimento progressivo de consolidar a APS, como porta de entrada da RAS, facilitadora de acesso, ainda que insuficiente, entretanto, no que se refere aos atributos da longitudinalidade e coordenação do cuidado foram avaliados de forma negativa e insuficiente na relação profissional - paciente.

Para Portela (2017), a maneira como a APS é compreendida, organizada e operacionaliza os processos é fundamental para melhorar a efetividade e a equidade, sugere que seja levado em consideração, além da necessidade da população, da efetividade, do tipo de intervenção sobre os resultados em saúde, também os serviços de saúde que operam em sintonia com os atributos da APS. Reforçando a crença de Starfield de que um APS forte é um ingrediente essencial de um sistema de saúde econômico e equitativo (WATTS, 2011).

A escolha desse referencial como arcabouço da tese foi devida ao entendimento que o trabalho desenvolvido por Barbara Starfield contribuiu para a mudança sobre o papel e a importância da APS no mundo, incluindo o Brasil. O trabalho desenvolvido por Barbara Starfield incentivou a construção do campo de pesquisa em cuidados primários na saúde e na prestação de cuidados à saúde, mostrando como a APS pode melhorar a saúde da população, com diminuição dos custos na saúde (PERRIN, 2021).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o percurso trilhado por esta pesquisa. Sequencialmente, a descrição das etapas utilizadas foram: o tipo de pesquisa, o local da pesquisa, os participantes, os instrumentos e fases da coleta de dados, processamento, análise e os aspectos éticos conforme legislação vigente.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A abordagem qualitativa foi utilizada pela busca ao entendimento de que indivíduos ou grupos produzem o significado de um fenômeno social ou humano, no qual os dados são coletados em seu ambiente e a análise se dá de forma indutiva pela interpretação do pesquisador (CRESWELL, 2010).

A natureza do que se busca é o que diferencia a pesquisa qualitativa da quantitativa, tendo em vista que ao buscar dados qualitativos, ocorre o aprofundamento das ações e relações, do que não está tão explícito ou visível, e que deverá ser o foco do pesquisador para a compreensão do conteúdo analisado. Isso ocorre por se tratar de um nível de realidade não quantificável e no qual os participantes refletem sua realidade (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa é caracterizada como criativa e entusiasta, na qual o pesquisador é considerado parte do processo, seja pela presença pessoal ou por suas experiências no campo da pesquisa, assim como pela capacidade de reflexão. Modalidade de pesquisa que se caracteriza pela flexibilidade de adaptação durante o desenvolvimento, capacidade de analisar objetos complexos com dados heterogêneos, aprofundar aspectos da vida social e cultural (SOUZA et al., 2019).

Os achados da pesquisa qualitativa podem orientar ações de cuidado, implementar novos processos nos serviços de saúde, recriar modos de fazer e ampliar a visão de mundo do pesquisador sob uma perspectiva multifocal e complexa (SOUZA et al., 2019). É considerada uma importante ferramenta para ampliar o conhecimento clínico e melhorar a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde, tem o propósito de compreender fenômenos dentro de um determinado cenário, compreender a ligação entre conceitos, representações, crenças e comportamentos,

além de fornecer *insights* importantes que podem ajudar a enfrentar deficiências nos sistemas de saúde (TAQUETTE; MINAYO, 2017).

Do ponto de vista dos seus objetivos, a natureza exploratória é utilizada quando o tema escolhido pelo pesquisador é pouco explorado, o que dificulta a precisão de hipóteses, bem como permite a aproximação sobre um determinado fato. Segundo Lacerda e Costenaro (2018, p. 275), a pesquisa de natureza exploratória tem como finalidade “proporcionar informações sobre o assunto que se pretende investigar, facilitar a delimitação do tema de pesquisa, orientar a fixação dos objetivos e formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque sobre o assunto”. Além de permitir a utilização de técnicas, quais serão utilizadas nesta pesquisa, entre elas, entrevistas semiestruturadas.

As pesquisas descritivas possuem o objetivo de descrever as características de uma população, um fenômeno ou uma experiência, utilizam técnicas padronizadas de coleta de dados, e se propõe a observar, analisar, classificar e interpretar fatos, nos quais, o pesquisador não interfere no processo. Além disso, permite novas visões sobre a mesma realidade e podem apontar fatores que interferem na qualidade da assistência em saúde, contribuindo na formação dos profissionais de saúde e de novas pesquisas que possam impactar na melhoria da saúde da população (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016).

3.2 CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no estado do Paraná, localizado ao norte da região Sul do Brasil. O Paraná faz divisa com Mato Grosso do Sul, São Paulo, Santa Catarina, Argentina, Paraguai e Oceano Atlântico. A sua área de extensão é de 199.307,939 km², conforme os dados do último censo a população é de 10.444,526 e a população estimada no ano de 2021 de 11.597,484, o que representa em termos proporcionais 38,1% da população do sul-brasileira e 5,5% da nacional. Dos seus 399 municípios, 317 (79,5%) têm uma população inferior ou até 20 mil habitantes e apenas 18 (20,5%) possuem acima de 100 mil habitantes. Do total de municípios que participaram da pesquisa, sete deles possuem população entre 2.000 a 10.000; nove entre 10.000 a 35.000; dois municípios têm 35.000 a 50.000 habitantes e oito deles têm população acima de 50.000 habitantes.

Além da agricultura desenvolvida, a economia do Paraná também possui uma indústria bastante diversificada. Ela se caracteriza pela produção de bens de capital, em especial, tratores, caminhões, máquinas e equipamentos, bens de consumo duráveis como móveis, automóveis e eletrodomésticos. Além de relevante atuação em cadeias de insumos como madeira, papel e celulose, produtos químicos como fertilizantes e combustíveis como diesel, gasolina e álcool (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2022).

No que se refere à saúde, atualmente, o Brasil apresenta cobertura populacional estimada de Atenção Básica (AB) de 74,63% e cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 64,21%. O Paraná apresenta cobertura de Atenção Básica de 76,39% e cobertura populacional de ESF de 64,75%. Em comparação com os demais estados da Federação, o Paraná está na 15ª posição quanto à cobertura de atenção básica na competência de setembro de 2019 (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2022).

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR) está estruturada por regionais de saúde e que até 1982, eram denominadas de Distritos Sanitários. Atualmente, configuram quatro Macrorregiões de Saúde, tendo Londrina como município sede da Macrorregião Norte; Maringá da Macro Noroeste; Cascavel da Macro Oeste e Curitiba da Macro Leste, que por sua vez são subdivididas em vinte e duas regionais de saúde. Os serviços que prestam assistência à saúde no âmbito do SUS no Paraná, são Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Apoio e Diagnóstico para a realização de exames complementares, Centros de Especialidades e Ambulatórios de Atenção Especializada, Hospitais Gerais e Hospitais Especializados, Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar.

Nesta estrutura, organizada com diferentes serviços municipais no estado, o enfermeiro faz parte da equipe de saúde. De acordo com os dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no mês de novembro de 2022, o estado do Paraná contava com 31.043 profissionais enfermeiros cadastrados e ativos nesta jurisdição (BRASIL, 2023).

Para a coleta de dados, contemplou-se no mínimo um município por regional de saúde do Estado, com todas sendo representadas nesta pesquisa. Para tanto, foi organizado o quadro a seguir (QUADRO 1), com características dos 26 municípios que participaram da pesquisa:

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS

POPULAÇÃO POR MUNICÍPIO	ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL	REDE ASSISTENCIAL SAÚDE
2,000 a 10,000 habitantes	Extrativismo de madeiras, serrarias, olarias, comércio atacadista, produção de milho, café e feijão, fumiçultura, fabricação de álcool, avicultura.	Unidades de saúde, serviço especializado, farmácia básica, odontologia, serviços de urgência e emergência, hospital
10,000 a 50,000 habitantes	Mel, erva mate, produção de feijão, soja, milho, fumo, arroz, cebola, cana de açúcar, frutas, turismo, ervateiras, prestação de serviços tecnológicos, comércio varejista, serrarias,	Unidades de saúde, serviço especializado, farmácia básica, odontologia, serviços de urgência e emergência, hospital
Acima de 50,000 habitantes	Agricultura, pecuária, comércio, agroindústria, confecção, turismo, geração de energia elétrica, produção de café, grãos e produção frigorífica de carne e frango.	Unidades de saúde, serviço especializado, farmácia básica, odontologia, serviços de urgência e emergência, hospital, atendimento domiciliar, laboratório de análises clínicas, clínicas odontológicas.

FONTE: A autora (2022)

FIGURA 2 - MAPA POLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ



FONTE: Paraná (2022)

A partir de 2020, para o enfrentamento à pandemia da Covid-19, a Secretaria Estadual de Saúde elaborou um plano de contingência, com objetivo de definir estratégias, elaborar ações de alinhamento constante com as regionais de saúde e municípios, baseadas nas orientações do Ministério da Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020). Dentro deste plano, foram elaborados documentos com orientações padronizadas de critérios para definição de caso suspeito e confirmado, manuseio clínico ao paciente com sintomas respiratórios, fluxos assistenciais para cada desfecho, orientação para os contatos e formas de isolamento, esclarecimento sobre os tipos de exames e maneira de coleta e a obrigatoriedade de notificar os casos. Além disso, foram definidas ações prioritárias que envolveram a gestão, a vigilância e a assistência (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020).

Como atribuições no campo da gestão: realizar reuniões sistemáticas e periódicas com o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública da SESA; monitorar e prover recursos necessários de estoque de insumos; definir equipe de

profissionais de vigilância; atualizar contatos para localização em tempo oportuno; mobilizar ações intersetoriais; garantir equipamentos de apoio como celulares, acesso à internet; intensificar a comunicação e troca entre as equipes assistenciais dos diferentes municípios; regular o acesso a leitos clínicos e de UTI; a SESA apoiar os municípios na construção e elaboração do plano de contingência local de enfrentamento da Covid-19; implementar estratégias de vacinação; implementar estratégias de comunicação para a população (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020).

Em relação às ações de vigilância, foram estabelecidos como atribuições: intensificar as ações de monitoramento da situação epidemiológica; reforçar o apoio às regionais de saúde para o monitoramento epidemiológico junto aos municípios; reforçar a comunicação com as equipes e população; atualizar sistematicamente a avaliação de risco de disseminação dos vírus no estado; divulgar a situação epidemiológica do estado e municípios; manter os profissionais atualizados quanto ao manuseio clínico dos casos de Covid-19; organizar equipes de referência 24 horas; definir e divulgar os fluxos assistenciais atualizados; apoiar as estratégias de vacinação (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020).

A equipe assistencial ficou com a responsabilidade de implementar a Rede de Atenção à Saúde nas regionais e municípios; padronizar as ações e definições para casos suspeitos e confirmados; manejo clínico dos casos; realizar atendimento de forma oportuna; apoiar as ações de vigilância; instituir medidas para casos graves; orientar a população sobre as formas de cuidado, sinais e sintomas; organizar a rede para atendimento dos casos saúde mental; orientar a população e equipe sobre o atendimento pré-hospitalar e móvel de urgência; apoiar os serviços hospitalares no processo de desospitalização (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020).

A elaboração do plano de contingência durante a pandemia, contendo as definições clínicas padronizadas, as atribuições para cada ponto de atenção foram importantes para implementar as ações em saúde nos municípios conforme a realidade local, além disso, proporcionou espaço de troca de informações e experiências entre gestores.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Com o objetivo de delinear a amostragem de caráter intencional foram convidados gestores municipais, responsáveis pela organização, planejamento e gestão da atenção primária à saúde nos seus municípios. A saturação dos dados ocorreu com a participação de 26 participantes.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Profissionais com atuação na gestão municipal com funções relacionadas ao planejamento, a organização e a direção da atenção primária à saúde. Gestores que ocupavam os cargos de secretário de saúde, diretor ou coordenador da atenção primária à saúde, dependendo da estrutura de cada município.

Os profissionais foram contatados previamente para o esclarecimento e objetivos, bem como ressaltado a importância da temática a ser abordada. Destacase a participação de um apoiador do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR) na divulgação e a disponibilidade dos contatos (e-mail e telefônico) dos possíveis participantes. Também ao apoiador, foi liberado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, após explicação sobre os objetivos da pesquisa, o que favoreceu em muito a divulgação da pesquisa junto às referências regionais e aos municípios.

3.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados, por meio de entrevistas em profundidade com os gestores municipais, com o apoio de um roteiro semiestruturado (ANEXO 1), que ocorreu no período de maio a dezembro de 2021. Devido ao contexto da pandemia da Covid-19, houve dificuldade de agendar horários com os profissionais, por estarem diretamente envolvidos na organização da rede assistencial, o tempo reduzido devido a múltiplas demandas. Por várias vezes, os participantes precisaram reagendar a entrevista.

Identificando a situação foi criado um grupo de coleta de dados, composto por pesquisadores do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), dois alunos da iniciação

científica e um doutorando, no intuito de ampliar a disponibilidade e adaptabilidade de horários aos participantes. Ocorreu treinamento aos membros do grupo de coleta, abordando os objetivos, o método, o roteiro semiestruturado utilizado nas entrevistas, bem como a relevância e a importância do presente estudo. No treinamento foram discutidos temas como: ética na pesquisa; formas de comunicação, principalmente as virtuais; e, uso das tecnologias de comunicação e informação como ferramenta de apoio. Também houve a participação conjunta da pesquisadora com os membros do grupo de coleta, no momento da primeira entrevista, para dirimir dúvidas e fortalecer os objetivos da pesquisa.

Destaca-se que cada entrevista aconteceu com dois coletadores, um responsável por conduzir a entrevista e o outro para auxiliar na gravação. Assim, inicialmente os participantes eram abordados se concordavam e nenhum verbalizou ou demonstrou desconforto. Após, era realizada apresentação dos pesquisadores que estavam na condução daquela entrevista, esclarecendo que todos fazem parte do grupo de pesquisa GPPGPS.

As entrevistas foram agendadas considerando o contexto em que vivíamos durante a pandemia da COVID-19, com isso, do total de 26 entrevistas, 25 (96,15%) delas foram realizadas na modalidade virtual e apenas uma entrevista na modalidade presencial, por ser o município de residência da pesquisadora. Tanto na modalidade virtual ou presencial foram respeitadas a escolha do participante no que se refere ao dia, o local e o horário definido por ele. Em seguida foi encaminhado via e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2), elucidando as dúvidas a respeito do mesmo e solicitando sua autorização escrita, e nas entrevistas virtuais, o envio prévio no e-mail da pesquisadora do TCLE.

As entrevistas tiveram um tempo médio de trinta minutos de duração, foram gravadas seja na modalidade virtual ou presencial, na modalidade presencial foi utilizado gravador do aparelho celular, e na modalidade virtual foi utilizado a ferramenta de gravação da própria plataforma da sala virtual, para promover melhor atenção do (a) pesquisador nas falas durante as entrevistas e proporcionar uma transcrição mantendo o rigor necessário para tanto. Porém, tal procedimento foi iniciado, após conhecimento e autorização dos participantes. Para manter o sigilo preconizado pela Resolução nº 466/2012, códigos foram utilizados na identificação de cada participante.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

O corpus de análise constituiu-se das 26 entrevistas das quais emergiram cinco classes de maior abrangência, as quais são tratadas no capítulo dos resultados.

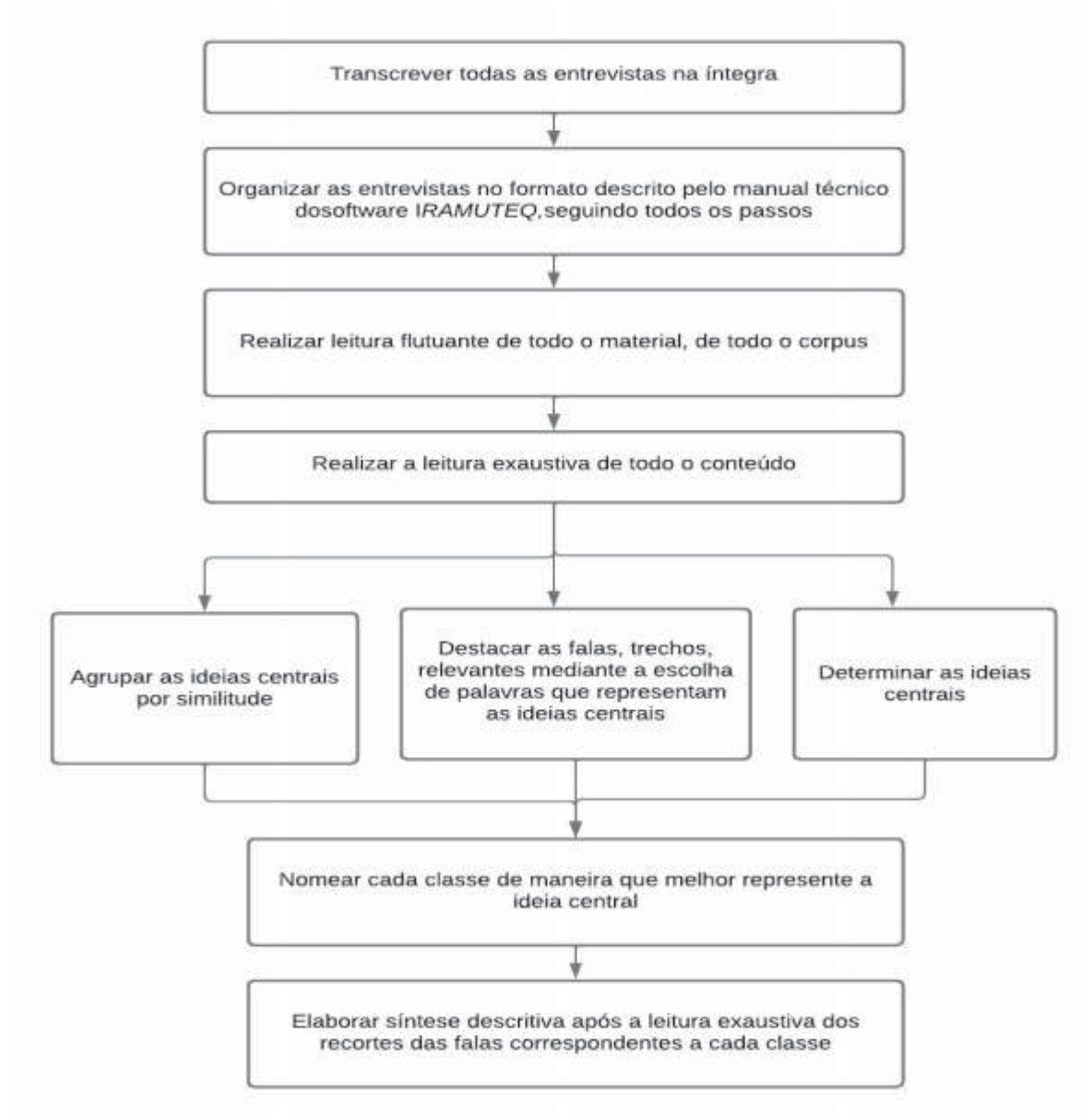
Para a análise dos dados qualitativos originários das entrevistas com roteiro semiestruturado, foram transcritas com a confecção de um *corpus* enviado para processamento dos dados com apoio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Este software possui, entre outros aspectos, facilidades para codificação dos dados, gerenciamento das fontes de informação, mecanismos de busca, facilidades para categorização dos dados durante o processo de codificação.

O *software* IRAMUTEQ é de código aberto e ancorado no *software* R, que possibilita diferentes análises estatísticas de textos produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outros. Foi desenvolvido em 2009, por Pierre Ratinaud no idioma francês, mas atualmente em diferentes línguas. No Brasil, o seu uso iniciou-se em 2013 e permite análises precisas, conferindo-lhe utilidade para a pesquisa qualitativa (CAMARGO; JUSTO, 2013). Embora inicialmente tenha sido utilizado predominantemente na área de representações sociais, atualmente outras áreas do conhecimento também se apropriaram da ferramenta para o processamento de dados (LOWEN et al., 2019).

O *software* IRAMUTEQ permite que o pesquisador realize vários tipos de análises: as textuais clássicas, de especificidades, o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a de similitude e a nuvem de palavras. O método CHD proposto por Reinert, em 1990, é utilizado pelo *software* Alceste (*Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte*) (REINERT, 1990); no entanto, o IRAMUTEQ inclui outras formas de análise que não são realizadas pelo Alceste (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Para melhor conduzir a etapa das entrevistas provenientes desta pesquisa, e facilitar a compreensão dos dados qualitativos, foi seguido o roteiro apresentado na Figura abaixo.

FIGURA 3 - ROTEIRO DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS



FONTE: A autora (2022)

Após a discussão dos resultados das entrevistas, foi realizada a análise das convergências e divergências evidenciadas e as requeridas no modelo assistencial instituído nos municípios participantes, com a utilização da Hermenêutica dialética (HD) como forma de interpretar e analisar a complexidade inerente ao fenômeno social. Esta escolha levou em consideração as bases filosóficas e ideológicas, a maneira de ver e estar no mundo da pesquisadora (MINAYO, 2014). Para apoiar a análise, foi elaborada a matriz para demonstrar as convergências e divergências da prática clínica do enfermeiro com o modelo assistencial.

A palavra hermenêutica provém do verbo grego *hermēneuein* e pode ser relacionada a declarar, anunciar, interpretar, esclarecer, traduzir; tornar algo compreensível, ou levado à compreensão; interpretação do sentido das palavras, deseja-se compreender pelo trabalho de interpretação (GADAMER, 2002). Consiste em interpretar a linguagem falada ou escrita a partir do todo, no entanto, este só é compreendido a partir das partes, relação denominada de ciclo hermenêutico (LOWEN, 2019). Neste contexto, Schleiermacher (2005) orienta uma leitura em que o aprofundar ocorra de maneira progressiva, na compreensão das partes como o todo.

Para Lowen (2019), há um esforço desafiador, por parte do pesquisador, em compreender e entender o contexto e a significação do objeto, pois exige um olhar consciente para diferenciar do intérprete o seu contexto e a sua própria compreensão. Esse caminho traçado por meio da hermenêutica é caracterizado pela mediação, considerando o tempo e a diversidade. O pesquisador busca as diferenças e semelhanças entre o seu contexto e o dos participantes, a compreensão do seu posicionamento e o outro, a distinção do “processo hermenêutico”, no entanto, essa compreensão nunca será completa ou total (MINAYO, 2014, p. 345).

A dialética busca compreender o movimento da contradição, esclarecer o fenômeno a partir das relações que tem com outras partes, seu desenvolvimento e a busca de suas contradições de forma articulada com hermenêutica (MINAYO, 2014). Considera os seus processos em seu contexto, na dimensão singular, particular e estrutural. A dimensão singular está relacionada ao âmbito do indivíduo, a dimensão estrutural representa o macroambiente e a particular, considerada intermediária, está entre o macro e o microambiente (PERES, CHAVES, MERCHÁN, 2013; MINAYO, 2014).

A dialética e a hermenêutica podem convergir e perdurar a partir da reflexão, sendo que a diferença e a mediação se complementam, assim como a crítica e a compreensão da realidade se fundem na sua análise (HABERMAS, 1987). A hermenêutica-dialética propõe avaliar a realidade em sua dinamicidade e historicidade de um determinado objeto, que pode ser de sujeitos, grupos, populações ou cenários. Além disso, busca fundamentar a investigação sobre a práxis, a totalidade, as divergências e convergências advindas das determinações sociais presentes na realidade objetiva, a partir das dimensões: singular, particular e estrutural (PERES; CHAVES; MERCHÁN, 2013).

Para Lima et al (2013), a hermenêutica dialética faz a síntese dos processos compreensivos e críticos, a partir da comunicação relacionado a vida cotidiana e do senso comum, e fundamenta-se em dois princípios: a experiência cultural, na qual os resultados se convertem em estruturas, vivências, significados compartilhados e símbolos. Já a Dialética busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles, e entende-se como um caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas.

Neste sentido, a análise hermenêutico-dialética, constitui o processo de subjetivação do objeto e objetivação do sujeito, que geralmente são reduzidos à relação quantitativo/qualitativo, considerando que ambos possuem a mesma significação. Procura compreender os textos de diferentes fontes como livros, narrativas, documentos, artigos, entrevistas, entre outros, e consiste em interpretar sob diversos olhares (MINAYO, 2014).

A hermenêutica-dialética responde às inquietações do pesquisador e considera que a constituição do seu objeto envolve questões que dizem respeito ao método e técnicas de pesquisa e são consideradas em várias possibilidades, compreendendo que não existe um fechamento completo sobre determinado tema ou objeto. (PERES; CHAVES; MERCHÁN, 2013). Para as autoras, o uso da hermenêutica-dialética busca fundamentar a investigação sobre a práxis, a totalidade, as divergências e convergências advindas das determinações sociais presentes na realidade objetiva, permitindo explorar suas dimensões: singular, particular e estrutural, que pode ser com sujeitos, grupos, populações ou cenários.

Considera-se, neste campo de análise, o indivíduo como ser histórico interpenetrado por todos os lados pela sua liberdade, necessidade, vivências e símbolos e procura compreender a partir da inter-relação entre quem emite a mensagem e quem a capta e interpreta. Já a dialética como parte da realidade o conflito e a contradição (PERES, 2006). Diferencia-se pela crítica, conflito e contradição (MINAYO, 2014).

Assim, para compreender a partir deste referencial como o modelo de gestão implica na prática clínica do enfermeiro, é necessário reconhecer as dimensões estrutural, particular e singular.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas do estudo. Esta pesquisa seguiu o disposto na Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolvem Seres Humanos.

A pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Encontra-se inserida em um projeto maior intitulado: “Desafios e oportunidades da Rede de Atenção à Saúde em tempos de pandemia Covid-19: informação, organização e acesso às práticas de saúde”. Todos os participantes que concordaram em participar do estudo, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme ANEXO 2.

4 RESULTADOS

Na estruturação deste capítulo, primeiramente são apresentadas as caracterizações dos participantes gestores. Em seguida, mostram-se as cinco classes originadas do *corpus* das entrevistas, segundo o agrupamento consolidado pelo *software*, com as respectivas falas, selecionadas pela pesquisadora, e que trazem sentido a cada uma das seguintes classes: Classe 1 – A percepção dos gestores sobre a prática clínica do enfermeiro na APS. Classe 2 – O enfermeiro na gestão, organização e desenvolvimento do modelo assistencial na APS. Classe 3 – A retomada das ações em saúde na atenção primária com a estabilização do número de casos de Covid-19; Classe 4 - A organização do modelo assistencial durante a pandemia da Covid-19 na APS; Classe 5- A atuação clínica do enfermeiro na APS com foco principal no atendimento às condições crônicas.

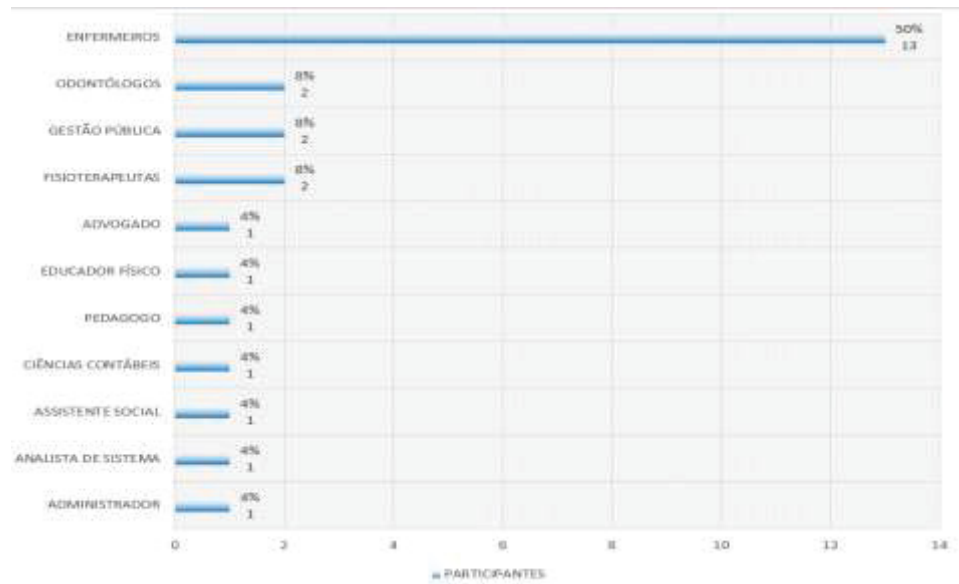
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram 26 gestores municipais que atuavam na organização, no planejamento e na gestão da atenção primária à saúde municipal, sendo 16 (61,53%) do sexo feminino e dez (38,46%) do sexo masculino. A faixa etária variou de 30 a 57 anos e o tempo de experiência na gestão variou de três meses a 20 anos.

Quando questionados sobre o cargo que ocupavam durante a realização da pesquisa, 12 (46,15%) estavam como secretários de saúde, seis (23,07%) como diretores da atenção primária à saúde, sete (26,92%) como coordenadores da atenção primária um (3,84%) como assessor de gabinete.

No que se refere à formação dos participantes gestores, o enfermeiro predominou ocupando esse cargo, conforme ilustrado no gráfico abaixo:

FIGURA 4 - CATEGORIA PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES.



Fonte: A autora (2022).

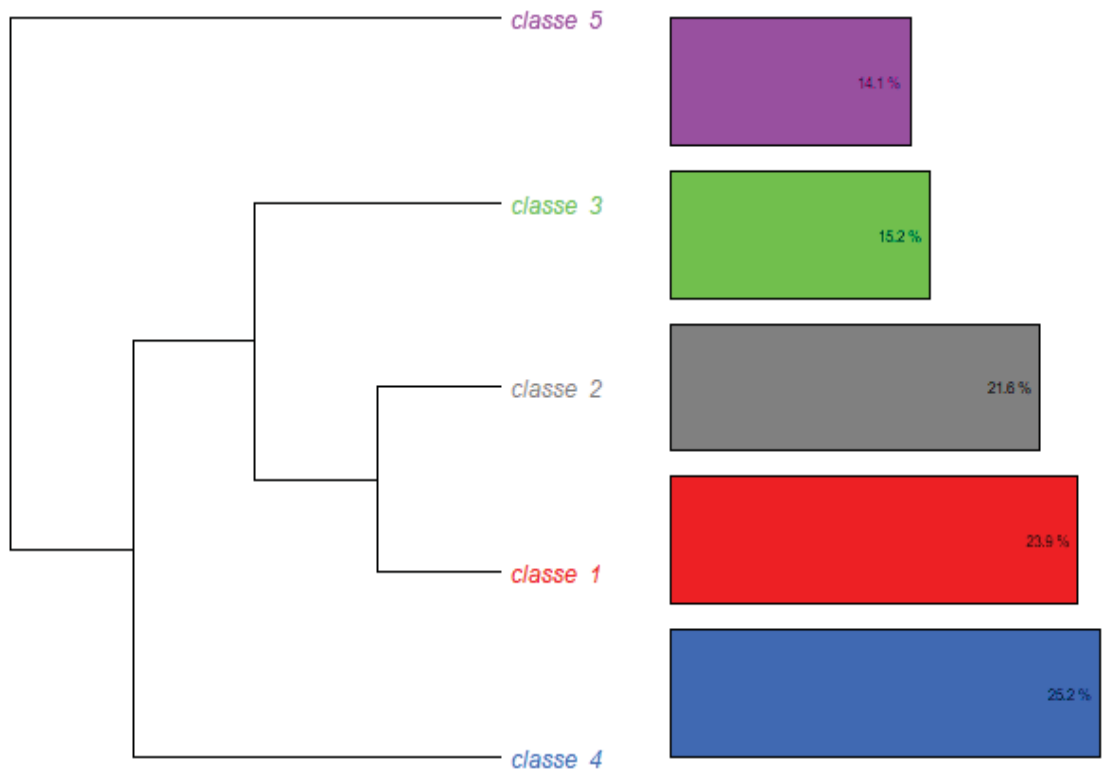
Dentre os participantes, 17 (65,38%) profissionais possuíam pós-graduação *lato sensu* e 03 (11,53%) concluíram o mestrado.

4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS SEGUNDO IRAMUTEQ

Cada uma das cinco classes geradas pelo *software IRAMUTEQ* recebeu um título condizente com seu conteúdo: Classe 1 – A percepção dos gestores sobre a prática clínica do enfermeiro na APS. Classe 2 – O enfermeiro na gestão, organização e desenvolvimento do modelo assistencial na APS. Classe 3 – A retomada das ações em saúde na atenção primária com a estabilização do número de casos de Covid-19; Classe 4- A organização do modelo assistencial durante a pandemia da Covid-19 na APS; Classe 5- A atuação clínica do enfermeiro na APS com foco principal no atendimento às condições crônicas.

Foram processados 26 textos pelo *software IRAMUTEQ*, dos quais foram obtidos 1.269 segmentos de texto; 1.094 destes (86,21 %) foram aproveitados. Após o dimensionamento dos segmentos de texto, classificados em função dos vocabulários, as classes de segmentos de texto foram definidas. A relação destas classes é ilustrada em um dendrograma de classificação hierárquica descendente (CHD).

FIGURA 4 - DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDAS PELO IRAMUTEQ.

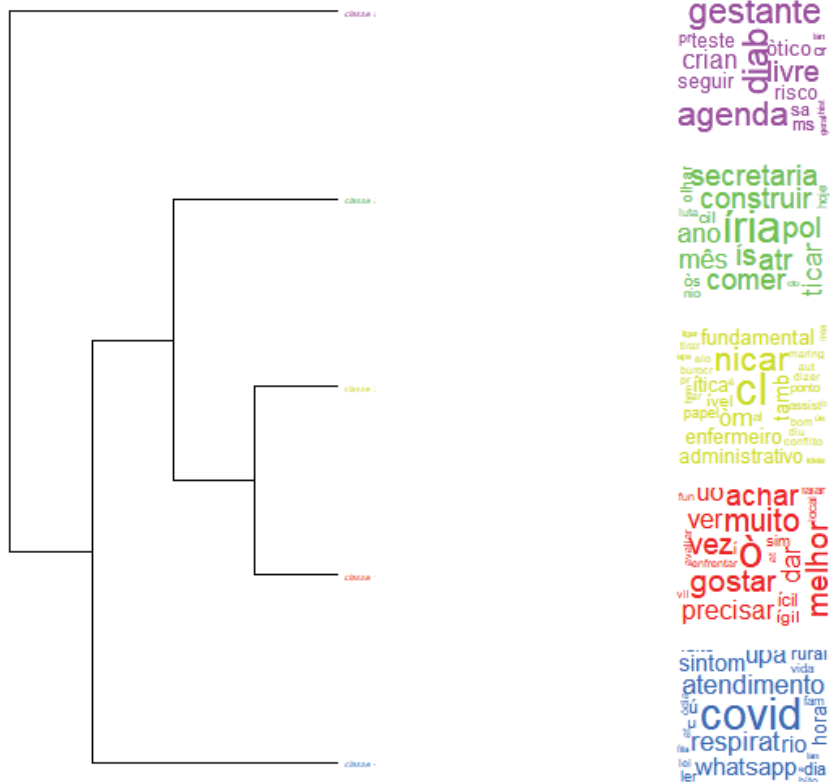


FONTE: A autora (2021)

O *corpus* foi dividido em cinco *sub-corpus*. De um dos *sub-corpus*, obteve-se a Classe 5, constituída de 147 Unidades de Contexto Elementares (UCE) , que concentram 14,1 % das UCE do *corpus* total. Do outro *sub-corpus*, obteve-se a Classe 4, com 263 UCE, que corresponde à 25,2% das UCE, e mais três repartições que originaram as Classes 3, 2 e 1 com 159, 226 e 249 UCE, respectivamente, correspondentes a 15,2% na Classe 3, 21,6% na Classe 2 e 23,09% na Classe 1 do total das UCE.

Para cada classe, foi computada uma lista de palavras, geradas a partir do teste qui-quadrado (2). A percentagem referente ao conteúdo é a “ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no *corpus*” (CAMARGO, JUSTO, 2021).

FIGURA 5 - DENDOGRAMA DAS CLASSES – FILOGRAMA.



FONTE: A autora (2022)

A seguir, são apresentados alguns segmentos de texto que subsidiaram a discussão das cinco classes a partir das palavras com o χ^2 igual ou superior a 3,84.

4.3 CLASSE 1 – A PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA APS.

A classe representa a percepção dos gestores à prática clínica do enfermeiro, com destaque à predominância do modelo médico assistencial, bem como para a atuação do enfermeiro como gestor do serviço, gerando acúmulo de funções gerenciais e assistenciais na APS, mas evidenciando o acesso e a integralidade como atributos essenciais obtidos na classe.

As palavras com χ^2 com maior destaque foram: dificuldade, gostar, melhor, precisar e perceber.

Os gestores destacaram a produtividade e a resolutividade da atuação assistencial do enfermeiro, principalmente na consulta. Ressaltam ainda, que em

geral, os enfermeiros resolvem a maioria das situações que demandam dos usuários, adscritos à unidade. Evidencia-se neste contexto o atributo do acesso.

“eu digo que 50 é muito, pois tem o médico que essencialmente precisa de muito desfecho, mas a equipe resolve 90 por cento desses problemas da população, mas a metade desse valor quem resolve é o enfermeiro” (gestor 12)

“a consulta de enfermagem consegue ser muito resolutive. Pelo menos aqui no nosso município, o enfermeiro resolve praticamente 80 por cento dos problemas da população” (gestor 22)

Outra característica da consulta do enfermeiro apontada pelos participantes, foi a amplitude e detalhamento, demonstrando a possibilidade de melhor responder às demandas das pessoas. Destaque aos protocolos de atendimento, que apoiam o exercício profissional e são facilitadores/roteiros para as normativas relevantes na APS, como o percebido no relato a seguir:

“a facilidade é quando o enfermeiro realmente consegue cumprir, estou contando a minha experiência, que às vezes é muito mais produtiva a consulta de enfermagem, do que a do médico, pois é muito mais detalhada” (gestor 01)

Ainda percebe-se que há gestores que valorizam o modelo médico assistencial, sendo a consulta médica o principal recurso, e que outros atendimentos, como a consulta do enfermeiro, são vistos como classificatória de risco ou prioridade. Pode-se deduzir conflitos e outras situações de relacionamento entre a equipe, bem como obstáculos para ampliar o acesso aos serviços de saúde, o que se nota nos relatos abaixo:

“na verdade, o enfermeiro já tem a função dele dentro da US, que é preparar os pacientes para as consultas médicas, ele executa os tratamentos prescritos e orienta. Acho que cada enfermeiro cuidando da sua unidade” (gestor 02)

“para o enfermeiro isso foi uma dificuldade para nós, porque a APS se responsabiliza pelos pacientes, assim, com um quadro mais leve, então para dispensar um paciente preciso que o médico avalie” (gestor 05)

Além disso, há uma invisibilidade do trabalho do enfermeiro por parte da equipe da APS, o que dificulta a ampliação dos serviços de saúde a mais pessoas. Como pode-se observar nos trechos, tanto para o médico como para os técnicos de enfermagem, não está claro sobre as atribuições do enfermeiro.

"Temos alguns médicos que não aceitam, onde já se viu esse enfermeiro fazer consulta? É a gente que faz" (gestor 03)

"temos essa picuinha entre os profissionais técnicos e enfermeiros pois eles sempre acham que o enfermeiro faz pouco e ganha mais. Então na visão deles, o enfermeiro trabalha menos que eles e ganham mais" (gestor 03)

Outros gestores identificaram um processo de mudança nas equipes de APS, com atuação assistencial de maneira integrada entre médico e enfermeiro.

"depende muito, não é uma coisa que é sempre assim, tem casos que precisa ser passado por consulta, mas tem muito apoio, os nossos médicos são bem parceiros eles trocam orientações, informações. Esse trabalho é bem tranquilo" (gestor 10)

Os participantes destacaram também que, por uma visão ampliada da situação de saúde dos indivíduos, da sua família e às vezes dos grupos sociais, o enfermeiro é o profissional de referência para debater as situações geradoras, e planejar a atuação de toda a equipe. Evidencia-se, assim, o atributo da integralidade.

"uma facilidade hoje é o fato de o enfermeiro ser um profissional muito completo, então você vai abordar um assunto com ele, e o mesmo consegue ter um caminho para debater com você" (gestor 12)

"para nós, ele é um administrador, é assistencial e às vezes faz o papel de um profissional que não esteja na unidade, como psicólogo" (gestor 17)

Os participantes identificaram que a atuação do enfermeiro acontece em várias frentes na unidade de saúde, com funções clínicas, administrativas, incluindo atribuições que são de responsabilidade de outro profissional.

"eu percebo uma atuação muito importante do enfermeiro, ele é coordenador percebo isso, eu sou enfermeiro da APS, já fui enfermeiro da APS por 14 anos, tudo centraliza no enfermeiro" (gestor 20)

“a facilidade é que elas são muito receptivas para ajudar e não medem esforços em coisas que não são funções delas, elas dirigem e são os motoristas” (gestor 25)

Além de reconhecerem o acúmulo de atribuições na APS ao enfermeiro, os entrevistados trouxeram o entendimento que esses profissionais estão sobrecarregados com ações gerenciais e administrativas, com isso disponibilizando menor tempo para ações com foco assistencial.

“eu percebo que o enfermeiro tem muitas funções dentro da APS, e ele acaba não dando conta de toda essa demanda” (gestor 20)

“acaba sobrecarregando a enfermagem, geralmente questões de planejamento cai em cima do enfermeiro e por conta da responsabilidade do gerenciamento do profissional em cima da US, ele não está tendo disponibilidade de tempo para atender” (gestor 23)

Alguns participantes revelaram que, apesar do modelo médico assistencial ser frequente nas unidades, existe a necessidade de repensar e apresentar novas formas de organizar a APS, principalmente as que possibilitem ampliar a atuação clínica do enfermeiro neste espaço.

“dependendo também, muito dos serviços médicos, ... sabe o que precisa fazer, mas acaba tendo que ir ao serviço médico para se tratar, essas coisas são as que precisamos mudar, para dar esse respaldo para os enfermeiros” (gestor 10)

“agora dificuldade, eu tenho ainda parte de profissionais, muito resistentes a modelos modernos da APS. A cultura mais antiga de atenção centrada na consulta médica, ainda é muito grande, de uma forma que a gente não imagina” (gestor 12)

Outra situação desvelada, talvez influenciada pelo modelo médico assistencial, foi que a atuação clínica do enfermeiro na APS ocorre de maneira segmentada. Problemática demonstrada na forma de organizar a agenda, categorizando os tipos de atendimento por comorbidades ou condição de saúde, e tendo profissionais específicos para cada tipo de atendimento.

“[...] um trabalho muito centralizado em que tinha um enfermeiro para fazer o preventivo, outro para fazer o planejamento familiar. Isso gera um desconforto” (gestor 06)

Os gestores destacaram que, apesar do reconhecimento do enfermeiro como referência na unidade de saúde para a população, ainda é um desafio aceitar a consulta clínica do enfermeiro.

“o enfermeiro é a referência da comunidade, ele precisa pensar na ação dele enquanto profissão enfermeiro [...]” (gestor 11)

“[...] a dificuldade ainda é a resistência da população. É praticamente a única dificuldade” (gestor 26)

Os gestores apontaram a importância de ampliar a autonomia na atuação do enfermeiro na atenção primária, e entenderam que a conduta da gestão do serviço influencia diretamente.

“entendo que primeiro é garantir autonomia, a nossa gestão garante muita autonomia para o enfermeiro, muito mesmo. Porque o enfermeiro hoje ocupa os maiores espaços, os de lideranças, de gestão e dentro das unidades sempre é respeitada a autonomia do enfermeiro” (gestor 12)

4.4 CLASSE 2 – O ENFERMEIRO NA GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL NA APS

A Classe 2 traz os resultados sobre a participação do enfermeiro na organização do modelo assistencial, bem como nas funções gerenciais e administrativas. Destaque para os atributos da coordenação do cuidado e integralidade.

As palavras com χ^2 com maior destaque foram: enfermeiro, fundamental, administrativo e coordenador.

Os participantes retrataram que a organização da APS nos municípios segue o que está preconizado pela PNAB, com a composição da equipe mínima e apoio matricial.

“os enfermeiros em cada US, temos um enfermeiro responsável por cada equipe. Então ele é o que gerencia a US e, além dele, nós temos o enfermeiro que é o supervisor do serviço” (gestor 02)

“hoje realmente temos uma equipe multiprofissional que atua como suporte de apoio da APS. Nosso objetivo é realmente fortalecer a APS [...]” (gestor 06)

Destacaram, também, o enfermeiro como coordenador do cuidado na APS, e ao mesmo tempo exercendo o papel de liderança, na organização do modelo assistencial e, no direcionamento da equipe multiprofissional da unidade de saúde. Destaca-se neste contexto, o atributo do acesso e da coordenação do cuidado.

“uma parte de agenda voltada ao acolhimento e outra para o agendamento, o enfermeiro é o líder natural da equipe, é ele quem faz a coordenação da equipe, conduz os técnicos, os médicos, além de fazer o papel de gestão” (gestor 08)

“muito centrado na coordenação do cuidado. Então na APS, o enfermeiro realmente participa das discussões dos protocolos de saúde mental” (gestor 12)

Entenderam que é importante pensar, planejar e organizar o modelo assistencial da APS de maneira integrada e participativa com a equipe da unidade de saúde, mas não esquecendo de levar em consideração os recursos financeiros disponíveis. Aponta-se o atributo da integralidade neste contexto.

“o que fizemos, de macro e em conjunto, é colaborar com o levantamento de informações que a ponta traz e reorganizar conforme essa necessidade se apresenta. Conforme também os recursos financeiros disponíveis e as prioridades” (gestor 18)

Os gestores destacaram a importância das políticas públicas definidas e direcionadas pelo Estado, além da relevância de construir de maneira participativa o modelo assistencial na APS com os municípios e as equipes assistenciais.

“todos os nossos atendimentos são realizados em cima daquilo que tem no Paraná, e é estabelecido pelo MS, [...] fomos nós que gerenciamos o como atendermos esses pacientes” (gestor 14)

“acabou que a regional também adaptou o nosso protocolo para todos os seus municípios, mas isso é um ponto positivo, porque foi uma construção coletiva partindo da escuta do profissional enfermeiro que está na base” (gestor 14)

Reforçaram a atuação do enfermeiro como coordenador do cuidado na APS, sendo o profissional responsável pelo planejamento e a organização do modelo assistencial. Ratifica-se o atributo da coordenação do cuidado na APS pelo enfermeiro.

“[...] quem coordena hoje a APS ou a ESF são os enfermeiros, com a equipe multiprofissional, mas a coordenação é do enfermeiro” (gestor 04)

“o enfermeiro é fundamental. Eu falo que ele é a diretriz, é responsável por toda a equipe de enfermagem dentro da US. [...] Vejo que o enfermeiro é a peça fundamental da unidade de saúde, quando ele tem o entendimento, temos a condução de toda a equipe médica, dos ACS a recepção, enfim” (gestor 07)

Ao mesmo tempo que atua na coordenação do cuidado na APS e em ações estratégicas na gestão dos serviços, o enfermeiro assume também atribuições administrativas na unidade de saúde que envolvem dimensionamento de pessoas, manutenção de insumos e recursos. Os gestores entenderam que essa diversidade de atribuições do enfermeiro, acaba comprometendo o tempo disponível para prestar assistência clínica para a população.

“e foi em um crescente, ao ponto que nós não temos mais um coordenador da APS, um coordenando tudo. Cada enfermeiro é coordenador local da sua equipe, além da assistência que presta. [...] Ser responsável técnico, sendo uma parte específica da enfermagem, ele é o coordenador da equipe deliberando sobre férias, sobre algum conflito entre funcionários, sobre a folga, sobre serviços administrativos, mas o excesso de demanda administrativa prejudica a assistência” (gestor 12)

“temos o prontuário eletrônico, e se tem algum problema de conexão, adivinha quem vai? O enfermeiro, que está na ponta. O enfermeiro é o líder e o tempo hábil para a clínica fica comprometido” (gestor 16)

O repasse de recursos financeiros para o município está relacionado à definição de políticas públicas estabelecidas pelo SUS e implementadas por meio do MS. Os gestores retrataram o enfermeiro como profissional chave para o recebimento dos recursos financeiros da APS, entretanto não pela ação assistencial ou de gestão, e sim pela atividade administrativa de alimentar sistemas específicos para esse fim.

“o enfermeiro é fundamental para os nossos serviços e para poder receber os recursos financeiros mesmo, os incentivos que chegam pelo MS, pelo Estado, porque se elas não alimentarem bem o sistema, se elas não fizerem a parte da “enfermesa” digamos assim, nós não conseguimos o recurso. Então sabemos da importância dos serviços delas, valorizamos tanto na parte técnica como na parte de papelada” (gestor 25)

“é um novo modelo de financiamento que é repassado, todo um recurso do governo federal para os municípios através de atendimentos por procedimentos. E é o enfermeiro que está fazendo todo esse trabalho. O profissional enfermeiro ele está muito atrás do computador, fica ali sentado gerenciando atrás de um computador, porque tem que alimentar o sistema. Tudo vem em documentos, portarias e você tem que ler e explicar” (gestor 23)

Houve o entendimento que o modelo assistencial da APS favorece ou permite que o enfermeiro transite entre ações assistenciais, gerenciais e administrativas. E que isso pode estar relacionado tanto com a necessidade do serviço, quanto pela preferência ou escolha por parte dos enfermeiros, por atribuições mais gerenciais, em detrimento do atendimento clínico.

“gerenciar uma equipe é algo que estamos tentando mudar, porque o enfermeiro é assistencial e gerencial, ele faz o trabalho de gerente na US, de coordenador. Como vocês queiram chamar. Talvez não tenha muito estímulo para gerenciar, ele não está ganhando nada a mais para fazer isso. Então o papel dele é gerencial e assistencial” (gestor 17)

“alguns profissionais enfermeiros entendem que a característica do seu trabalho seja mais administrativa ou seja mais clínica, a percepção de cada um também” (gestor 09)

4.5 CLASSE 3 – A RETOMADA DAS AÇÕES EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A ESTABILIZAÇÃO DA PANDEMIA DA COVID-19.

A classe apresenta os resultados sobre a retomada das ações em saúde pelas equipes de saúde da APS durante a estabilização do número de casos de Covid-19; a importância da definição de políticas públicas por parte do Estado, para apoiar os municípios; o quanto a educação permanente é fundamental na formação dos profissionais e na construção do modelo assistencial.

As palavras com χ^2 com maior destaque foram: administrar, construir, retomar.

No período de estabilidade do número de casos da Covid-19, os gestores falaram sobre a retomada das ações em saúde na APS, com destaque às atividades coletivas, prevalecendo o modelo assistencial com foco nas condições crônicas de saúde.

“o que mudou foram as atividades coletivas, como os grupos que sempre fazíamos antes da pandemia. Enfim, alguns eventos deixaram de acontecer e esse ano voltou com a melhora, a questão do novembro azul, o outubro rosa, setembro amarelo. Esses eventos, essas práticas durante aquele período de pandemia ficaram mais difícil de serem executadas, foi preciso se adaptar ao novo sistema de saúde, sem aglomerações e o atendimento mais exclusivo” (gestor 02)

Por outro lado, entenderam que algumas ações inovadoras, vivenciadas durante o auge da pandemia, como a consulta virtual podem ser mantidas e inseridas no modelo assistencial da APS. Podendo considerar nesta fala, que o uso da tecnologia pode ser uma ferramenta que facilite o acesso e continuidade do cuidado.

“hoje estamos em um processo de retomada para como ela estava antes da pandemia para então se pensar algumas inovações, talvez trazer essa experiência do teleatendimento para APS e não só para a pandemia” (gestor 08)

Os participantes evidenciaram o desafio para reorganizar o modelo assistencial, tanto para a equipe de gestores quanto para os profissionais assistenciais da equipe APS, pois fatores estruturais, emocionais e físicos impactaram de maneira considerável no processo de reestruturação da APS.

"A questão do processo de trabalho, essa palavra que eu quero dizer para vocês, porque nós perdemos todo o nosso processo de trabalho que vinha sendo construído desde 2014. Eles estão extremamente cansados, trabalhando bastante, desgastados, porém, a efetividade do trabalho foi comprometida [...] tudo isso somado ao desgaste que eles estavam, e você quer reorganizar o processo de trabalho e tem um fator que é do individual de cada um. No fundo uns não querem voltar" (gestor 12)

"deixa complementar: aqui no interior tivemos que trocar os quatro pneus do carro, andando não só um pneu, e sim os quatro de uma vez. Todo mundo teve que dar um passo para trás" (gestor 21)

A maior preocupação das equipes de saúde, entre gestores e a população em geral, estava centralizada nas demandas oriundas da Covid-19, desconsiderando, de certa forma, as demais patologias que não deixaram de se manifestar e que necessitavam do mesmo cuidado por parte de todos, conforme segue nos relatos:

"porque a pandemia gerou um problema crônico. Eu era secretário da Covid-19, meu prefeito era prefeito da Covid-19 a secretaria e prefeitura eram da Covid-19, as pessoas só vinham falar comigo sobre Covid-19" (gestor 19)

Apontaram, novamente, a importância da elaboração de protocolos clínicos, da definição de diretrizes por parte do Estado e MS, na organização dos processos assistenciais. Principalmente durante a pandemia da Covid-19.

"eu entendo que seguimos o que está preconizado pelo MS, temos todo o material, temos a equipe, um coordenador para cada linha de cuidado. Sendo a maioria enfermeiro quem tem esse conhecimento" (gestor 07)

“tivemos um grande treinamento lá atrás, no início do ano passado para a atenção às urgências, manuseio e consumo de medicamentos, com todo o arsenal necessário, como o uso do oxigênio nas unidades” (gestor 09)

Além disso, citaram que a educação permanente é fundamental para as equipes que atuam na APS, para contribuir na formação profissional, como também na construção do modelo assistencial. E esse entendimento foi fortalecido durante a pandemia.

“importante tudo isso, a gente pode começar também, mas tem que ter educação permanente. Então eu avalio a educação permanente como fundamental, imprescindível” (gestor 12)

“[...] enquanto se é profissional, não podemos parar nunca de estudar, tanto que vimos o quanto tivemos que estudar com a vinda da COVID. Estou formada há 15 anos e precisamos buscar coisas novas que surgem, temos que acompanhar ...” (gestor 20)

4.6 CLASSE 4 - A ORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA APS.

A classe apresenta os resultados sobre a forma de organização do modelo assistencial durante a pandemia; as dificuldades enfrentadas; sobre o uso da tecnologia de informação e comunicação como ferramenta de cuidado; diferenças entre os municípios na estruturação da rede assistencial. Atributos destacados nesta classe: acesso e integralidade.

As palavras com χ^2 com maior destaque foram: Covid-19, paciente, respiratório, atendimento, whatsapp e UPA.

Os gestores relataram sobre as diferentes formas de acesso implementadas ou fortalecidas na APS durante a pandemia. Ademais, distinguiram a inserção de todos os profissionais da equipe para os atendimentos assistenciais, principalmente os realizados na US ou em domicílio.

“os atendimentos à demanda, vêm desde o agente comunitário, passando pelo enfermeiro, técnicos, que cuidam somente dos idosos. Eles fazem visitas domiciliares todos os dias para os acamados idosos” (gestor 01)

“primeiro, o enfermeiro é o responsável pelo acolhimento. Eles verificam se o paciente pode aguardar, se o paciente está grave, se vamos pedir para agendar outro dia. É o enfermeiro quem faz o acolhimento e não a triagem, pois a triagem quem faz é o nosso técnico (gestor 01)

Nos relatos foi evidenciado que, inicialmente, os municípios organizaram unidades específicas para atendimentos aos pacientes com sintomas respiratórios. Para tal, houve separação das atividades e equipes para casos agudos e mantendo as equipes de APS para as demais condições de saúde, atendendo às orientações dos protocolos elaborados durante esta crise humanitária.

“não mudamos, dividimos município em APS e unidade de acolhimento. E sim, deixamos descentralizado o trabalho, mas com protocolo definido de atenção aos sintomáticos respiratórios” (gestor 03)

“montamos um centro de especialidades para atender a Covid-19. Não paramos com o atendimento da população em geral, e permanecemos com o cuidado no território. Isso foi importante porque as equipes já estavam estruturadas. O centro de Covid-19 antes era uma unidade central que atendia várias áreas descobertas, agora montamos um centro de apoio da APS com médicos ginecologistas e pediatras” (gestor 06)

A fragilidade em relação ao dimensionamento das equipes de APS ficou mais evidente durante a pandemia da Covid-19. Os gestores relataram que a mesma quantidade de profissionais foi necessária para organizar os serviços de saúde, priorizando os pontos com maior número de atendimento e gravidade. Destaque aqui para a importância do atributo da integralidade.

“nós precisamos nos adaptar, principalmente pela falta de funcionários, porque tivemos bastante necessidade de deixar uma unidade descoberta: trazer para a UPA, trazer funcionários para trabalhar apenas com Covid-19 no monitoramento, para fazer o isolamento. Então teve muitas mudanças” (gestor 10)

“diminuí um contingente dos profissionais de saúde e tivemos que reorganizar, se alocar. E tudo apurado durante a prática na pandemia” (gestor 24)

Ocorreu um movimento de maneira dinâmica na organização da rede assistencial do município. Ora os casos com sintomas respiratórios estavam sendo atendidos na APS e, em outro momento, direcionados para unidades específicas.

“[...] passamos por alguns momentos muito difíceis em relação ao cuidado básico da APS, e sentimos sim. Até porque muitos exames foram deixados de fazer, cirurgias eletivas que pararam de acontecer, os preventivos em alguns momentos foram suspensos”. (gestor 02)

“[...] a gestão resolveu tirar os sintomáticos respiratórios da unidade, acho que essa foi uma estratégia muito interessante. Chegando ao ponto em que, nenhuma das unidades atendiam os pacientes sintomáticos, resgatando as pessoas que não estavam procurando” (gestor 08)

A necessidade de se adaptar ou entender a dinâmica da evolução da doença foi trabalhosa, principalmente para os gestores responsáveis pela elaboração e implementação das ações em saúde. Neste contexto, percebe-se a relevância da rede assistencial atuando de forma integrada, e as diferenças estruturais econômicas entre os municípios. O atributo da integralidade é destacado aqui.

“entendo que precisamos separar o momento atual, que é um momento extraordinário, absurdamente extraordinário, porque foi preciso implantar algumas estratégias por conta do volume de pacientes sintomáticos, então não podemos pensar na normalidade. Algumas queixas agudas absorvem muitas pessoas que procuram a UPA com quadros que são da APS. O que podemos dizer, percebo que logo teremos que de novo lançar mão disso, porque a onda aumenta e diminui, enquanto não tivermos uma vacinação em massa, vamos permanecer com esses aumentos e diminuições do número de pacientes sintomáticos” (gestor 09)

“o que eu estabeleci, até mesmo porque quando começamos, logo em seguida tivemos que nos reinventar na situação da Covid-19 e da pandemia, nos estruturar de uma forma diferente de como atender, como trabalhar, recepcionar essa população dentro das unidades. Porque meu município é pequeno, então eu não tenho um hospital. Precisamos nos organizar para poder atender. Como nós não

temos hospital, não temos leitos hospitalares, definimos por fechar uma unidade e dentro dessa unidade de APS, criamos uma sentinela e dentro dessa sentinela, nós criamos leitos de covid” (gestor 14)

Sobre a importância do uso da tecnologia para auxiliar no cuidado, como a teleconsulta, os entrevistados apontaram que a consulta virtual não foi implementada em todos os municípios. Outra fala esclarece que a tecnologia ainda não está acessível para todas as pessoas. Evidência para o atributo do acesso neste cenário.

“Tivemos uma situação atípica vivida pelo Brasil inteiro e conosco não foi diferente, tivemos aqui alguns casos de teleatendimento, mas poucos. O que acontecia, é que esses profissionais faziam os atendimentos com os nossos pacientes ou com os pacientes que procuravam no particular através do teleatendimento. Mas nós aqui, como município, não praticamos muito não” (gestor 02)

“não implementamos o teleatendimento porque nossa população é bem característica rural, 50 por cento da nossa população é rural. Estamos em processo de implantação de tecnologia, a maioria tem internet mas achamos moroso no momento” (gestor 06)

Os participantes comentaram que, além do desafio no manuseio clínico dos casos, houve o desconhecimento da doença. Os profissionais de saúde demonstraram sentimento de medo pelo risco de contaminação e de seus familiares, bem como da população.

“em certos momentos no início todo mundo ficou amedrontado inclusive médico se escondeu e queria fazer receita no fundo da unidade” (gestor 16)

Por outro lado, surgiu a fala de que, durante a pandemia, a equipe de saúde da APS manteve-se mais unida. Este fato demonstrou maior preocupação e cuidado com o outro.

“teve uma parte de união. Eu acho que para um cuidar do outro e teve uma questão que foi muito levantada, que tivemos que olhar mais para isso, a questão emocional” (gestor 18)

4.7 CLASSE 5 – A ATUAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA APS COM FOCO PRINCIPAL NO ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.

Essa classe apresenta os resultados sobre a prática clínica do enfermeiro na APS voltada para as condições crônicas; importância do Estado na elaboração de protocolos clínicos norteadores, incluindo sobre a atuação do enfermeiro. Nesta classe, evidenciam-se dois atributos essenciais da APS, o acesso e a longitudinalidade.

As palavras com χ^2 com maior destaque foram: protocolo, hipertenso, diabetes, gestante, agenda, puericultura, mulher e mental⁴.

Os gestores referiram que a atuação clínica do enfermeiro na APS está direcionada e organizada ao acompanhamento dos pacientes com condições de saúde como: gestante, diabetes, hipertensão. Destaque para os atributos acesso e longitudinalidade nesta classe.

“alguma deficiência grave que está fazendo tratamento de feridas, tomando medicação, pessoas com diabetes e hipertensão. Mas são os idosos e acamados que fazemos mais visitas domiciliares, para verificar a glicemia todos os dias e depois, as outras demandas de visitas domiciliares. Temos as demandas da puericultura, gestante, hipertenso, diabético e do idoso, concluindo todas as fases com o idoso e também a saúde mental que iniciamos agora” (gestor 01)

“O enfermeiro faz prescrição de medicamentos no acolhimento, renova medicamentos dos pacientes com doenças crônicas” (gestor 05)

Outros participantes apontaram que a atuação do enfermeiro abre a entrada da unidade de saúde a mais usuários. Além de ser um facilitador do acesso aos pacientes, é um acolhedor às diversas demandas da população. Realça-se o atributo do acesso nesta fala.

⁴ A palavra mental consta no relato dos participantes da pesquisa e se refere ao acompanhamento e ações desenvolvidas pela equipe de APS com os pacientes com algum tipo de sofrimento psíquico, sendo respaldada pela Política Nacional de Saúde Mental do MS.

“ele está no acolhimento, pegando o que chega. Se chega alguém que não está agendado, conversa com o enfermeiro para resolver e encaixar para o médico, em caso de necessidade. Mas uma agenda específica para a livre demanda ainda a gente não tem” (gestor 26)

Apesar do enfermeiro ser considerado facilitador do acesso, a forma de organizar a sua agenda de trabalho, apresenta-se de forma segmentada, com agendas programadas e estabelecidas pela condição de saúde da população, representando o modelo programático assistencial. Ênfase para o atributo do acesso neste contexto.

“a gestante já tem a sua agenda programada para atendimento. Para criança também, o atendimento de puericultura. O enfermeiro tem a agenda na semana para esse atendimento. Para o atendimento à saúde da mulher, com agendas semanais e quinzenais. Nós estamos em processo de implantar a sistematização da assistência com relação às condições crônicas” (gestor 06)

Os gestores reforçaram e apontaram que as diversas atribuições do enfermeiro na unidade de saúde atuam como um dos fatores de fragilidade para a sua prática clínica na APS.

“a dificuldade é que geralmente o enfermeiro faz tudo. Sempre sobra para o enfermeiro as estratégias. Outra dificuldade é comprimir a agenda deles. Como a vacina é o enfermeiro, a visita domiciliar é o enfermeiro, essa é a dificuldade de cumprir a agenda com a consulta de enfermagem” (gestor 01)

“o enfermeiro, além de ser o assistencial, ele é também o coordenador da unidade. O enfermeiro tem uma agenda de atendimento para consulta de pré natal, coleta de preventivo, puericultura, teste rápido e livre demanda” (gestor 03)

Alguns participantes tiveram o entendimento que os protocolos clínicos na APS poderão ser um dispositivo assistencial importante na efetivação e fortalecimento da prática clínica do enfermeiro.

"Estamos para implantar o protocolo dos crônicos hipertensos e diabéticos. Seria uma oportunidade para os nossos enfermeiros poderem solicitar vários exames de rotina para estratificar" (gestor 03)

O comentário do trecho abaixo evidencia que a atuação clínica do enfermeiro na APS está concentrada no modelo programático assistencial. Neste modelo, a prática clínica seria focada nos atendimentos aos pacientes com condições crônicas, estabelecidas em protocolos clínicos existentes.

"o município utiliza de vários protocolos de atendimento em que a atuação dele está em todos eles. Nós temos o protocolo de saúde da mulher, hipertensão, diabetes de acolhimento" (gestor 05)

Os participantes verbalizaram sobre a importância de ter o apoio da gestão estadual e do MS na elaboração de protocolos clínicos norteadores. A partir deles, sugerem que possam fazer adaptações à realidade do município e suprir lacunas existentes.

"adotamos alguns protocolos próprios do município para somar com aquele do Ministério. Porque o MS possui uma linha, mas a peculiaridade do município tem que adaptar e tem que ir criando, mas temos sim alguns protocolos" (gestor 19)

"não temos um protocolo para prescrição de medicamentos, por exemplo saúde da mulher, coleta do preventivo é para tratar. Não temos o protocolo para a liberação do enfermeiro prescrever dentro do município" (gestor 10)

O processo de elaboração de uma norma ou protocolo clínico vai além da decisão local e envolve outros segmentos da sociedade, como fatores de suporte para a sua implementação. Percebeu-se nas falas, a importância do Estado na elaboração de políticas públicas para a mudança de modelo assistencial.

"a gente segue todos do MS, não temos o protocolo municipal, mas com base no MS para dar um pouco mais de estabilidade jurídica" (gestor 04)

“aquela história toda: construímos esse debate com a equipe de enfermagem, pegando linha guia do Estado da Rede Cegonha. Da linha guia do estado, do caderno federal, foi-se debatendo, então condizente com os exames que o enfermeiro pode solicitar, que tipo de medicamento que o enfermeiro pode prescrever dentro do que preconiza o Coren. Algumas coisinhas ou outras, esse protocolo foi para o Estado” (gestor 12).

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, são realizadas as discussões dos resultados da pesquisa, apresentados no capítulo anterior. Nesta sequência, elas estão relacionadas à caracterização dos participantes da pesquisa, às percepções dos gestores sobre a prática clínica do enfermeiro na APS e ao modelo assistencial no contexto da pandemia da Covid-19.

5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A presença de mulheres e enfermeiras como gestoras municipais da atenção primária neste cenário de estudo responde a movimentos nacionais e internacionais sobre a ocupação de espaços representativos e de poder que possibilitem maior visibilização da categoria feminina. Estes espaços podem ser induzidos pelas políticas igualitárias ou por diretrizes que reconhecem a capacitação profissional, seja das mulheres ou dos profissionais (LEITZKE, 2021).

Entretanto, outro estudo realizado na região Sul do Brasil constatou que ainda há notória desigualdade de gênero no que se refere aos cargos de liderança em serviços de saúde. Como os hospitais gerais e especializados, em que 80% são homens, sendo o Paraná o último lugar neste ranque (WASKIEWICZ et al., 2022). Essa situação demonstra a necessidade de estratégias para ampliar a presença de mulheres em espaços de liderança.

Identificam-se entre os cargos ocupados pelos participantes, diferentes representações organizacionais e gerenciais que respondem pelas atribuições da APS nos municípios. A grande maioria acumula demais responsabilidades, como a de secretário de saúde, diretor em um departamento que abrange outras atividades municipais, um departamento que responde exclusivamente pela APS, ou ainda, membro de uma equipe multiprofissional ou o profissional de referência.

Na busca por qualificação, percebe-se nos gestores participantes, que os mesmos procuram responder às políticas indutórias de educação permanente, já que 65% realizaram um curso de especialização. Mas em relação à formação *stricto sensu*, salienta-se que ainda é baixa, provavelmente influenciada pelas formas de acesso e modalidade presencial dos programas (COLOMBO, 2018), o que dificulta a participação de muitos, considerando a distribuição geográfica territorial dos

municípios. Outro fator não analisado pode estar relacionado ao tipo de dedicação exigida no mestrado e doutorado, que compete com o cotidiano e as demandas dos gestores.

5.2 CLASSE 1 - A PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA APS.

A Classe 1 responde ao objetivo de identificar a percepção dos gestores em saúde sobre o papel do enfermeiro no que se refere à prática clínica na APS. Este papel foi percebido pelos gestores como essencial para o atendimento à saúde no período pandêmico, mesmo com resistências na equipe para esta atuação.

Os gestores destacaram a prática clínica como um recurso que, ampliado, atende atributos essenciais para a APS, como o de acesso e de integralidade, que possibilitam que os serviços de saúde estejam disponíveis a mais pessoas, com ênfase para o período da pandemia da Covid-19. Atributos enfatizados e destacados nesta classe, bem como revelaram, como os modelos assistenciais determinam esta prática social.

A prática clínica do enfermeiro no cenário da APS, volta-se para a realização da consulta de enfermagem, as ações de gerenciamento do cuidado, a prestação de atendimento em saúde e a relação horizontal e interprofissional com membros da equipe de saúde, em diferentes níveis de uma rede de atenção. Esta prática é consonante ao preconizado pelo princípio de integralidade, bem como, compartilha e integra saberes e práticas necessários para o fortalecimento do cuidado assistencial (KAHL et al., 2018).

Reconhecer a resolutividade e produtividade da consulta do enfermeiro é um avanço importante para a categoria, por tornar-se recurso facilitador o acesso e a integralidade do cuidado, situações importantes para a APS. A prática clínica detalhada permite uma percepção geral da condição de saúde do indivíduo, favorece uma assistência ampliada e, longitudinal, com encaminhamento a serviços e profissionais. Assim como, atende a demais demandas que o serviço na APS tem por responsabilidade, entre elas as notificações epidemiológicas e a inclusão nas atividades programáticas.

Neste sentido, a resolutividade da atuação clínica do enfermeiro foi destacada pelos gestores, considerados fatores potencializadores para a prática clínica do

enfermeiro na APS. O cuidado norteado pelo acolhimento solidário e o uso da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), permitem a clínica ampliada e outras estratégias propostas para a atenção primária (COSTA; COUTO; SILVA, 2015).

Sobre o atributo da coordenação do cuidado, requisito importante na APS, entende-se que o mesmo está incorporado na prática social do enfermeiro. Evidenciado não apenas nesta pesquisa, mas reconhecido que o método de trabalho do enfermeiro com utilização da SAE é facilitador, porque requer o planejamento dos cuidados, bem como o gerenciamento da atuação da equipe de enfermagem e da saúde, com foco no cuidado responsável (COSTA; COUTO; SILVA, 2015).

Na gestão dos serviços, incluindo a assistência direta ao paciente, a resolutividade depende de particularidades relacionadas à experiência profissional, do tempo de formação e, das relações de vínculo com a população (FRANCO et al., 2021). Outros estudiosos como Costa et al. (2014), reforçam que o trabalho da equipe multiprofissional em saúde, ancorado no cuidado corresponsável e abordagem acolhedora, aprofunda e assimila novos saberes e práticas sobre as pessoas, como também aos grupos sociais e profissionais, que por sua vez os expandem e incorporam em seu cotidiano de trabalho.

Para que a atuação das equipes de saúde fortaleça a APS, torna-se necessário adotar estratégias como a oferta de serviços, que considere as necessidades e a realidade da população. Além disso, que em todos os níveis de gestão do SUS, a formação para a ampliação da capacidade clínica e de cuidado, a incorporação de tecnologias, e ações que impulsionem e articulem os diferentes pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2017).

Proporcionar o acesso aos atendimentos em saúde em diferentes pontos das redes de atenção é um dos requisitos da *integralidade* na APS. Para tal, requer-se dos gestores dos serviços de saúde que possibilitem e disponibilizem aos profissionais, recursos para que eles realizem o cuidado responsável, voltado ao atendimento das necessidades dos usuários do SUS.

Destarte, os gestores também devem atentar para ações formativas qualificatórias da prática profissional e dos serviços, devido às modificações contínuas que se percebe na produção de conhecimento e na dinâmica social. Por sua vez, o conceito de *acesso*, refere-se ao primeiro contato ou ponto de entrada, cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde, o qual deve ser de

fácil acesso e inerente à organização do serviço de saúde por nível de atenção primária, secundária ou terciária (STARFIELD, 2004).

O vínculo entre os enfermeiros e a população se estabelece a partir do estreitamento das relações, pautado na prática humanizada, na confiança, e em ações que consideram a integralidade do paciente e as suas necessidades concretas. Essa aproximação, facilita e propicia a identificação de problemas e respostas mais apropriadas, e representa um importante potencial transformador da prática assistencial (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012). O entendimento para ampliar a aceitação da abordagem clínica do enfermeiro na APS, é favorecer a aproximação cada vez mais com a população, percebida nesta pesquisa como necessária e evidenciado a necessidade da articulação com as entidades responsáveis pela formação, propondo um ensino centrado no usuário.

Na APS, os gestores e os profissionais reconhecem a presença de dificuldades para a ampliação da atuação clínica do enfermeiro, as relacionadas ao gerenciamento da equipe de saúde, ou às atividades administrativas e de gestão do serviço, ou as condições organizacionais e estruturais dos serviços de saúde, bem como a influência do modelo médico assistencial (COSTA; COUTO; SILVA, 2015), Questões que deverão constar na agenda de todos e, assim minimizar estas e outras situações.

A atuação do enfermeiro não se restringe ao espaço da unidade de saúde, e sim ao desenvolvimento das práticas clínicas centradas no cuidado dos indivíduos, da família e da comunidade que podem ser realizadas fora do espaço estrutural das unidades de saúde, adotando um papel de mediador ou facilitador de mudanças positivas, em prol da saúde da população, com aproximação dos seus problemas e proposição de soluções (FRANCO, 2010). Valorizar estes e outros atendimentos que poderão ser implementados, inclusive com soluções relacionadas às TICs, podem expandir cada vez mais as ações em saúde.

Na expectativa que o profissional possa ser um agente de mudança, destaca-se seu papel como propositor para transformação do modelo assistencial, centralizado na integralidade do cuidado e nas práticas de atenção à saúde do SUS (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Isso é reforçado por Novatzki e demais pesquisadores, que demonstraram ser os enfermeiros “agentes modificadores da realidade e propositores de inovação na assistência à saúde no SUS” (FORTE et al., 2018).

A reflexão sobre os modelos assistenciais acontece tanto no campo acadêmico quanto com gestores e profissionais de saúde. Esse movimento de consolidação de um modelo assistencial, ora caminha em direção ao tradicional, ora para um novo modelo, ora na convivência conflitiva e complementar entre eles (FERTONANI et al., 2015).

Para os mesmos autores, no cenário micro de trabalho, ocorrem disputas entre interesses de diferentes sujeitos, e ressalta-se que, para romper com o modelo centralizado no atendimento médico, é necessário considerar o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades da população atendida na APS. Na presente pesquisa, percebe-se que os gestores estão atentos em relação ao conflito gerado entre as práticas clínicas profissionais. Ademais, reconhecem que é um dos pontos a serem trabalhados, e que permitem para além da expansão da prática clínica do enfermeiro, a discussão sobre um modelo assistencial que efetivamente atenda a abrangência do SUS.

A PNAB preconiza e define as atribuições comuns e específicas de cada categoria profissional, de maneira integrada, resolutiva e com continuidade do cuidado. Apesar disso, são grandes as implicações desta realidade frente ao idealizado e o normatizado, os discursos e a ação são antagônicos e propiciam problemas no processo de trabalho e divisão de atribuições nos serviços, gerando conflitos que interferem diretamente nas relações de poder e no acirramento de tensões entre os profissionais da equipe de APS (OLIVEIRA; MORETTI; PARENTE, 2011).

A PNAB atribui ao enfermeiro a realização da atenção individual e de famílias da área de abrangência da US, além do atendimento domiciliar quando indicado em todas as fases de desenvolvimento desde a infância até a vida adulta; a realização de consulta de enfermagem, procedimentos e atividades coletivas conforme protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor; atendimento à demanda espontânea; ações de educação permanente; bem como ações de planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas (BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498/86 é o dispositivo que regulamenta e define quais são as atribuições do enfermeiro e do profissional técnico de enfermagem (BRASIL, 1986). Mas, muitas vezes, essa divisão interna da enfermagem, faz com que se caracterize e valorize uma função, em detrimento da outra. Entretanto, no cotidiano das unidades de saúde, uma categoria auxilia e complementa a outra. Também foi percebido nas

falas desta pesquisa que ao enfermeiro cabe o planejamento e o gerenciamento das atividades desenvolvidas por esta equipe, podendo dificultar as demais atividades do enfermeiro.

Os gestores participantes evidenciaram que, para mudar o modelo assistencial centralizado no atendimento médico, é preciso ir além de normatizar ou definir as atribuições de cada profissional da equipe de APS. Uma estratégia de avanços seria analisar o que representam as relações no processo de trabalho, pensadas pelos próprios profissionais de saúde, conforme destacado por Oliveira, Moretti e Parente (2011). A PNAB reforça a relevância que o trabalho seja repensado a partir de quem o exerce e de quem a necessita, assim a escuta ativa deve ser exercida pelos gestores, bem como atentar para as novas demandas que possam surgir e que devam ser atendidas (BRASIL, 2017).

No cotidiano na APS, a atuação do enfermeiro é caracterizada pela existência de um conflito entre ser responsável por um conjunto de atividades que compõem a dinâmica, a organização da unidade de saúde, e as atribuições específicas previstas neste modelo de atendimento, no qual ele tem suas atividades cada vez mais direcionadas para procedimentos vinculados à organização do serviço, à supervisão das atividades da equipe (CAÇADOR et al., 2015). Este ponto foi refletido pelos participantes como uma questão a ser revista com todos, para ampliar e consolidar a prática clínica do enfermeiro.

A equipe da enfermagem possui na sua composição uma variedade de profissionais, como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O cuidado direto ao paciente é reconhecido socialmente como a atribuição original da profissão, no entanto, atualmente o que se percebe é que o enfermeiro tem atuado mais como um gestor administrativo dos serviços e da assistência, dedicando menor tempo às atividades clínicas e assistenciais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Os entrevistados que participaram desta pesquisa percebem a necessidade de ampliar o espaço do enfermeiro na APS, no que se refere à prática clínica, com foco na abordagem individual do paciente. No Brasil, o enfermeiro pode atuar em diversas áreas, seja no campo da educação, na área assistencial com habilidade clínica, ou no campo da gestão dos serviços, além de apresentar a multifuncionalidade, cabendo-lhe prestar cuidados que apresentam uma grande complexidade técnica, com exigência de conhecimentos científicos e tomada de

decisão (CESÁRIO, 2021). Este mesmo autor compartilha que, em outros países, como nos Estados Unidos da América (EUA), a formação superior do enfermeiro está dividida em duas categorias, definidas por critérios técnicos/clínicos do conhecimento de práticas avançadas, que comparadas à atuação do enfermeiro brasileiro, possuem maior liberdade para a tomada de decisão frente a intercorrências e diagnósticos de pacientes.

O interesse pela prática avançada tem sido debatido com intensidade nos últimos anos, principalmente nos países latinos, tendo como pontos centrais os questionamentos sobre a diferença e ampliação de papéis desempenhados pelo enfermeiro na APS, como implementar a prática avançada nesses países, considerando o perfil e a formação deles, entre outros. Entretanto, para consolidar esse movimento, é fundamental que instituições públicas e privadas, representantes legais e gestores do SUS, definam diretrizes claras que possibilitem avanços para a enfermagem, incluindo a APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Portanto, para a prática clínica do enfermeiro avançar, é preciso romper com os modelos assistenciais centralizados e fragmentados, o que é considerado um desafio para a APS no Brasil. Também, para o enfermeiro mudar a forma de organização e atuação nas US, releva-se que sejam trabalhadas questões que provocam receios e dificultam a inserção de novas práticas no trabalho, pois entende-se a importância de conhecer e minimizar, o que gera desconforto e insegurança, valorizar as características profissionais e fortalecer ações propositivas que permitam o crescimento dos enfermeiros.

Durante a pandemia da Covid-19, os gestores perceberam que houve uma melhora da aceitação por parte da população, em serem atendidos pelo enfermeiro, na perspectiva da abordagem clínica do paciente. Um fator de aceitação pode ter sido por estarem no primeiro atendimento com ações resolutivas, e quando necessário, com encaminhamentos adequados e normatizados para o período. Outro ponto que provavelmente empoderou os profissionais, foi a visibilização da resolutividade das suas ações e a proximidade com a resolução das demandas geradas pela pandemia.

O profissional enfermeiro durante a pandemia, atuou em ações de planejamento, prevenção e cuidado direto aos pacientes com Covid-19 nos diferentes serviços de saúde, incluindo a APS. Neste período, destacou-se o desempenho do papel de cuidador, esboçado no diagnóstico de enfermagem, nas intervenções, a

partir da avaliação clínica, tendo como foco central o cuidado ao paciente, à família e à comunidade (FERREIRA et al, 2021).

Para o exercício autônomo profissional, Bonfada, Pinno e Camponogara (2018) ressaltam em seu estudo fatores como: a utilização da SAE, a atuação na classificação clínica dos pacientes em serviços de urgência e emergência, a experiência profissional e a relação interpessoal. Entretanto, entre os fatores considerados limitantes, destacam-se: a influência do modelo assistencial centralizado no atendimento médico, as características do serviço de saúde, a deficiência de conhecimento técnico e científico, a hierarquia e a construção social de gênero, além do entendimento de que para maior autonomia do enfermeiro, é preciso constante aperfeiçoamento e busca de conhecimento, bem como da posição ocupada junto aos espaços de atuação nos serviços de saúde.

Situações que foram destacadas pelos participantes desta pesquisa e que devem constar a partir de agora na agenda de trabalho dos gestores e dos profissionais, bem como os órgãos formadores, visando uma qualificação adequada para a APS, mas também responsabilizando todos os envolvidos.

Em um estudo realizado na APS sobre autonomia do enfermeiro, os resultados revelaram que esta autonomia é limitada, e subordinada tecnicamente ao trabalho do médico, com desconhecimento dos recursos legais que amparam a prática clínica, como a lei do exercício profissional, as normatizações do COFEN, do SUS e que sustentam o conhecimento e o exercício da enfermagem, em diferentes espaços da saúde. Outro recurso que respalda a categoria são os protocolos institucionais que detalham as atribuições e as responsabilidades norteados pelo conhecimento, pelas políticas em saúde, como também analisar as habilidades técnicas, sendo assim, o enfermeiro pode sentir segurança em sua atuação (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

As autoras citadas anteriormente concluem que houve a ampliação do escopo clínico do enfermeiro na APS, o que aproximou de certa forma da atuação do profissional médico, permitindo que de maneira gradativa, o enfermeiro possa assumir ações que antes eram restritas ao médico. Entretanto, entre os desafios em curso, um deles é ampliar a autonomia do enfermeiro, presente na proposta das práticas avançadas, como também entender que as competências dos enfermeiros na APS levam em conta, não apenas as políticas formuladas para o setor e para a formação dos profissionais de saúde, mas a autonomia da prática diária realizada nos diferentes serviços de saúde.

5.3 CLASSE 2 - O ENFERMEIRO NA GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL NA APS

A reflexão e análise dos dados desta classe, permitiu compreender o quanto o modelo assistencial interfere na prática clínica do enfermeiro, colaborando a atingir o objetivo de caracterizar o modelo assistencial em saúde municipal nas suas relações com a prática clínica do enfermeiro.

As palavras com χ^2 com maior destaque foram: enfermeiro, fundamental, administrativo e coordenador. A categoria analítica representada foi a coordenação do cuidado.

A Coordenação do cuidado é entendida como a capacidade do sistema e dos profissionais envolvidos se comunicarem e manterem a racionalidade no cuidado ao paciente de modo harmônico com esforço comum, conhecendo a respeito do processo de encaminhamento e comunicação dentro do sistema, Além disso, entende-se que nem todas as necessidades de saúde podem ser resolvidas na APS, em determinadas situações são requeridos encaminhamentos ou consultorias a outros profissionais, mas a APS, mantém-se como coordenadora deste cuidado em saúde (STARFIELD, 2004).

A PNAB estabelece que a APS é um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação, com implementação de práticas de maneira integrada e direcionada à população adscrita. Aos municípios compete a coordenação da APS de acordo com as políticas e prioridades estabelecidas, como organizar, executar e gerenciar os serviços de saúde, planejar ações a partir da realidade local, organizar os fluxos assistenciais e de acesso aos serviços de saúde nos diferentes pontos da RAS, com mecanismos de encaminhamento no fortalecimento da integração do cuidado (BRASIL, 2017).

Com base nesta política de saúde e a partir da realidade referente à estrutura, economia e finanças de cada município, responsáveis pela organização do modelo assistencial na APS, identificado o compromisso dos gestores em compor suas equipes com as recomendações prevista na lei e procurando adaptar a sua realidade. Equipes composta com médico e enfermeiro e estes, com formação em saúde da

família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) (BRASIL,2017).

Cabe à equipe de gestores municipais a responsabilidade de planejar, organizar e definir as ações prioritárias para a APS, com composição e formação distintas e relacionadas ao tamanho do município e as suas condições estruturais. Identificou-se nos resultados desta pesquisa, que municípios maiores possuem na sua organização um organograma com cargo de diretor, em que a APS tem o status de departamento, com apoio das coordenações nas diferentes frentes assistenciais da APS. Em outros, com porte menor, é comum o cargo de coordenador da APS com apoio descentralizado das referências em cada unidade de saúde. Neste formato, pode haver sobrecarrega dos profissionais em outras demandas, prejudicando as ações assistenciais na US.

Nestes arranjos organizacionais, os enfermeiros são gestores e também atuam na dimensão assistencial na US. Em outras situações, como caso dos participantes desta pesquisa em que, aproximadamente 50 % são enfermeiros, quando eles não assumem a gestão da APS, são referência para o nível central municipal. A liderança do enfermeiro na APS considera aspectos como o trabalho em equipe, gerenciamento da US, tomada de decisão, condutas assistenciais e supervisão do trabalho da equipe (MATTOS; BALSANELLI, 2019). Além disso, considera-se como competência na formação de lideranças: a comunicação, resolução de conflitos, a integridade e a adaptabilidade (CAVEIÃO et al., 2021).

Na enfermagem, a gestão do cuidado é uma articulação entre as dimensões; gerencial e assistencial no processo de trabalho do enfermeiro que, por um lado possibilita a visão ampliada das necessidades dos indivíduos ou grupos sociais, permitindo o planejamento e gerenciamento da assistência necessária, mas muitas vezes, gera conflitos, dúvidas, dilemas e contradições, devido ao fato de não conseguir integrá-las com ações administrativas e gerenciais demandadas nas unidades. (MORORÓ et al., 2017). Os mesmos autores entendem que há necessidade de pensar e, elaborar um modelo de gestão vinculado ao cuidar, compartilhando as tarefas com a equipe, de maneira qualificada e integrada ao cuidado do paciente. Esse dilema apresentado, está presente no cenário estudado e reforça a importância de elaborar um modelo assistencial pensando, que,

efetivamente, responde às demandas da APS com maior atuação clínica do enfermeiro.

O Estado possui um papel fundamental na formulação das políticas públicas em saúde, seja na formulação de protocolos clínicos assistenciais, na orientação ou assessoria à implantação de modelo assistencial, assim, ter ações articuladas com o Estado ou com as equipes da Regional de Saúde, são fundamentais para que possam compartilhar experiências, dúvidas e pensar em novas soluções. A Lei 8080/90 estabelece como responsabilidade do Estado acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS, assim como prestar apoio técnico e financeiro aos municípios, e aos gestores municipais planejar, organizar e executar os serviços de saúde (BRASIL, 1990). A diretriz da hierarquização do SUS apresenta muitos desafios, como consolidar a qualidade com a enorme expansão ocorrida com a APS pelo país, trazendo grande diferença no atendimento entre as diferentes realidades das unidades de saúde (QUINELLATO, 2009).

Entretanto, entende-se que as limitações na forma de organizar o modelo assistencial na APS, podem ser superadas com ações multisetoriais harmônicas e contínuas, de maneira articulada e incentivadas pelo governo Estadual e Federal, e que com isso, aprimorar o planejamento e fortalecer a gestão de saúde dos municípios, no intuito de ampliar novos conhecimentos e ferramentas para o enfrentamento de crises semelhantes a da Covid-19 (TASCA et al., 2022). Os resultados desta pesquisa, destacam que a ação do enfermeiro é fundamental na coordenação da assistência na APS. Este profissional presta o cuidado, atua como gestor do cuidado das ações da equipe de saúde na US, e aos pacientes com condições agudas ou crônicas.

A coordenação do cuidado trata da disponibilidade de informações a respeito dos serviços prestados na APS, de maneira integrada com os demais pontos de atenção da RAS, ou por serviços ofertados pelos diferentes profissionais (PORTELA, 2017). Para Starfield (2004), a integração da APS com os demais pontos de atenção e entre a equipe multiprofissional que atua na mesma unidade de saúde, aumenta a necessidade de desenvolver e aprimorar ferramentas de comunicação que possibilitem a troca de informações relevantes ao acompanhamento do paciente. Como ferramentas, cita-se o uso do prontuário eletrônico, a consulta compartilhada

entre a equipe de APS e especialistas, podendo ser de maneira presencial ou virtual e sistemas de informação efetivos.

O enfermeiro foi considerado protagonista na coordenação do cuidado, com ações de regulação assistencial. Estas são fundamentais para a consolidação das RAS, viabilizando o acesso das pessoas aos serviços de saúde, no local e no tempo adequado, além disso ampliar o propósito da prática clínica do enfermeiro na APS (SILVA et al., 2021). Mesmo assim, não exclui o enfermeiro assumir outras atividades operacionais relacionadas ao andamento da unidade de saúde, que poderia ser executado por outro profissional, como por exemplo de cunho administrativo.

Outro ponto destacado pelos participantes desta pesquisa foi a possibilidade de que a prática clínica do enfermeiro gere recursos financeiros ao município. Mas o que acontece, é que para os enfermeiros são atribuídas funções administrativas, como atualização de sistema de regulação, controle e financeiro, o que acaba impactando no exercício das suas atividades assistenciais. A inclusão do atendimento clínico do enfermeiro, de maneira significativa, no modelo de financiamento da APS, com maiores repasses ao município, possibilitaria um novo olhar sobre o modelo assistencial atual, tanto da equipe de gestores, quanto aos profissionais de saúde.

5.4 CLASSE 3 e 4 - REORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NA APS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 E AS AÇÕES NA RETOMADA

Esta parte do capítulo discute os resultados de duas classes: a Classe 4, que traz sobre a reorganização dos modelos assistenciais municipais durante a pandemia da Covid-19; e a Classe 3, que aborda a retomada das ações em saúde na atenção primária na estabilização do número de casos da Covid-19. Na relação destas classes, ilustrada no dendrograma de classificação hierárquica descendente (CHD), a Classe 4 originou a Classe 3, e ambas abordam temas diferentes e de contexto semelhante. As categorias analíticas são representadas pelo acesso e pela integralidade.

Em 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei na China, surgiram os primeiros casos de pessoas com sintomas respiratórios, e que após a análise genética constatou-se tratar de um novo coronavírus, denominado de SAR-CoV-2 (LANA et al., 2020). Inicialmente não havia muitas informações sobre a história natural da doença e nem medidas terapêuticas de manejo clínico para os casos diagnosticados pelo

SAR-CoV-2, mas os pesquisadores e profissionais da saúde sabiam que o vírus possui alta transmissibilidade, provoca uma síndrome respiratória aguda, varia de casos leves a casos mais graves, e a letalidade varia conforme faixa etária e condições clínicas e de comorbidades associadas (BRASIL, 2020). Como exemplo de comorbidade, estudo sobre obesidade, que concluiu ser um fator de risco para o agravamento da Covid-19, e está associada à gravidade, e a necessidade de oxigênio, cuidados intensivos, ventilação mecânica invasiva e a mortalidade (SILVA et al., 2021).

A infecção foi conhecida como Covid-19, e no decorrer do tempo identificou-se que pode variar de casos assintomáticos a casos graves, com

sintomas semelhantes a casos de gripe ou resfriado, doenças comuns em determinado período do ano (BRASIL, 2020). Com todas as características da doença, aliado a rápida disseminação a Covid-19 tornou-se uma pandemia, com isso o Brasil declarou emergência de saúde pública com a Portaria n° 188 de 03 de março de 2020, em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (BRASIL, 2020).

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em fevereiro de 2020, residente em São Paulo/SP, que havia voltado de viagem da Europa. Logo a doença se propagou rapidamente e, em curto espaço de tempo após a primeira confirmação, já havia transmissão comunitária em algumas cidades (OLIVEIRA et al., 2020).

Neste sentido, pesquisadores e gestores do mundo perceberam a importância de controlar o ritmo e a velocidade da disseminação do vírus, e elaboraram medidas de auto isolamento social, com isso a tendência de diminuir os índices de internamento em curto tempo, adequando a necessidade à capacidade de atendimento do sistema de saúde (RAFAEL et al., 2020). Além dessas medidas, foi necessário ampliar a estrutura para atendimento dos casos graves e com indicação clínica de internamento, como aquisição de equipamentos, aumento do número de leitos, contratação de leitos privados ou do setor suplementar e hospitais chamados de campanha (RAFAEL et al., 2020).

No Brasil, como em muitos países, a pandemia tornou-se um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, trazendo a necessidade de pensar novas formas de organizar os serviços de saúde, e repensar o modelo assistencial

(MEDINA et al., 2020). Para esses autores citados, a organização foi centrada nos serviços hospitalares, onde inicialmente a concentração de casos emergenciais foi maior, os quais requerem uma estrutura adequada e efetiva, alertando ainda que no âmbito da APS há muito a ser feito. Encontrar medidas de saúde pública que evitem o colapso dos sistemas de saúde e reduzam os óbitos é uma condição imprescindível, mas o ideal é que estas ações estejam aliadas ao fortalecimento dos sistemas de vigilância nos três níveis do SUS, que incluem: avaliação, uso de indicadores, medidas de controle, ampliação da capacidade de testes e monitoramento da evolução da pandemia (AQUINO et al., 2020).

A APS tem um papel importante na rede assistencial de cuidados, e pode contribuir com ações de enfrentamento da pandemia, com apoio das equipes das unidades de saúde que conhecem a população adscrita, suas vulnerabilidades e proporcionar ações de promoção, prevenção e cuidado para as pessoas, criando processos de trabalho na vigilância de saúde, na continuidade do cuidado para a população, com prioridade para quem mais precisa (MEDINA et al., 2020).

Mas, há diferentes formas de organização da APS nos municípios brasileiros, sendo necessário considerar as particularidades e a realidade local, os recursos e a decisão de gestão relacionadas à organização do acesso aos serviços; vigilância em saúde; promoção da saúde; cuidado das pessoas e das famílias e gestão compartilhada (ENGSTROM et al., 2022).

Considerando as realidades distintas de cada município, os gestores no período pandêmico e tiveram de repensar o modelo assistencial nos diferentes pontos de atenção à saúde, incluindo a APS, elaborando, com apoio do Estado/ dos órgãos estaduais e federais, um plano de contingência e adaptando a realidade local. Neste plano de contingência, um dos atributos destacados é ampliação ao acesso, revendo diferentes formas na APS, discussão há tempo, acelerado na pandemia.

Em relação ao trabalho das categorias profissionais como a do enfermeiro, agente comunitário, equipe da odontologia, houve ampliação da atuação na porta de entrada do sistema, com a classificação de situações de saúde, direcionando o paciente conforme avaliação e necessidade.

A ampliação do acesso aos serviços e profissionais de saúde aptos a atuar na porta de entrada do SUS tem sido uma forma de garantir atenção à saúde com

qualidade, equidade e integralidade, a existência de um sistema estruturado em todo país e o pertencimento do SUS a uma cultura de política pública (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2022). Os problemas do acesso aos serviços de saúde são agravados pelo modelo de atenção fragmentada que desconsidera a importância da integração dos serviços da rede de atenção à saúde, pois estruturam de maneira isolada aprofundando a fragmentação e tornando o sistema menos eficiente e de menor qualidade (MENDES, 2017). O autor citado entende que o acesso depende do fortalecimento e qualificação da atenção primária que consegue resolver mais de 90% dos problemas de saúde e é responsável pela coordenação dos fluxos de pessoas na rede assistencial.

O Estado do Paraná elaborou um plano de contingência para enfrentamento a Covid-19, que teve como objetivo definir responsabilidades entre Estado e municípios, com apoio do Ministério da Saúde, como também propor estratégias de modo a atender com rapidez e resolutividade as situações relacionadas a Covid-19 além disso, neste documento constam esclarecimentos sobre a doença, medidas de controle, e ações prioritárias na organização dos espaços de saúde, acesso e atendimento oportuno das pessoas que procuraram os serviços de saúde (PARANÁ, 2020).

O plano de contingência foi semelhante em muitos municípios, concentrando os atendimentos aos pacientes com sintomas respiratórios em pontos de acesso a população a situação pandêmico, unidades chamadas de sentinelas, e direcionando os demais atendimentos para as unidades de saúde, mesmo contendo características e realidades distintas em relação à estrutura da rede assistencial, recursos financeiros e humanos.

Um dos principais enfrentamentos para reorganizar a rede assistencial foi a impossibilidade de ampliar os recursos humanos nos serviços. Somado a esse desafio, por motivos de cuidado e medidas protetivas, muitos profissionais de saúde que atuavam na unidade de saúde foram afastados devido a condição de saúde, como diabetes, obesidade, gestante, imunossuprimidos, entre outros. Com isso, a equipe de saúde foi reduzida e sem possibilidade de contratação imediata, como era necessário para o momento.

Para os gestores que organizaram e adaptaram as ações no modelo assistencial durante a pandemia foi necessário uma capacidade criativa,

perseverança e resiliência. As primeiras ações foram desenvolvidas com foco nos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Na APS, os atendimentos estavam voltados aos casos com sintomas respiratórios leves a moderados, e as demais condições de saúde, consideradas eletivas, foram adiadas para um próximo momento. Na estruturação das ações no modelo assistencial com tantas variáveis, em um curto espaço de tempo e com a urgência que a situação exigia, foi necessário muita ousadia e criatividade para elaborar diferentes e resolutivas formas de atendimento de saúde às pessoas.

A APS, durante surtos de doenças e epidemias, possui papel fundamental na resposta à situação em questão, por oferecer atendimento precoce e resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, com grande potencial de identificação de casos graves que devem ser manejados e direcionados para a rede assistencial (BRASIL, 2020). A integralidade implica que as unidades da APS devem fazer arranjos para que o paciente tenha acesso aos diversos tipos de serviço, mesmo sendo que alguns podem ser ofertados no âmbito da unidade de saúde, e inclui o encaminhamento para os demais pontos da rede de atenção da rede para problemas de saúde específicos e que são considerados como suporte fundamental da APS, como por exemplo o internamento (STARFIELD, 2004).

Há uma grande diferença na distribuição e disponibilidade de serviços de saúde no Brasil uma é percebida em relação aos de internação e os também com recursos tecnológicos, entre regiões do país (MEDINA et al., 2020). Identificado também no Estado, cenário desta pesquisa com destaque aos municípios de pequeno porte em saúde e os de fronteira. As desigualdades de recursos em saúde também se observam no âmbito da APS, com municípios com diferente disponibilidade de ações, ocasionadas pela composição das equipes, seja no quantitativo e com as categorias profissionais possíveis, pela diminuição dos recursos financeiros recebidos historicamente compromete a resposta da APS (MEDINA et al., 2020). A pandemia exigiu mudança nos serviços de saúde municipais de maneira simultânea, principalmente na APS assumindo o controle da pandemia, como também assegurar que as ações rotineiras da APS não fossem negligenciadas, organizando e fortalecendo suas ações territoriais (MEDINA et al., 2020).

Durante a pandemia foi desafiador para os gestores propor e implementar ações, que há muito tempo estão na pauta da APS, em especial o uso da tecnologia como facilitadoras ao acesso e ao cuidado, sendo a consulta virtual em alguns municípios participantes da pesquisa. Em relação à consulta médica virtual, é importante destacar que foi autorizada desde 2002 por meio da Resolução nº 1643 do Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo que a do enfermeiro aconteceu pela Lei nº 13.989 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), respaldada pela Resolução nº 634/2020, que autoriza e normatiza a prática.

Nos últimos anos, houve um aumento no uso da "teleconsulta", o que pode ter impactado de maneira positivamente no modo de perceber das pessoas que dependem dos serviços de saúde, no entanto uma das preocupações se refere à dificuldade de acesso, principalmente devido a fatores sociais ou tecnológicos (GENEZINI; BERSSANETI; SANTOS, 2020). Percebe-se que há dificuldade de inserir novas tecnologias no cuidado das pessoas na APS dos municípios, devido a condições geográficas, culturais e sociais da população, e a tendência, por parte da equipe e gestores, de manter o processo de trabalho presencial, além da dificuldade financeira dos municípios para inserir novas tecnologias

Alguns gestores relataram que a consulta virtual se apresentava em desenvolvimento na APS, e estavam utilizando de outros métodos de comunicação com os pacientes, como o telefone e o aplicativo de mensagens. A tele consulta é vista como uma oportunidade em contribuir com orientações em saúde as pessoas em geral, principalmente com condições crônicas, os quais compõem um enorme grupo de risco associado a contaminação ao coronavírus no país, podendo ser uma ferramenta importante para o cuidado longitudinal de maneira segura (PEREIRA; CORREIA, 2020), retratados nos depoimentos que ilustram essas percepções dos gestores acerca desta modalidade de atendimento.

Em um estudo recente, que trata da análise das facilidades e limitações da telemedicina, foram evidenciadas como limitações desta modalidade de atendimento, o exame físico, as habilidades para manejo de tecnologias, questões técnicas durante o atendimento. Em contraposição às facilidades identificadas, entre as quais merecem destaque a manutenção e alcance dos cuidados em saúde, o conforto, a eliminação do tempo perdido para deslocamento e a participação da família (SILVA et al.,

2021). Em contrapartida, há gestores que, a partir das experiências vividas, passaram a pensar em novas maneiras de cuidar da população, utilizando ferramentas inovadoras como a consulta virtual na APS. A situação emergencial ocasionada pela pandemia da Covid-19 possibilitou a modificação e adaptação das formas de assistir a saúde da população (RODRIGUES et al., 2022).

Ao mesmo tempo que a teleconsulta foi um componente crítico para aumentar a capacidade dos serviços de saúde funcionando e seguros em diferentes momentos na pandemia do coronavírus também foi uma alternativa eficaz a visitas domiciliares a pacientes com outras necessidades de cuidado, ou com condições crônicas (CAETANO et al., 2020).

Em relação ao modelo assistencial utilizado durante a pandemia, foi possível identificar os principais desafios enfrentados pelos gestores e profissionais de saúde, de sorte que estes foram marcados por momentos de oscilação com o aumento do número de casos positivos e por momentos de relativa estabilidade. Nos momentos em que o movimento da curva de casos oscilou para a estabilidade foi possível restabelecer as ações das equipes de saúde na APS.

As marcas deixadas pela pandemia no conjunto da sociedade ainda não foram suficientemente mensuradas nos planos biológico, emocional, econômico e social. Entre os profissionais de saúde que atuaram no momento de maior pico da doença, o sentimento de medo foi muito presente e comum no cotidiano das equipes. Esse sentimento ancorado em diversas preocupações, entre as quais o da contaminação, de ser vetor para seus familiares, o desconhecimento sobre a doença e a falta de clareza acerca de como proceder diante de uma situação inesperada e desconhecida. É importante destacar que além do desconhecido, da pressão psicológica sofrida pelos profissionais de saúde em face ao risco iminente de contaminação, havia ainda a preocupação destes mostraram-se seguros no cuidado e na comunicação com os pacientes (PAULA; CARLETTO; LOPES et al, 2021). Este contexto de múltiplas pressões sobre as equipes de saúde foi percebido pelos gestores.

O cuidado com as pessoas que trabalharam na linha de frente e em diferentes espaços, demandou muita dedicação e energia de todos, profissionais, e gestores, e na esfera emocional devido à ansiedade, incertezas e frustrações (MENESES, 2020); ao mesmo tempo, a solidariedade e a união entre as pessoas ficaram mais evidentes nas equipes de saúde.

Com a diminuição dos números de casos da Covid-19, os serviços de saúde retomaram as ações rotineiras e pertinentes/comuns na APS. Como medida de isolamento e diminuição do risco de contaminação, a APS paralisou as ações coletivas com a população. Mas, percebe-se que apesar de vivenciar novas estratégias e processos de trabalho durante a pandemia, onde os dados destacam a facilidade do acesso neste período, muitas equipes retomaram as atividades, contudo permaneceram com o processo de trabalho organizado de maneira fragmentada, e focado em patologias específicas, o que pode ser considerado como barreiras de acesso na APS.

Não se tem clareza sobre o impacto na saúde da população causado por essas ações, muitas vezes organizadas em meses específicos. Inclusive, seria necessário ampliar a análise desses indicadores para, e a partir disso, planejar e organizar uma ação com foco na necessidade daquela população durante os diversos meses do ano. No processo de retomada, ressalta-se a importância da educação permanente na formação do gestor e dos profissionais, facilitando, proporcionando e compartilhando conhecimentos novos, assegurando novas e seguras práticas profissionais. (PAULA et al., 2021).

A importância da promoção de treinamentos continuados é atestada nos depoimentos dos gestores entrevistados. Percebe-se, portanto, a importância de ações de educação permanente com os profissionais de saúde, pois a pandemia trouxe momentos de insegurança, preocupação e ansiedade, entre outros sentimentos, referente ao cuidado ao paciente com a Covid-19, assim como medo do adoecimento próprio ou do seu familiar. Neste sentido, constata-se a importância de se proporcionar um tempo da jornada de trabalho para ações que envolvam a troca de experiência sobre a vida cotidiana e do trabalho, cuidados relacionados a proteção individual e atualizações técnicas relevantes para enfrentar o cenário da pandemia (CUSTÓDIO; GOMES; ALVES, 2021)

5.5 CLASSE 5 - A ATUAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM FOCO PRINCIPAL NO ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Este subcapítulo tem por objetivo realizar uma análise acerca de como se processa o reconhecimento por parte dos gestores, da prática clínica do enfermeiro

no acompanhamento das pessoas com condições crônicas. O acesso e a longitudinalidade foram os atributos de maior destaque.

O Brasil e o mundo passaram por transformações profundas nas últimas décadas com mudanças demográficas, epidemiológicas e nutricionais, sendo que essas transformações foram acompanhadas por mudanças econômicas, sociais e culturais (DUNCAN et al., 2022). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta estimativas populacionais que mostram um envelhecimento progressivo da população, sendo que o percentual de pessoas com idade superior a 60 anos aumentou de 7% em 1980 para 13% em 2019. Além disso, o aumento na população de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como doença cardiovascular.

Na avaliação do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico Social (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2022), na perspectiva da produtividade econômica, avista-se redução da parcela da população em idade ativa disponível e considerando o bem-estar social, vislumbra-se o envelhecimento populacional crescente no estado do Paraná. Entende-se que o número de atendimentos para a pessoa idosa tende a aumentar, e percebe-se a necessidade de ampliar ações de prevenção, com foco nas doenças crônicas não transmissíveis, tais como cardiovasculares, neoplasias, obesidade, diabetes, hipertensão, entre outras.

Na fala dos participantes desta pesquisa, destacaram-se sobre a necessidade dos gestores em identificar as condições de saúde e em suas características, no intuito de conhecê-las melhor e, possibilitar a proposição de ações de prevenção e promoção dos possíveis agravos. Além disso, o recorte da tipologia das condições de saúde, auxilia os profissionais e gestores a organizarem o sistema para que possam responder às demandas da população, podendo ser de forma reativa, episódica e fragmentada, contínua e integrada (MENDES, 2018). Também orienta e direciona as políticas públicas e os investimentos de acordo com as mudanças populacionais observadas (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2022)

Os dados destacados pelo IBGE podem servir como base de análise para o planejamento e organização dos modelos assistenciais na saúde, incluindo a APS. Um estudo realizado no Paraná avaliou o modelo de atenção às condições crônicas no cuidado à diabetes e apontou a necessidade de estruturar o processo de

cuidado e produzir melhores condições de saúde para os que convivem com a doença. O modelo assistencial apresentou fragilidade na continuidade do cuidado e baixa mudança dos indicadores. Identificado que mesmo em municípios de regiões distintas, com tamanhos e condições estruturais diferentes, houve semelhança na forma de organizar a APS e na atuação enfermeiro (THEIS; MORAES; MOYSÉS, 2021).

Apesar do modelo assistencial ser organizado com centralidade no profissional médico, os gestores que participaram nesta pesquisa, salientaram a importância da atuação do enfermeiro no cuidado às pessoas com condições crônicas, tanto no acompanhamento clínico no espaço da unidade de saúde, quanto com ações de monitoramento, prevenção e avaliação em domicílio. Percebe-se que este tipo de atuação do enfermeiro vem se consolidando na organização do processo de trabalho e no cotidiano das unidades de saúde e pode ser caracterizado como cuidado longitudinal.

O atendimento longitudinal está baseado no tempo e na duração de uma relação de confiança, estabelecida entre o paciente e o profissional/equipe, independentemente do tipo de problema de saúde apresentado ou mesmo de sua presença pontual, que possibilita que os profissionais conheçam as pessoas que cuidam e estes o profissional/equipe de referência (TAKEDA, 2022).

Para Starfield (2004), o cuidado longitudinal possibilita além das ações de prevenção, atendimento precoce e adequado, maior adesão ao tratamento, uma coordenação do cuidado pela equipe mais eficiente, redução das hospitalizações, diminuição dos custos e maior satisfação com o atendimento, fortalecimento do vínculo entre profissional/ equipe com o paciente, situação especialmente vantajosa no acompanhamento de pessoas com condições crônicas.

Ao mesmo tempo em que se percebe a importância do enfermeiro no cuidado longitudinal com o acompanhamento das pessoas com condições crônicas, a forma de organizar o modelo assistencial nas unidades de saúde ainda é fragmentada por patologias ou condições de saúde. Tal modelo encontra-se representado na organização das agendas em dias específicos para cada condição de saúde ou programas.

A organização compartimentalizada do processo de trabalho na APS, segmentada por condição de saúde, é uma lógica difícil de romper no funcionamento dos serviços de saúde (BOUSQUAT et al., 2017). A APS ainda não se consolidou como porta de entrada principal da rede atenção à saúde, e mantém a forma de

organizar de maneira seletiva e de acordo com demandas pontuais e agravos específicos (SILVA et al., 2021). Para estes mesmos autores, os agendamentos são realizados com base em ações programáticas e a demanda espontânea é uma alternativa negociada entre o paciente e o profissional de saúde para acessar a consulta médica.

Outro destaque da prática clínica do enfermeiro na APS é o acesso facilitado, no qual o paciente é acolhido e atendido pelo enfermeiro, independente do horário ou do motivo que o fez procurar a unidade de saúde. O acesso facilitado é identificado pela população e pela equipe, como o primeiro recurso a ser procurado em caso de alguma necessidade de saúde ou não, considerada uma situação ideal, todas as vezes que a pessoa apresentar uma necessidade, o primeiro contato deveria ser a APS ou a equipe de referência (TAKEDA, 2022). Neste cenário, o enfermeiro aparece como o profissional facilitador do acesso.

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados, em todos os níveis do sistema de saúde, de maneira hierarquizada de serviços e com tecnologia apropriada para cada nível, proporcionando desta forma, o acesso universal para a população (BRASIL, 1990). Considera-se um sistema mais eficiente, quando a porta de entrada acontece pela equipe de APS, em que os usuários têm vínculo, e cujas respostas às necessidades de saúde são coordenadas, além disso, traz maior satisfação à população e com menor custo (STARFIELD, 2004).

Considera-se essencial que o enfermeiro tenha a clareza de que o acesso é um atributo fundamental na APS, mas ao mesmo tempo, não pode ser atribuição exclusiva deste profissional e, sim, de toda a equipe composta por médicos, técnicos de enfermagem, gestores e outros. O modelo assistencial precisa ser claro; e seus atributos, absorvidos por todos os membros da equipe.

Outro ponto percebido pelos gestores em relação à prática clínica do enfermeiro, se refere à dificuldade para conseguir priorizar os atendimentos clínicos individuais agendados pela população na APS, sem detrimento de outras inúmeras funções atreladas ao enfermeiro na US. Esta prática é diferente de outras categorias profissionais, que também possuem agendas clínicas eletivas, como médicos, nutricionistas e fisioterapeutas.

Na análise dos depoimentos prestados pelos participantes nesta pesquisa, foi possível identificar que o enfermeiro, principalmente em municípios menores, assume

responsabilidades que abrange desde atividades clínicas e assistenciais, gerenciais e administrativas. Apesar do gestor perceber que há uma sobreposição de atribuições para o enfermeiro, reconhecem que, naquele momento, não há possibilidade de mudança no curto prazo de tempo, devido a diversos motivos como composição de equipe e questões financeiras.

A participação do enfermeiro como protagonista é relevante no cotidiano das unidades de saúde ao conduzir o trabalho de forma sincronizada junto à equipe de saúde na APS (BRASIL, 2022).

As pautas interventivas do enfermeiro estão em processo de transformação na dialética de rupturas e de continuidades, ora atualizando antigas polarizações (assistência e gestão, atendimentos eventuais e programáticos), ora requerendo e protagonizando inovações, a começar pela clínica do cuidado, estendendo-se às ações de qualificação do acesso, de promoção da saúde, de educação em saúde e de educação permanente, conforme assinalam as diretrizes da PNAB

Os dois atributos essenciais da APS destacados e identificados neste capítulo, colocam o enfermeiro como peça-chave e fundamental na efetivação e consolidação dos mesmos no modelo assistencial. Com isso, possibilita refletir que mesmo com tantas atribuições na unidade de saúde, que nem sempre estão relacionadas a sua competência, o enfermeiro consegue ter visibilidade e reconhecimento, por parte dos gestores, em duas frentes que são essenciais na APS, o acesso e a longitudinalidade.

Na percepção dos gestores, uma das formas de ampliar a prática clínica do enfermeiro nos municípios, seria a elaboração de protocolos assistenciais. Esses protocolos teriam a função de apoiar e consolidar as atribuições do enfermeiro, principalmente na atuação clínica direta ao paciente.

Os municípios, com estruturas de médio e grande porte, acabam tendo maior facilidade na elaboração de documentos próprios. Ao contrário, municípios menores claramente dependem muito mais da orientação do Estado, e a regional de saúde foi apontada como referência por diversos participantes.

Os protocolos ou fluxos assistenciais acabam tendo como uma das funções nortear o modelo assistencial. Os protocolos clínicos podem regular as relações entre os profissionais e se traduzir em qualidade assistencial para os profissionais, mas não asseguram a integração da equipe (PEIXOTO; BRITO, 2015). Em face ao exposto, entende-se que na elaboração das diretrizes do modelo assistencial, é necessário

convergir com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, além de considerar as características regionais e locais de cada município.

Os depoimentos dos gestores destacaram a importância e a relevância do Estado na formulação e elaboração de políticas públicas que apoiem os municípios, principalmente os de médio e pequeno porte, tendo em vista que, a grande maioria segue as orientações estabelecidas pelo Estado, na forma de organização e nas diretrizes do modelo assistencial. O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080) em 1990, continua em processo de construção, com o estabelecimento de mudanças no que se refere a descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

O modelo preconizado pelo SUS considera o município como ente federado autônomo, sendo que, o aperfeiçoamento da gestão é atribuído às três esferas governamentais que participam como gestores do sistema (municipal, estadual e federal), e perpassa pela organização dos sistemas regionais de saúde, intra e intermunicípios (DUARTE, 2008). O processo da municipalização da saúde foi estabelecido nas *diretrizes do SUS - descentralização, integralidade e controle social* (BRASIL, 1990) sendo que a descentralização teve como propósito o fortalecimento dos municípios (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015). A descentralização dos serviços de saúde no formato preconizado pelo SUS permanece ainda um grande desafio para muitos municípios do estado, no que se refere ao recurso financeiro e no planejamento e organização do modelo assistencial.

Com a descentralização, o cuidado de saúde primário das pessoas passa a ser atribuição e responsabilidade dos municípios. Para Barros (2018), entre as dificuldades enfrentadas neste processo no âmbito nacional, destacam-se a implementação não ser baseada no planejamento, a baixa capacidade técnica de muitos municípios, considerando a grande responsabilidade, e a falta de clareza sobre as regras estabelecidas.

A Comissão Inter gestores Bipartite, da qual os municípios fazem parte, constitui-se como a instância de negociação, que concretiza a gestão compartilhada em âmbito estadual, definindo estratégias e pactuando a operacionalização da gestão e organização do SUS (BRASIL, 2011). Neste sentido, entende-se que a existência de instâncias colegiadas como a Comissão Intergestores Bipartite, constitui-se em um

espaço importante para a discussão e identificação das fragilidades e desafios municipais, e ao mesmo tempo, oportuniza o debate em torno da organização de ações de educação permanente para os gestores municipais, no intuito de apoiar na elaboração e desenvolvimento de ações em saúde, considerando a realidade de cada local.

6 DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS, ENTRE OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, MODELO ASSISTENCIAL E DA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO

A composição deste capítulo intenta o alcance do quarto objetivo específico deste estudo, o qual esquadrinha a identificação das divergências e convergências entre a prática clínica do enfermeiro, o modelo assistencial e os atributos essenciais da Atenção Primária. Desta forma, partiu-se do referencial metodológico da hermenêutica dialética e a sua relação entre os atributos da APS apresentados no referencial teórico, o modelo assistencial institucional e a percepção da prática clínica do enfermeiro na APS.

Para tanto, identificaram-se as convergências e divergências dessas categorias com as dimensões estrutural, singular e particular. Optou-se por utilizar um quadro para proporcionar melhor visualização das dimensões e os atributos da APS com as suas relações. A seguir, a descrição do que foi avaliado em cada dimensão:

- Estrutural: Deu-se em torno do modelo assistencial, das políticas públicas instituídas na APS para a prática clínica do enfermeiro.
- Particular: vinculadas à prática clínica do enfermeiro na APS dos municípios.
- Singular: Relacionado a percepção dos gestores sobre a prática clínica do enfermeiro na APS.

QUADRO 2 - DIMENSÕES E OS ATRIBUTOS DA APS

(continua)

DIMENSÃO	CONVERGÊNCIAS	DIVERGÊNCIAS	ATRIBUTOS EM DESTAQUE
Estrutural	Os municípios possuem equipe de gestores para organizar e planejar as ações da APS	Ao mesmo tempo, não há condições estruturais relacionadas à composição mínima da equipe, os mesmos gestores assumem diversas atribuições simultaneamente.	Integralidade
Estrutural	A diversidade de atribuições do enfermeiro na APS possibilita ampliar o conhecimento da rede assistencial, facilita a compreensão dos processos assistenciais, proporciona ocupar espaços estratégicos, fortalecendo-o como um profissional generalista	Mas, fragiliza a atuação da prática clínica do enfermeiro, não sendo muitas vezes referência assistencial por parte da população e da equipe de saúde.	Integralidade

conclusão

Estrutural	O modelo assistencial elaborado para as equipes de APS atuar durante a pandemia da Covid-19 foi pautado em ações com equipes multidisciplinares, acesso avançado, sistema de comunicação e rede integrados, e pela continuidade do cuidado	Diverge do modelo proposto na retomada das ações de saúde no momento de estabilização dos casos positivos para Covid-19, retomando as ações programáticas e segmentadas.	Integralidade
Particular	O uso da tecnologia na saúde é algo inovador, e pode ser uma ferramenta importante para ampliar acesso e na continuidade do cuidado	Mas, não é algo possível no cotidiano do processo de trabalho das unidades de saúde, devido a dificuldade de acesso a tecnologia por parte da população, entendimento de parte da equipe que a população terá dificuldade de uso da ferramenta, falta de recurso financeiro e tecnológico.	Acesso
Particular	Há o entendimento que a elaboração de protocolos clínicos, definindo a atuação do enfermeiro, pode ser uma ferramenta para apoiar e facilitar a prática clínica do enfermeiro	Mas depende da atuação da instituição em que o enfermeiro presta atendimento.	Integralidade
Singular	A prática clínica do enfermeiro é destacada como ampla, resolutive, integral, converge com o modelo assistencial proposto por Starfield e pelo SUS	A forma de organização da agenda do enfermeiro na APS está fragmentada, organizada em dias específicos e por condições de saúde	Acesso
Singular	O fortalecimento da prática clínica do enfermeiro é fundamental para o fortalecimento da APS	A percepção de que alguns enfermeiros preferem as atividades administrativas em detrimento da clínica.	Coordenação Do Cuidado
Singular	A atuação do enfermeiro na APS é percebida pelos gestores	Mas nem sempre é percebida pela equipe, que está próxima e acompanha o cotidiano das ações	Coordenação Do Cuidado

Fonte: A autora (2022).

Na busca de compreender a prática clínica do enfermeiro na APS, é necessário entender o modelo assistencial em que ela se insere. A dimensão estrutural deu-se em torno do todo (entendido aqui como modelo assistencial) e sua relação com as partes (entendida como prática clínica do enfermeiro). Na discussão hermenêutica, entende-se que as partes só podem ser compreendidas a partir da compreensão do todo, e de maneira interdependente, o todo só pode ser entendido pelas partes, indo e vindo até que se encaixe, caracterizando o círculo hermenêutico (SCHMIDT, 2014).

O modelo assistencial relatado pelos gestores que participaram desta pesquisa está norteado pelas políticas públicas instituídas pelo Estado, e utiliza a PNAB e os princípios do SUS como norteadores das ações em saúde na APS dos municípios. A PNAB apresenta, no seu descritivo, as atribuições específicas de cada categoria profissional e as ações conjuntas que desenvolvem, ressaltando sobre a importância de atuar de maneira integrada, facilitar o acesso, ampliar a resolutividade e com isso proporcionar a continuidade do cuidado na rede assistencial (BRASIL, 2017). O que diverge dos resultados encontrados nesta pesquisa na qual aponta a organização do processo de trabalho nas US de maneira fragmentada, restritiva, com barreiras de acesso e centralizadas nos atendimentos médicos.

Pode-se compreender o todo na perspectiva do modelo assistencial instituído, e com isso interpretar o contexto, considerando as políticas públicas implementadas, ou considerar o todo a partir da realidade comum apresentada pelos gestores na APS. Com isso, e a partir dessas informações, elaborar ou reorganizar o processo assistencial, ou talvez, identificar a necessidade de redesenhar a política de atenção básica considerando a realidade da maior parte dos municípios. Para o processo hermenêutico, é preciso tentar avaliar de maneira objetiva, aprendendo a linguagem que o autor possui, e subjetivamente aprendendo sobre o modo de vida e pensamento do autor, entendendo o autor aqui, os gestores da APS (SCHMIDT, 2014).

No auge da pandemia da Covid-19, os gestores organizaram a rede assistencial, compartilhando experiências e adaptando os processos de trabalho das equipes de saúde, com a realidade do município e as necessidades da população. Destacando nos seus relatos ações com acesso facilitado, com equipes atuando de maneira conjunta, com sistema de comunicação e rede assistencial integrada entre os diferentes pontos de atenção. Essas ações, quando efetivadas, são consideradas como pontos fortes para uma APS de qualidade (STARFIELD, 2004).

Entende-se que, ao direcionar a formação e a educação permanente de profissionais e gestores para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população, beneficiará a qualidade dos cuidados prestados (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Os mesmos autores pensam que a sistematização de propostas para o enfrentamento dos desafios se refere a sugestões de melhoria da qualidade dos serviços prestados, mediante a mudanças estruturais e organizacionais (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). O processo assistencial destacado nesta pesquisa, como

algo positivo durante o auge da pandemia da Covid-19, não se mantém no momento de retomada das ações na APS, quando a curva do número de casos desacelera, e com isso foi possível recuperar atividades enfraquecidas até aquele momento.

Neste resgate, percebe-se que houve a busca por processos de trabalho já conhecidos e consolidados pelas equipes da APS. Entretanto, na reorganização na US, predominaram as ações fragmentadas, com prioridade dos atendimentos para determinados grupos, especialmente a população com condições de saúde específicas, como exemplo diabetes e hipertensão, contrariando o preconizado pelas diretrizes do SUS, o que diverge dos atributos da APS defendidos por Starfield. Compreende-se que há uma busca para a superação da fragmentação do processo de trabalho, das relações entre os diferentes profissionais, bem como para o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural (GALAVOTE et al., 2016).

Cabe refletir o quanto é desafiador repensar o modelo assistencial para a APS, pois além de considerar as diferentes realidades de contextos sociais e culturais distintos, entende-se com os resultados desta pesquisa, que as experiências anteriores consolidadas pelos profissionais de saúde, interferem nesse processo de mudança e na inclusão de novas técnicas de saúde. Para Gadamer (1997), toda a vivência implica na perspectiva do anterior e do posterior, e que se fundem.

Segundo Lowen (2019), os processos de capacidade inovadora na APS são sustentados pelos recursos organizativos, o capital humano, a liderança, a cultura e estrutura dos sistemas de saúde, sendo os gestores e profissionais de saúde das unidades os principais protagonistas das ações. Pode se dizer que o tempo que muitos profissionais vivenciaram durante a pandemia, com processos voltados à necessidade da população, pode não ter sido suficiente para acarretar um olhar inovador para o modelo assistencial. Com o olhar da hermenêutica, entende-se que o caminho percorrido é caracterizado pela mediação, considerando o tempo e a diversidade, em que o pesquisador busca as diferenças e as semelhanças entre o seu contexto e o do autor, compreendendo o seu posicionamento e do outro (MINAYO, 2014).

Ao mesmo tempo, há o entendimento do significado de uma APS forte e resolutiva por parte dos gestores, e clareza sobre os pontos fortes e as fragilidades

no âmbito das unidades, mas percebe-se divergência nas condições estruturais, no que se refere ao âmbito da gestão municipal da APS. Identificou-se uma certa diferença entre os municípios, no que tange a equipe responsável pela organização e planejamento das ações na APS. Alguns gestores possuem uma equipe de suporte para atuar junto às equipes assistenciais, outros, principalmente os menores, precisam atuar de maneira individual ou com poucos recursos, assumindo mais de uma atribuição simultaneamente. Em concordância com o resultado encontrado nesta pesquisa, um estudo realizado com gestores que atuam em municípios de menor porte, observou-se que esses possuem desvantagens em relação aos demais, no que se refere ao provimento e a gestão de pessoas (ARCARI et al., 2020).

Em relação à prática clínica do enfermeiro e sua relação com o modelo assistencial, identificou-se uma diversidade de atribuições na APS, com ações que proporcionam ampliar seu conhecimento em outras áreas e facilitar o entendimento da rede assistencial como um todo. Fato caracterizado pelos gestores como profissional de destaque para liderança e gestão dos serviços. Em contrapartida, compreende-se que essas mesmas ações que o fortalecem em determinado espaço, fornecem uma sobreposição de funções que fragilizam sua atuação clínica, pois na divisão do tempo entre as atribuições, definidas como administrativas ou de gestão, ocupam um espaço maior em seu cotidiano, e com isso, este profissional, por vezes, não é considerado referência assistencial para a população.

Galavote et al. (2016) indicam que o enfermeiro está se afastando das atividades assistenciais, tendo com maior destaque às atividades administrativas e gestão de rede, e entendem que isso pode distanciar o enfermeiro da assistência direta e do contato com as pessoas que buscam atendimento na unidade de saúde. Estas afirmações, relacionadas aos resultados da presente pesquisa, apontam que é necessária uma melhor gestão dos processos compartilhados entre a equipe, para que a ação do enfermeiro não seja aprisionada por essas atividades, o que fragiliza a essência da profissão.

Esse resultado corrobora com a compreensão dos participantes desta pesquisa, quando relatam que alguns enfermeiros preferem desenvolver atividades administrativas em detrimento das assistenciais. Realçando que há uma certa contradição entre o que acontece no cotidiano dos enfermeiros na APS. Entretanto, identificado pela percepção dos gestores, e já destacado e discutido pelas entidades

de classe e por movimentos internacionais, sobre a relevância da prática clínica do enfermeiro, e o quanto ela irá impactar na qualidade do atendimento prestado à população. Segundo Maier et al. (2017), a prática clínica avançada do enfermeiro, reduz os custos e amplia a qualidade do atendimento prestado.

De modo contrário, outro estudo evidenciou que no Brasil durante a graduação, o ensino da administração em enfermagem não contempla a demanda do mercado, apesar do aumento de carga horária durante a formação na universidade. A maior dificuldade está na articulação entre teoria e prática, porquanto é mais difícil para o enfermeiro iniciar a trabalhar, devido à deficiência na formação de conteúdos administrativos (WISNIEWSKI et al., 2014).

Esses dois contextos de atuação do enfermeiro – um indica a importância da prática clínica e o outro aponta a necessidade de investir na formação administrativa, possibilitam refletir segundo Schmidt (2014), que não há verdade absoluta, cada linguagem é compreendida a partir de uma visão particular do mundo, e que não existe uma linguagem perfeita. Tentando trazer para o universo da enfermagem, podemos dizer que o campo de atuação do enfermeiro é amplo, e que nas diversas áreas de atuação, encontramos convergências e divergências na compreensão dos processos, e cabe aos profissionais de saúde e gestores, debruçar sobre elas para planejar e elaborar novas estratégias de melhorias para os serviços de saúde prestados à população.

No Brasil, cabe ao enfermeiro, entre muitas atribuições, coordenar, planejar, organizar, executar e avaliar a assistência de enfermagem, prestar cuidados de enfermagem de diferentes complexidades (BRASIL, 1986). Quando comparada, por exemplo, com a atuação dos enfermeiros nos EUA, que está dividida em duas categorias, que são os enfermeiros RN e os *Advanced Registered Nurse Practitioner* (ARNP), percebe-se que possui semelhanças, porém os enfermeiros nos EUA, estão respaldados para tomada de decisão clínica, e podem realizar práticas avançadas, ainda incipientes no Brasil (CESÁRIO, 2021).

Uma das maneiras utilizadas e entendidas pelos gestores para fortalecer a prática clínica do enfermeiro na APS é o uso de protocolos, geralmente utilizados nos serviços de saúde como norteadores da prática clínica e assistencial da equipe. Os mesmos relataram que utilizam os materiais que são elaborados pelo Estado e MS,

sendo que alguns adaptaram para sua realidade local. Os protocolos são considerados diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, a partir de referências científicas, auxiliam na padronização de condutas clínicas nos diferentes serviços de saúde (WERNECK; PEREIRA; CAMPOS, 2009). O protocolo no cuidado de enfermagem pode ser considerado um método que tem como princípio, o diálogo entre a pesquisa e a prática assistencial, e pode promover melhoria para o ambiente de trabalho (FIGUEIREDO et al., 2018).

Além disso, há o entendimento que a criação de protocolos de enfermagem é considerada um dos movimentos em resposta aos desafios enfrentados pelos enfermeiros para efetivar a prática clínica, como por exemplo renovação de receita de alguns medicamentos de uso contínuo, conferindo maior amplitude, resolutividade e segurança na tomada de decisão, proporcionando maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro (KAHL et al., 2018). Esse movimento tem como objetivo ampliar o escopo da prática clínica do enfermeiro, em especial na APS, e está atrelado à Lei do exercício profissional do enfermeiro e as diretrizes elaboradas pelo COFEN, que considera fundamental a elaboração de protocolos com evidências científicas e legais, utilizando uma taxonomia específica da enfermagem (COFEN, 2018; BRASIL, 1986).

Compreende-se a relevância dos protocolos clínicos na enfermagem, mas percebe-se que há necessidade de avançar em relação à prática clínica e o aumento da autonomia profissional, exposto na proposta de enfermeira de prática avançada (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018), além de ampliar a discussão desse tema nos espaços de gestão dos serviços e com os representantes políticos.

Outro ponto identificado em relação à prática clínica do enfermeiro que, ao mesmo tempo, é compreendida como uma ação ampla, resolutiva e integral durante os atendimentos, o que converge com o modelo assistencial consolidado pelo SUS e com os atributos da APS. Todavia diverge da forma de organização identificada nos processos na rotina da unidade de saúde, como por exemplo, a oferta de agendas em dias e finalidades específicas.

Entende-se que essa forma de organização do processo de trabalho, além de dificultar o acesso aos atendimentos, reforça o entendimento que o tempo disponível ou possível para a prática clínica do enfermeiro na APS pode estar comprometido, muitas vezes em desfavor de outras atividades na US ou podendo ser pela escolha

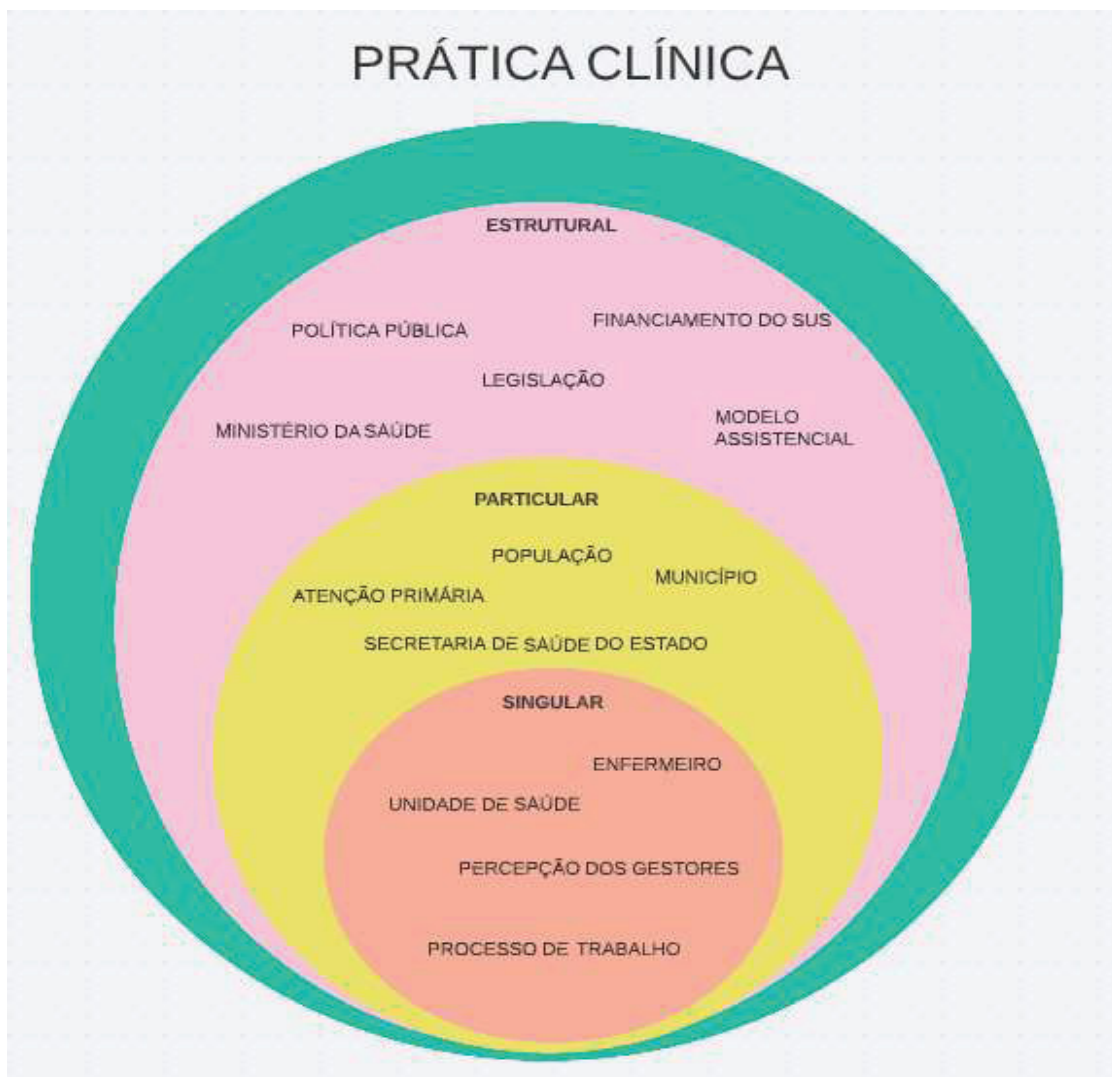
do próprio profissional. O enfermeiro realiza as ações em saúde de maneira diferenciada, com olhar criterioso, e pelo grau de complexidade e responsabilidade nos diferentes espaços de atuação (CESÁRIO et al., 2021).

Em relação ao acesso na APS, uma das ferramentas que pode auxiliar como facilitador, é inserir nos processos de trabalho, o uso da tecnologia nos serviços de saúde, como a tele consulta, o uso do e-mail, entre outros, e que converge com o pensamento dos gestores que participaram desta pesquisa e que consideram algo inovador. Entretanto, entendem que existem barreiras para implantar na rede assistencial do SUS, como a dificuldade de acesso à tecnologia por parte da população, o entendimento pela equipe de saúde e a falta de recurso financeiro nos municípios para essa finalidade.

A consulta virtual pode ser um componente importante no atendimento à população durante a pandemia da Covid-19, com maior segurança, como alternativa eficaz aos atendimentos presenciais, o uso bem-sucedido da tecnologia na saúde poderá aumentar a aceitação pública e dos gestores para outras necessidades de saúde (CAETANO et al., 2020). Os mesmos autores ressaltam que há muito a ser construído e operacionalizado para a consulta virtual no Brasil, mas entende que com novas configurações poderá fortalecer o SUS.

Percebe-se que muitas são as variáveis para fortalecer a prática clínica do enfermeiro na APS. Esta dinâmica, representada pela Figura 6, perpassa pelo modelo assistencial nos macros e micros espaços, pelas condições estruturais da gestão estratégica, entendendo como a equipe de gestores municipais, e ainda a percepção e entendimento da importância sobre o significado e aplicabilidade dos atributos da APS por parte da equipe assistencial e dos gestores.

FIGURA 6 - PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO E AS DIMENSÕES



Fonte: A autora (2022).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo consolidou a percepção que a prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde é determinada por diferentes dimensões, tais como a social e a política, financeira, nos micros e macro espaços de atuação que envolvem a sua efetividade e consolidação no modelo assistencial, seja no contexto da pandemia da Covid-19 ou nas atividades sob responsabilidade no cotidiano da APS.

Demonstrou também a relevância e a necessidade da proximidade com instituições de ensino superior, para ampliar e consolidar o ensino da prática clínica do enfermeiro, principalmente no contexto da atenção primária à saúde, e aos estudantes de graduação. Também é imprescindível articular com os setores dos serviços de saúde responsáveis pela educação permanente dos profissionais em exercícios, ofertando cursos nos níveis *lato e stricto sensu*.

Importante destacar que a prática clínica dos profissionais deve ser ampliada nesses cursos, bem como o exercício da consulta com a aplicação da SAE, que permite a amplitude e detalhamento, demonstrando a possibilidade de melhor responder às demandas das pessoas com integralidade, com coordenação do cuidado, com gerenciamento da atenção à saúde e resolutividade e a inserção de novos conhecimentos, que permitam que os profissionais possam e participem da construção de normativas que amparem o seu exercício profissional.

O uso de normativas, protocolos ou outras regulamentações na expectativa de fortalecer e consolidar a atuação clínica quer seja na APS, ou em outro ponto de atenção, foi destacada como essencial. Contudo faz-se necessário discutir esse tema com o conjunto da sociedade, principalmente com as comissões gestoras do SUS em todos os níveis, entendendo-se como propulsoras e articuladoras com as instâncias formuladoras das leis no país, bem como as comissões locais de saúde, informando e visibilizando as práticas clínicas como recursos disponíveis a todos. Com este foco, também se reforça a relevância de ampliação do escopo do trabalho dos gestores dos serviços de saúde, para articulação com as instituições de ensino, bem como os setores reguladores das práticas profissionais.

Em relação ao modelo assistencial da APS, constatou-se o papel fundamental do Estado na elaboração e implementação de políticas públicas, e de estruturas nos serviços de saúde, que ampare a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, seja criando ou ampliando diferentes pontos de atenção em uma RAS, bem como ações de educação permanente. Sendo assim, torna-se fundamental incluir nas reuniões da comissão bipartite, a previsão de espaços de educação permanente para os gestores municipais, a partir das discussões, elaborar e estruturar um modelo assistencial mais compatível com realidade local e a rede de atenção à saúde regional, possibilitando a efetivação da descentralização, conforme preconizada no âmbito do SUS, de maneira mais efetiva.

Compreender que, em diferentes situações, o modelo assistencial ainda requer a organização nas práticas sociais de diferentes categorias profissionais, principalmente do trabalho do profissional médico, e na do enfermeiro. Destarte, que esta foi imprescindível para a APS como facilitadora ao acesso aos serviços de saúde. Fortalecido o papel do enfermeiro como o profissional que planeja, acompanha, organiza e coordena as ações assistenciais de saúde, reforçando o cuidado longitudinal tão essencial na APS.

Dos quatro atributos essenciais apresentados no referencial teórico desta pesquisa, a atuação do enfermeiro na APS foi vinculada em três deles, sendo o acesso, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Tais atributos foram percebidos como grande visibilidade por parte dos gestores durante a pandemia da Covid-19.

Por assumir responsabilidades que abrangem e fortalecem estes atributos, como a prática clínica e as gerências da assistência, como as relacionadas ao administrativo, ocorre sobreposição de atribuições para o enfermeiro, situação reconhecida como um problema que deverá ser abordado com ações de mudança, a serem inseridas nas diferentes instâncias da gestão do SUS, dos serviços de saúde, como nas de ensino e nos órgãos fiscalizadores. Mas não esquecendo de outros setores da sociedade que poderão ser parceiros na visibilidade da prática social, o setor de comunicação, as diferentes formas associativas da comunidade, entre outras.

Destaca-se a relevância de atuar junto aos enfermeiros, possibilitando a sua participação e definição de ações centralizem ou priorizem a prática clínica em relação

às gerências administrativas do serviço. Destaca-se na formulação das (quero dizer das normativas, protocolos) que as amparem no serviço, assim reconhecendo, visibilizando o seu exercício junto a equipe de saúde e gerencial. Mas também de articulação política, que se faz necessário, em diferentes instâncias colegiadas dos serviços de saúde e/ou do SUS, com o sistema COFEN/CORENS, ou com as instituições de ensino ou outras que considerem definidoras das decisões que amparam e regulamentam a prática social.

Demonstrou-se que, durante a pandemia da Covid-19, foi necessária uma grande capacidade de adaptação e de resiliência por parte dos gestores, que organizaram ações de cuidado no modelo assistencial municipal. Bem como, na retomada das ações sob responsabilidade da APS, mas destaca-se a dificuldade estrutural de continuar e inserir estratégias facilitadoras ao acesso, como a ampliação das atribuições da equipe, o uso das tecnologias de comunicação e informação. Como também a estrutura singular em que os profissionais retornaram às práticas anteriores consolidadas, como as de organizar o processo de trabalho de maneira fragmentada e focado em patologias específicas, demonstrando o quanto é desafiador incorporar no cotidiano das unidades de saúde ações inovadoras.

Conclui-se a necessidade de incluir e construir tecnologias que apoiem o cuidado da população, bem como as atividades de educação permanente que amparem processos de mudança nos serviços de saúde. Investir e inserir atividades de educação permanente relacionadas às atribuições dos cargos de gestão, com ênfase as de planejamento estratégico, processo de mudança, entre outras. Identificou a possibilidade de outras pesquisas, entre as quais as relacionadas aos custos para a implementação de novas práticas ou um modelo assistencial, que sustentem a APS, com destaque para que a prática clínica do enfermeiro possa agregar valor financeiro para o município.

Em face ao exposto, torna-se importante a reflexão e pesquisas acerca do quanto a pandemia da Covid-19 e outras crises que possam advir impactam na vida profissional e pessoal, e quais são os principais determinantes da retomada das atividades e sobre a visão de mundo no período e no futuro de estabilização do número de casos.

Percebe-se a necessidade de que haja convergências entre os atributos da APS para a construção de um modelo assistencial norteado pelos princípios do SUS, e para que o modelo assistencial na APS seja efetivo, é fundamental que aconteça a

correlação entre os atributos. As práticas em saúde são resultantes e determinadas pelos modelos assistenciais adotados e os influenciam ou os fortalecem. Percebeu-se que o modelo assistencial agrega ações de outros modelos, e acolhe as inovações, que muitas vezes são pontuais, mas que ao longo do tempo agregam novos valores, novas práticas sociais e são reconhecidas pelos usuários.

As limitações da pesquisa estiveram ligadas à disponibilidade dos gestores em participar das entrevistas, mesmo que online, devido ao grande número de atividades inerentes ao cargo, e intensificadas durante o período de pandemia da Covid-19. Outro ponto foi a adaptação dos pesquisadores em realizar as entrevistas de maneira virtual, não tendo experiências anteriores como referência de aprendizado.

REFÊRENCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2020.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>>. Acesso em: 8 out. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES DE COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E DE RELAÇÕES PÚBLICAS (ABRAPCORP). XV Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas. **Mulheres em cargos de liderança: reflexões sobre divisão sexual do trabalho, cultura e comunicação no contexto organizacional**. São Paulo-SP, 2021.

BARATIERI, T.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia de saúde da família. **Revista Ciencia y Enfermería**, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2012. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441810002.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Práticas de enfermagem no contexto da atenção primária à saúde: uma scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2721, 2016. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BARBOZA, N. A. S.; RÊGO, T. D. de M.; BARROS, T. de M. R. R. P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde / SUS history in Brazil and health policy. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 84966–84985, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19348>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BARROS, F. P. C. A municipalização da saúde no Brasil: uma visão crítica. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 17, 2018. Disponível em: <<https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/270>>. Acesso em: 10 dez. 2020.
BLAZEY-MARTIN, D. et al. Primary Care Population Management for COVID-19 Patients. **J Gen Intern Med**, v. 35, n. 10, p. 3077-80, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32720239/>>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BONFADA, M. S.; PINNO, C.; CAMPONOGARA, S. Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPR OnLine**, v. 12, n. 8, 2018. Disponível em:< <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234915p2235-2246-2018>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytkwtS/abstract/?lang=en#>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BRANDÃO, J. R. M. O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1413-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hj7sDpKVZrhPLgCSzf5RHVt/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Artigos nº 196 a 200. **Constituição**: República Federal do Brasil. Brasília, DF, Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Enfermagem em números**. 2023. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 8 set. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Parecer de Câmara Técnica nº 002/2018/CTAB/COFEN**. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/parecer-no-002-2018-ctab-cofen_66327.html>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 Mar 2020. Seção 1, p. 117.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.643 de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Brasília; 2002., 26 ago 2002, Seção 1, p.205.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, p. 228-2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 1987. **Diário Oficial da União**, 9 Jun 1987. Seção 1, p. 8853-5.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de agosto de 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm>. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 363, 26 jun. 1986. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7498-25-junho-1986-368005-norma-pl.html>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 Abr 2020. Seção 1, p. 10.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 novembro 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Tuberculose na atenção primária à saúde: protocolo de enfermagem**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2022. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1390818/tuberculose-na-atencao-primaria-a-saude-protocolo-de-enfermagem.pdf>>. Acesso em: jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, edição 183, seção 1, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 7, Brasília - DF, 2020. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BREHMER, L. C. de F.; RAMOS, F. R. S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface- Comunicação Saúde e Educação**, v. 20, n. 56, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WSQS78n3HHZ9c4ffr7hy6vR/?lang=pt#>. Acesso em: 01 mar. 2020.

BRYANT-LUKOSIUS. et al. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02826.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CAÇADOR, B. S. et al. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 612-626, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283536361_Being_a_nurse_in_the_family_health_strategy_programme_challenges_and_possibilities>. Acesso em: 9 nov. 2020.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para a telessaúde em tempos da pandemia pela Covid-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/citation/?lang=pt#>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 511-539.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, 513-518, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751532016.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013b. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 11 out. 2020.

CASSIANI, S. H. B. et al. Combinação de tarefas do enfermeiro e de outros profissionais na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Revista Pan-Americana de Salud Publica**, v. 44, 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52469>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

CASSIANI, S. H. B.; NETO, J. C. G. L. Nursing perspectives and the “Nursing Now” Campaign. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2351-52, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/0034-7167-reben-71-05-2351.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

CAVEIÃO, C. et al. Competências para a formação da liderança do enfermeiro brasileiro: estudo transversal. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, v. 7, n. 7, 2021. Disponível em:< <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-247>>. Acesso em: 8 set. 2022.

CESÁRIO, J. M. S. et al. Prática clínica do enfermeiro: diferenças entre Brasil e Estados Unidos da América. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 15, p. 40-55, 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/pratica-clinica>. Acesso em: 10 nov. 2021.

COLOMBO, D. G. A desigualdade no acesso à pós-graduação stricto sensu brasileira. Análise do perfil dos ingressantes de cursos de mestrado e doutorado. **Cadernos de Estudos e Pesquisa em Políticas Educacionais**, v. 1, 2018. Disponível em: <<http://cadernosdeestudos.inep.gov.br/ojs3/index.php/cadernos/article/view/1010>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gXKyw3Jsx4RsTvrLdGwBCsp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 7 jul. 2020.

COSTA, R. H. S.; COUTO, C. R. O.; SILVA, R. A. R. da. Prática clínica do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, 2015. Disponível em:< <https://doi.org/10.5902/2236583410841>>. Acesso em: 7 jun. 2020.

COSTA, R.; LOCKS, M. O. H.; GIRONDI, J. B. R. **Pesquisa exploratória descritiva**. In: FILHO, C. S. F. Metodologia da pesquisa para a enfermagem saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Maria Editora, 2016. p. 273.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRISP, N.; IRO, E. Nursing Now campaign: raising the status of nurses. **The Lancet**, v. 391, n. 10124, p. 920-921, 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30494-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30494-X/fulltext)>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CUNHA, E. M. da.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 21 mai. 2020.

CUSTÓDIO, L. L.; GOMES, I. L. V.; ALVEZ, A. R. Educação permanente em enfermagem na Covid-19: Relato de experiência. **Cadernos ESP**, v. 15, n. 1, p. 58-62, 2021. Disponível em: <<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/534>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

DAWSON, P. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, n. 93, p. 1-38, 1964. Disponível em: <<https://www.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

DOWLING, M. et al. Advanced practice nursing: a concept analysis. **International Journal of Nursing Practice**, v. 19, n. 2, p. 131-140, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijn.12050>>. Acesso em: 07 dez. 2020.

DUARTE, J. E. S. **A Municipalização da Saúde nos 20 Anos do SUS**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde, p. 20-22, 2008. Disponível em: <<https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33690>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ENGSTROM, E. M. et al. Organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da covid-19. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. **Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz**, p. 185-200. Rio de Janeiro, 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, . 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxXbpxTFXJsd/?lang=pt#>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

FERREIRA, A. M. D. et al. Roteiro adaptado de análise de conteúdo - modalidade temática: relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.15210/jonah.v10i1.14534>>. Acesso em: 22 out. 2020.

FERREIRA, D. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

FERREIRA, J. S. dos. Diagnóstico e cuidados de enfermagem ao covid-19: enfermeiro como linha de frente, uma revisão integrativa. **Revista Multidebates**, v. 5, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/373/334>>. Acesso em: 7 ago. 2022.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 36, n. 6, 2015. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. Acesso em: 9 nov. 2020.

FIGUEIREDO, W. B. et al. Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: relato de experiência. Developing a nursing healthcare protocol: a case report Construcción de un protocolo de cuidados de enfermería: relato de experiencia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/NVt9jXTZYzmQFMZg6wPdMSD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

FORTE, E. C.N. et al. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica?. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v.11, n.2, p. 53-68, 2017. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2338>. Acesso em: 27 mai. 2020.

FRANCO, F. V. te al. Resolutividade das consultas de enfermagem numa unidade básica de saúde com acesso avançado. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 36, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.300-308>>. Acesso em: 7 ago. 2022.

FRANCO, J. Prescrição de medicamentos por Enfermeiros: uma tendência mundial. **Blog Enfermagem Aberta**, 12 mar. 2010. Disponível em: <<https://enfermagemaberta.blogs.sapo.pt/5210.html>>. Acesso em: 14 set. 2020.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8QsxZbDLnCWVBN6zQVwjbxL/?lang=en#>. Acesso em: 01 jun. 2020.

GENEZINI, B. S. de; SANTOS, M. P. dos; BERSSANETI, F. T. Barreiras para Teleconsulta Pré e Durante Pandemia na Percepção dos Pacientes. **X Congresso Brasileiro de Engenharia de Produção (ConBRepro)**, 2020. Disponível em: <https://aprepro.org.br/conbrepro/2020/anais/arquivos/10102020_171027_5f82174f9b5cc.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

GENEZINI, B. S. de; SANTOS, M. P. dos; BERSSANETI, F. T. Barreiras para Teleconsulta Pré e Durante Pandemia na Percepção dos Pacientes. **X Congresso Brasileiro de Engenharia de Produção (ConBRepro)**, 2020. Disponível em: <https://aprepro.org.br/conbrepro/2020/anais/arquivos/10102020_171027_5f82174f9b5cc.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

GUALDEZI, L. F. **Competências do enfermeiro em práticas avançadas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. 113 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/71493/R%20-%20D%20>

%20LUIS%20FERNANDO%20GUALDEZI.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 05 nov. 2021.

GUERRA, S. et al. Continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n.9, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/WNqWTQRqgMDcJVDCNYBhkzx/citation/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HEALE, R.; BUCKLEY, C. R. An international perspective of advanced practice nursing regulation. **International Nursing Review**, v. 62, n. 3, p. 421-429, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12193>>. Acesso em: 22 out. 2020.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **GBD Compare. Seattle: IHME; 2019**. Disponível em: <<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL. **Desempenho e história nos sistemas de saúde: municipalização, recursos humanos e cooperação**, v. 17, 2018. Disponível em: <<https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/issue/view/18>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Desenvolvimento paranaense: contexto, tendências e desafios**, 2022. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2022-08/desenvolvimento_paranaense.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2022.

KAHL, C. et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SqwXTp7RJYYnh54rRLXHCrC/citation/?lang=pt#>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

KIDD, M. R. Five principles for pandemic preparedness: lessons from the Australian COVID-19 primary care response. **British Journal of General Practice**, v. 70, n. 696, p. 316-317, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3399/bjgp20X710765>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

KUSCHNIR, R.; CHORNY A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-16, n. 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/YWH9n3DqK6wRwB8VLdvpZYG/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jan. 2021.

LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática: volume 2. Porto Alegre: Moriá, 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.4, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?lang=pt#>. Acesso em: 25 mai. 2020.

LEWANDOWSKI, W.; ADAMLE, K. Substantive areas of clinical nurse specialist practice: a comprehensive review of the literature. **Clinical Nurse Specialist**, v. 23, n. 2, p. 73-90, 2009. Disponível em: <https://journals.lww.com/cns-journal/Abstract/2009/03000/Substantive_Areas_of_Clinical_Nurse_Specialist.8.aspx>. Acesso em: 03 dez. 2020.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v.42, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?lang=pt#>>. Acesso em: 22 mai. 2020.

LUJÁN, A. I. C. et al. Percepción sobre continuidade asistencial de usuários com enfermedades crónicas en dos redes de servicios de salud. **Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana**, v. 13, p. 7-24, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/332233447>. Acesso em: 12 jul. 2020.

MAESENEER, J. et al. A atenção primária à saúde (APS) como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura, iniciativa da rede de conhecimento em sistemas de saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano IX, n. 19, p. 46-72, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia19.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

MAIER, C. B.; AIKEN, L. H.; BUSSE, R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. **OECD Health Working Papers**, n. 98, 2017. Disponível em: <<https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/a8756593-en>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MARTÍNEZ-RIERA, J. R.; GRAS-NIETO, E. Atención domiciliar y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. **Enfermería Clínica**, v. 31, supl. 1, s24-s28, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1181, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt#>. Acesso em: 18 ago. 2020.

MATTOS, J. C. O. de.; BALSANELLI, A. P. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, v. 10, n. 4, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**. Espaço temático: COVID-19 – Contribuições da Saúde Coletiva, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. Acesso em: 7 jul. 2020.

MENDES, E. V. O acesso à Atenção Primária à Saúde. **Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**, p. 1-216, 2017. Disponível em: <https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/guiatutoria_etapa4_aps_anexo4.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.5020%2F18061230.2018.7839>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemônico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. **Salud Colect**, v. 16, 2020. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2615>. Acesso em: 06 jul. 2020.

MENESES, A. S de. Gestão Emergencial dos recursos da Atenção Básica na cobertura da Pandemia de Covid-19. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.557>>. Acesso em: 7 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19**. Versão 2, Brasília - DF, 2020. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140600-2-ms-diretrizes-covid-v2-9-4.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/condicoes_trabalho_equipes_saude_familia.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Revista Interface**, v. 15, n. 27, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200017>>. Acesso em: 8 set. 2020.

OLIVEIRA, W. K. de. et al. P. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2. Brasília, maio de 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>>. Acesso em: 7 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Declaração de Alma-Ata. OMS: Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=21D6D7CB004F1C268EADCE6A8C938553?sequence=5>. Acesso em: 12 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: Contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Expanding the role of nurses in Primary Health Care**. Washington, DC: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34958/9789275120033_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 07 jul. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Contingência do Paraná Covid-19 (nível 3 – execução)**. Paraná, 2020.

PAULA, A. C. R. de. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no atendimento a pacientes internados com suspeita de covid-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200160>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JGLbjXd393fPnTMrWvx6BNN/citation/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

PEREIRA, F. A. C. da; CORREIA, D. M. S. da. Uso da Teleconsulta pelo enfermeiro a cardiopatas: uma reflexão durante a pandemia por COVID-19 no Brasil. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2, p. 167-171, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145863>>. Acesso em: 5 ago. 2020.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. de. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>>. Acesso em: 7 jul. 2020.

PERES, A. M. Competências gerenciais do enfermeiro: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho. Orientadora: Maria Helena Trench Ciampone. 2006. 250 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Setor de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São

Paulo, 2006. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-02102006-104635/publico/tese_aida_maris_peres.pdf. Acesso em: 19 go. 2020.

PERES, A. M.; CHAVES, M. M. N.; MERCHÁN, M. G. M. **Metodologia Hermenéutica-Dialéctica en investigacion de enfermeria**. Investigación cualitativa em enfermeira. Metodología y didáctica, p. 76-87. Washington DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAll>. Acesso em: 07 jul. 2020.

PERIN, J. M. Detalhando o Imperativo da Atenção Primária- Lembrando de Barbara Starfield. **The Milbank Quarterly**, v. 98, 2020. Disponível em: <https://www.milbank.org/quarterly/articles/detailing-the-primary-care-imperative-remembering-barbara-starfield/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n.1, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bXtn5xy5M9SfVdNd5QsMFxs/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDBYnh/?lang=pt#>>. Acesso em: 24 mai. 2020.

PORTELA, M.C.; REIS, L. G. C. da; LIMA, S. M. L. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**, p. 474, 2022. Disponível em:<<https://doi.org/10.7476/9786557081587>>. Acesso em: 9 jul. 2022.

QUEIROZ, P. A. E.; TOSO, B. R. G. O. Enfermagem de Prática Avançada na América Latina e Caribe: buscando sua implementação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/PVXgzQNdtgGdcT7WxznzbFzk/citation/?lang=en#>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

RAFAEL, R. M. R. et al. Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect?. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 1-6, 2020. Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49570>>. Acesso em: 13. mai. 2020.

RAWAF, S. et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. **European Journal of General Practice**, v. 26, n. 1, p. 129-133, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

REDE DE PESQUISA EM APS (org.). Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições.

Abrasco. Rio de Janeiro, 2022. E-book.111p. Disponível em:<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/02/e-book_rede_APS_29_07.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.

REINERT, M. ALCESTE. Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, v. 26, p. 24-54, 1990. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177%2F075910639002600103>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

RODRIGUES, M.A. et al. Teleconsultation as an advanced practice nursing during the COVID-19 pandemic based on Roy and Chick-Meleis. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0438en>>. Acesso em: 8 set. 2022.

ROSEN, G. **Uma história de saúde pública**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

RUBIO, B. C. et al. Breve visión de los principales protagonistas de la Escuela Inglesa de Atención Primaria durante el último medio siglo. **Revista Española de Salud Pública**, v. 90, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/resp/2016.v90/e20008/es/>>. Acesso em: 17 set. 2020.

RUFINO, E.; JUNIOR, N. C. Caracterização do atributo acesso na Atenção Primária à Saúde nos Contratos de Gestão das Organizações Sociais de Saúde no município de São Paulo. **Revista de APS**, v. 25, n. 1, 2022. Disponível em:<<https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/36153>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-36, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jan. 2020.

SCHWARTZMAN, S. Pesquisa e Pós-Graduação no Brasil: duas faces da mesma moeda. **Estudos Avançados**, v. 36, n. 124, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/mM4ZbvgxfKYSjWv6bwL7fMg/citation/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA). **Plano de Contingência do Paraná COVID-19**. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Centro de Operações em Emergências (COE), p. 1-34, 2020. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/planocovid19final.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2020.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em:<<https://www.semanticscholar.org/paper/AN%C3%81LISE-DE-CONTE%C3%9ADO%3A-EXEMPLO-DE-APLICA%C3%87%C3%83O-DA-PARA-Silva-Foss%C3%A1/28f63a9af7fafa1bf64b4a45f0dccec6e110272a>>. Acesso em: 23 set. 2020.

SILVA, C. T. S. et al. Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.11, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/46850>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SILVA, G. F. et al. Atuação do residente de enfermagem no enfrentamento da COVID-19 no município de Cascavel/PR: relato de experiência. **Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde**, v. 6, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26291>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

SILVA, G. M. da. et al. Obesidade como fator agravante da COVID-19 em adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02321>>. Acesso em: 22 out. 2022.

SILVA, L. C. et al. Barreiras e facilitadores na telemedicina: Uma revisão integrativa da literatura. **Congresso Internacional em Saúde**, n. 8, 2021. Disponível em:< <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19428>>. Acesso em: 7 jun. 2020.

SILVA, L. S. et al. Ampliação do escopo de atuação de enfermeiras (os) na atenção primária à saúde: participação na coordenação do cuidado. **APS Redes**, 2021. Disponível em:< <https://apsredes.org/lis-enfermagem/ampliacao-do-escopo-de-atuacao-de-enfermeiras-os-na-atencao-primaria-a-saude-participacao-na-coordenacao-do-cuidado/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SOUZA, I. B. et al. Gestão e gerenciamento de enfermagem: perspectivas de atuação do discente. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 13, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240535>>. Acesso em: 18 jul. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B.; SHI, L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. **Health Services Research**, v. 42, n. 6, p. 2252-2256, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00739.x>>. Acesso em: 09 nov. 2020.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 417-434, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200005>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

TASCA, R. et al. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. **Revista Saúde em Debate**, v. 46, n. 1, 2022. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E101>>. Acesso em: 9 nov. 2022.

THEIS, L. C.; MORAES, T. P.; MOYSÉS. Avaliação do cuidado às pessoas que vivem com Diabetes Mellitus segundo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Investigação, Sociedade e Desenvolvimento, v. 10, n. 8,, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17014>>. Acesso em: 14 jul. 2022.

UNITED NATIONS. Chronic illnesses: **UN stands up to stop 41 million avoidable deaths per year**. New York, 2018. Disponível em: <<https://news.un.org/en/story/2018/09/1021132>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WASKIEWICZ, V. V. et al. Desigualdade de gênero nos cargos de diretores técnicos nos hospitais do Sul do Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, v. 22, n. 86, 2022. Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/308>>. Acesso em: 03 mai. 2022.

WATTS, G. Bárbara Starfield. **The Lancet**, v. 378, 2011. Disponível em:<[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61281-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61281-6)>. Acesso em: 24 mai. 2020.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

WISNIEWSKI, D. et al. Ensino da administração em enfermagem e necessidades do mercado: revisão integrativa. The teaching of management in nursing and the needs of the market: an integrative review. Enseñanza de la gestión en enfermería y necesidades del mercado: revisión integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.8, p.3747-57, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10117/10598>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 114**. 2020. Acesso em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332089/nCoVsitrep13May2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 mai. 2020.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I. CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Sexo:.....

Idade:.....

Área de formação:.....

Tempo no serviço em questão (anos):.....

Cargo:.....

Tempo que está no cargo:.....

Qualificação:.....

II. ENTREVISTA

1 - Como você descreve o modelo de gestão adotado pelo município para a APS?

2 - Como você entende/ percebe a prática clínica do enfermeiro na APS? 3

- Quais as estratégias promovidas pela gestão para efetivar a prática clínica do enfermeiro na APS?

3 - Neste cenário da pandemia do covid-19, como percebe a prática clínica do enfermeiro na APS?

4 - Quais são as dificuldades e as facilidades na gestão para promover a prática clínica do enfermeiro?

5 - Observações

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Dr^a Aida Maris Peres, Dda. Carla Da Ros, Dra. Priscila Meyenberg Cunha Sade, Dda. Dora Yoko Nozaki Goto, Dda. Michele Straub, Mda. Jackeline da Rocha Vasques – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o senhor ou a senhora, gestor do serviço de atenção primária à saúde deste município, a participar de um estudo intitulado Prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde: análise na perspectiva da gestão. Trata-se de um conjunto de estudos que visa elucidar como a efetivação da prática clínica da enfermeira na atenção primária à saúde se relaciona ao modelo de gestão à saúde adotado pelo município. A sua participação é fundamental para o fortalecimento da atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde.

a) Tem como objetivo analisar como o modelo de gestão propicia a prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde do estado do Paraná.

b) Caso o senhor ou a senhora, concorde em participar da pesquisa, será necessário que responda algumas questões, a partir de uma entrevista com roteiro semiestruturado, em um local calmo e privado de sua preferência, em horário previamente agendado, com duração de aproximadamente 40 minutos, e sua autorização será mediante a assinatura deste documento. As entrevistas serão gravadas utilizando um aparelho celular, que será deixado em local visível e próximo do participante da pesquisa.

c) É possível que senhor ou a senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo da entrevista.

d) Os benefícios esperados com esta pesquisa estão relacionados ao planejamento de ações que visem à melhoria da qualidade dos serviços prestados na rede de atenção à saúde, principalmente na atenção primária, contribuindo para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

e) Os pesquisadores Dr^a Aida Maris Peres, Dda. Carla Da Ros, Dra. Priscila Meyenberg Cunha Sade, Dda. Dora Yoko Nozaki Goto, Dda. Michele Straub, Mda. Jackeline da Rocha Vasques responsáveis por este estudo poderão ser localizados pelo e-mail: amaris@ufpr.br; carlaros77@gmail.com; priscila.sade@gmail.com; doragoto@gmail.com; chele.straub@gmail.com; jackeline.vasques@gmail.com; ou ainda, no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência o senhor ou a senhora também pode me contatar nestes números de telefones celulares, em qualquer horário: (41) 999413099; (41) 91881805; (41) 96828900; (41) 97053934; (41) 98111392; (41) 87693940.

f) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor ou a senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

g) Os questionários e as gravações serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão destruídos, descartados e deletados dos arquivos ao término do estudo, dentro de 05 anos.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como a Dr^a Aida Maris Peres, orientadora desta pesquisa, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se o senhor ou a senhora, tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o senhor ou a senhora pode contatar também o Comitê de Ética em

Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

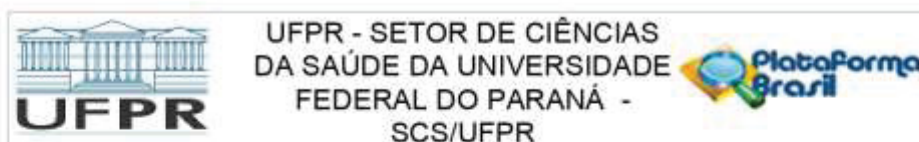
Local _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicando seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios e oportunidades da Rede de Atenção à Saúde em tempos de pandemia COVID 19: informação, organização e acesso às práticas de saúde

Pesquisador: Aida Maris Peres

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39744520.9.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.450.267

Apresentação do Projeto:

Protocolo intitulado "Desafios e oportunidades da Rede de Atenção à Saúde em tempos de pandemia COVID 19: informação, organização e acesso às práticas de saúde", oriundo do PPg Enfermagem, tendo como Pesquisador Responsável: Aida Maris Peres.

Diante da atual pandemia de COVID-19, os indicadores de oportunidade de resposta pertinentes à rede de atenção à saúde advindos da análise das fichas de notificações contribuem para a organização dos serviços de saúde e acesso às práticas de saúde, assim como no planejamento de educação permanente para a força de trabalho em saúde. Objetivo geral: Analisar a organização da Rede de Atenção à Saúde e as estratégias de acesso universal às práticas de saúde no contexto da crise sanitária, a partir das oportunidades de informação-decisão-ação propiciados pelas notificações de casos durante a pandemia da COVID-19. Metodologia: Pesquisa de métodos mistos, exploratória e descritiva, inserida na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem, a ser realizada em rede no Estado do Paraná. Como fonte de dados serão utilizados: o Plano Estadual de Saúde 2020-2023, relatórios públicos de gestão e de produtividade, três bancos de dados epidemiológicos da SESA-PR, dois questionários estruturados para gestores, sendo dois sobre Educação Permanente e três sobre os pontos da Rede de Atenção à Saúde coordenada pela SESA-PR, além de entrevistas semi-estruturadas para gestores que representem as 22 regionais de saúde do Estado. A análise dos dados quantitativos advindos da

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

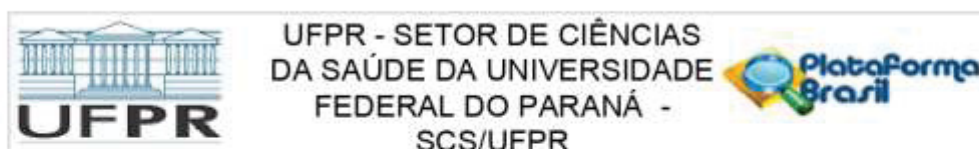
UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer, 4.450.267

aplicação dos questionários e sistemas de informação será realizada com apoio de profissional estatístico e uso de softwares específicos. As entrevistas serão transcritas e processadas no software IRAMUTEQ para posterior análise dos pesquisadores e as fontes documentais passarão por análise de conteúdo. Após análise dos dados serão estabelecidas diretrizes para práticas clínicas e pré-clínicas do enfermeiro relacionadas à infecção por COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a organização da Rede de Atenção à Saúde e as estratégias de acesso universal às práticas de saúde no contexto da crise sanitária, a partir das oportunidades de informação-decisão-ação propiciados pelas notificações de casos durante a pandemia da COVID-19.

Objetivo Secundário:

- 1- Avaliar a oportunidade da atenção e vigilância dos casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com foco na infecção por COVID-19;
- 2- Analisar a resposta dos gestores da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Estado do Paraná na produção de informação, conhecimento útil e reorganização dos serviços para o enfrentamento das situações emergenciais em saúde pública no contexto da RAS;
- 3- Implementar e avaliar as ações de educação permanente desenvolvidas para gestores de saúde, advindas das necessidades de informação, decisão e ação, desencadeadas pela COVID-19;
- 4- Analisar as políticas de saúde e as mudanças na gestão da força de trabalho em saúde ocorridas no contexto da crise sanitária desencadeada pela COVID-19;
- 5- Reconhecer o papel das ações e atribuições relacionadas às práticas pré-clínicas e clínicas dos enfermeiros na atenção primária à saúde, frente à COVID-19, na perspectiva dos gestores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não trará risco efetivo ou potencial presumido aos participantes e serão preservados o anonimato e sigilo das informações prestadas. Em todo o processo da pesquisa a confidencialidade será mantida. Havendo qualquer tipo de desconforto ou constrangimento do participante, este poderá optar por não participar da pesquisa se assim desejar (etapa referente a resposta dos questionários aos servidores públicos). Entende-se que os riscos aos participantes seja o possível constrangimento ao responder o questionário, bem

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

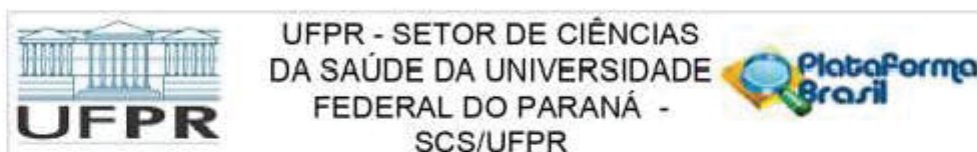
UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer, 4.450.267

como o desenvolvimento do plano de ação.

Benefícios:

A pesquisa não trará benefícios direto aos participantes porém seus resultados poderão nortear o aperfeiçoamento das políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Alterações solicitadas por este colegiado foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Alterações solicitadas por este colegiado foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos.

Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	03/12/2020		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

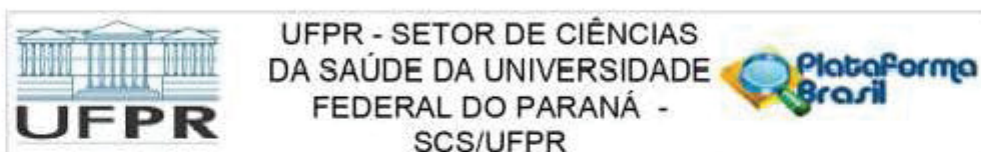
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

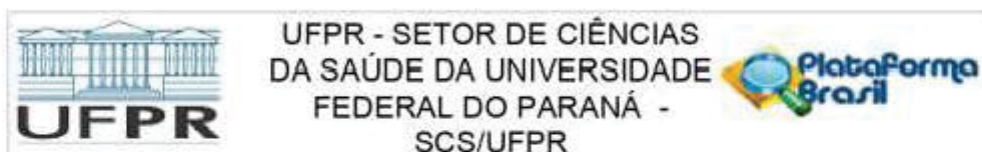
E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.450.267

Básicas do Projeto	ETO_1624441.pdf	16:28:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Objetivo5_corrigido.docx	03/12/2020 16:24:08	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Objetivo3_corrigido.docx	03/12/2020 16:24:01	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APS_Objetivo2_corrigido.docx	03/12/2020 16:23:55	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AH_Objetivo2_corrigido.docx	03/12/2020 16:23:46	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AAE_Objetivo2_corrigido.docx	03/12/2020 16:23:34	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisaCEP_corrigido.docx	03/12/2020 16:22:40	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.docx	03/12/2020 16:19:20	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
Outros	autorizacao_manipulacao_dad.pdf	05/11/2020 08:27:56	IDA CRISTINA GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Objetivo3.docx	03/11/2020 12:21:04	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Objetivo5_entrevista_retificado.docx	03/11/2020 12:19:09	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APS_retificadoObjetivo2.docx	03/11/2020 12:18:47	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AH_retificadoObjetivo2.docx	03/11/2020 12:18:35	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_AAE_retificadoObjetivo2.docx	03/11/2020 12:18:19	Aida Maris Peres	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar**Bairro:** Alto da Glória**CEP:** 80.060-240**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-7259**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 4.450.267

Justificativa de Ausência	TCLE_AAE_retificadoObjetivo2.docx	03/11/2020 12:18:19	Aida Maris Peres	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro.pdf	10/10/2020 12:13:10	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ata_aprovacao.pdf	10/10/2020 12:10:46	Aida Maris Peres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisaCEP_9out2020.docx	10/10/2020 12:05:28	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	Modelo8_2_solicitacao_acesso_dados.pdf	10/10/2020 12:01:01	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	MODELO2_analise_merito_CEP.pdf	10/10/2020 11:58:59	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	Extrato_Atta_departamento.pdf	10/10/2020 10:36:20	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Modelo6_Declaracao_compromissos_Equipe.pdf	10/10/2020 10:21:18	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_ENTREVISTA_Obj5.docx	06/10/2020 18:28:19	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_Suporte_a_transferencia_Obj3.docx	06/10/2020 18:23:48	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_Autoavaliacao_Obj3.doc	06/10/2020 18:22:55	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	06/10/2020 18:10:07	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de concordância	Modelo3_4_Declaracao_coparticipanteESA.pdf	06/10/2020 17:41:06	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Modelo1_cartaencaminhamento_pesquisadorCEP.pdf	06/10/2020 17:39:11	Aida Maris Peres	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	06/10/2020 16:05:28	Aida Maris Peres	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 09 de Dezembro de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

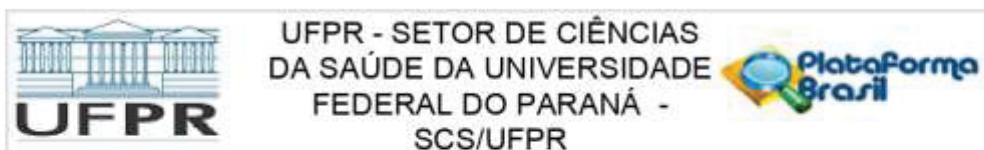
Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

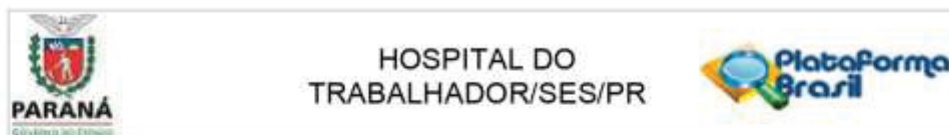
E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer, 4.450.267

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SESA



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios e oportunidades da Rede de Atenção à Saúde em tempos de pandemia COVID 19: informação, organização e acesso às práticas de saúde

Pesquisador: Aida Maris Peres

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39744520.9.3001.5225

Instituição Proponente: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.590.722

Apresentação do Projeto:

Apresentados no parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Apresentados no parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados no parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentados no parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

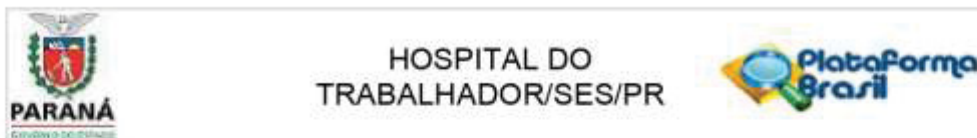
Pendência atendida: declaração de custeio do orçamento apresentado:

Segundo o pesquisador: "Os itens do orçamento no mesmo valor apresentado no projeto submetido na Plataforma Brasil (R\$19.920,00) serão custeados por recurso gerenciado pela FUNPAR- Fundação da Universidade Federal do Paraná e aprovado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFPR – PRPPG após o projeto de pesquisa ser contemplado no Edital 02/2020 – Apoio a Atividades de Pesquisa"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 Fax: (41)3212-5709 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.590.722

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembramos os autores que devem ser seguidas as determinações da resolução 466/2012 e da norma operacional 01/2013 do CNS. Assim, é responsabilidade do pesquisador encaminhar como NOTIFICAÇÃO os seguintes documentos:

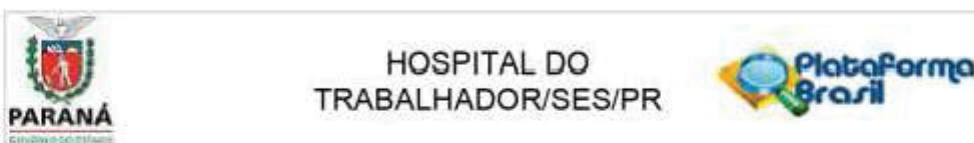
- Relatórios parciais (semestrais), se for o caso
- Relatório final
- O trabalho concluído (publicação, anais de congresso, etc)
- Comunicação de eventos adversos (se houver)
- Comunicação de início do trabalho e término do mesmo

Alterações no projeto (inclusive em relação à equipe de pesquisa) devem ser submetidos como EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1678869.pdf	17/02/2021 10:16:23		Aceito
Outros	esclarecimentos_CEP_HT_SES2021.pdf	17/02/2021 10:15:02	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Objeto5_corrigido.docx	03/12/2020 16:24:08	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Objeto3_corrigido.docx	03/12/2020 16:24:01	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APS_Objeto2_corrigido.docx	03/12/2020 16:23:55	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AH_Objeto2_corrigido.docx	03/12/2020 16:23:46	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_AAE_Objeto2_corrigido.docx	03/12/2020 16:23:34	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito

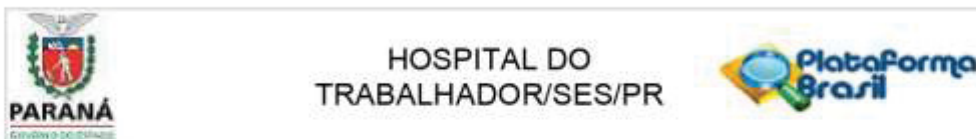
Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.590.722

Ausência	TCLE_AAE_Objetivo2_corrigido.docx	03/12/2020 16:23:34	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisaCEP_corrigido.docx	03/12/2020 16:22:40	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_GEP.docx	03/12/2020 16:19:20	Priscila Meyenberg Cunha Sade	Aceito
Outros	autorizacao_manipulacao_dad.pdf	05/11/2020 08:27:56	IDA CRISTINA GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Objetivo3.docx	03/11/2020 12:21:04	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Objetivo5_entrevista_retificado.docx	03/11/2020 12:19:09	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APS_retificadoObjetivo2.docx	03/11/2020 12:18:47	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AH_retificadoObjetivo2.docx	03/11/2020 12:18:35	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AAE_retificadoObjetivo2.docx	03/11/2020 12:18:19	Aida Maris Peres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisaCEP_9out2020.docx	10/10/2020 12:05:28	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	Modelo8_2_solicitacao_acesso_dados.pdf	10/10/2020 12:01:01	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	MODELO2_analise_merito_CEP.pdf	10/10/2020 11:58:59	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	Extrato_Atta_departamento.pdf	10/10/2020 10:36:20	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_ENTREVISTA_Obj5.docx	06/10/2020 18:28:19	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_Suporte_a_transferencia_Obj3.docx	06/10/2020 18:23:48	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_Autoavaliacao_Obj3.doc	06/10/2020 18:22:55	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	06/10/2020 18:10:07	Aida Maris Peres	Aceito

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR - 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.590.722

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 15 de Março de 2021

Assinado por:
FABIO TERABE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br