

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE
DARCY RIBEIRO – UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM – CCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA – PPGSP

**QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO
À ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS
GOYTACAZES-RJ**

ALINE TEIXEIRA MARQUES FIGUEIREDO SILVA

Campos dos Goytacazes - RJ
Setembro – 2023

**QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO À
ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ**

ALINE TEIXEIRA MARQUES FIGUEIREDO SILVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.
Orientador: Prof. Dr. Marlon Gomes Ney

Campos dos Goytacazes - RJ

Setembro – 2023

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

S586

Silva, Aline Teixeira Marques Figueiredo.

QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ / Aline Teixeira Marques Figueiredo Silva. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2023.

167 f.

Inclui bibliografia.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2023.

Orientador: Marlon Gomes Ney.

1. Ampliação do acesso. 2. Atenção Básica. 3. Consulta de Enfermagem. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

**QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO
À ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS
GOYTACAZES-RJ**

ALINE TEIXEIRA MARQUES FIGUEIREDO SILVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.
Orientador: Prof. Dr. Marlon Gomes Ney

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marlon Gomes Ney - Orientador
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Prof^a. Dr^a. Vanessa Faria Cortes
Universidade Federal de São João Del Rey - UFSJ

Prof. Dr. Mauro Macedo
Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF

Prof^a. Dr^a. Vanda Thomé
Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF

Dedico esta tese à minha família, por tanta abdicção da minha presença para que pudesse me dedicar ao desenvolvimento desta tese, especialmente em cada momento que não pude compartilhar os sorrisos. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Uma tese jamais será fruto do trabalho individual, mas uma obra coletiva. Muitas pessoas passaram por esse caminho, agregando suas experiências e conhecimento, o que possibilitou o resultado final.

O primeiro dos registros de agradecimento cabe ao professor Marlon Gomes Ney, meu orientador, cujas inúmeras orientações e conselhos foram fundamentais para que descobrisse e alinhasse o rumo da pesquisa. Sem a sua coordenação esse projeto não teria produzido o resultado alcançado. Jamais!

As professoras e professores que participaram das bancas de qualificação e da defesa da tese (Mauro Macedo, Vanessa Cortes e Vanda Thomé), pelas observações, críticas e dicas, grandes partícipes do resultado final, porque potencializaram os objetivos possíveis de serem alcançados.

Aos professores do PPGSP/UENF, cuja citação nominal não será feita, pelo risco do esquecimento involuntário, que aceitaram debater comigo temas importantes, que agregaram na construção desta tese. Todos foram importantes para que chegasse à esta etapa final.

Muito obrigada!

Resumo em Português

SILVA, A. T. M. F. **Qualificação do enfermeiro e ampliação do acesso à Atenção Básica no município de campos dos Goytacazes-RJ.** (Doutorado em Sociologia Política). Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, RJ, 2023.

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada do sistema público de saúde no Brasil e uma forma eficaz de abordar as causas profundas dos problemas de saúde e bem-estar. Estudos demonstram que uma AB de qualidade reduz os gastos gerais com saúde e melhora a eficiência do sistema, reduzindo hospitalizações evitáveis. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo preferencial para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. A AB envolve ações individuais e coletivas de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. No entanto, são muitos os desafios no Brasil, especialmente em municípios como Campos dos Goytacazes-RJ, devido ao financiamento inadequado e à falta de investimento em equipes multiprofissionais qualificadas, contrariando as diretrizes da PNAB. A crise financeira e o envelhecimento populacional têm sobrecarregado o sistema de saúde, aumentando a demanda por serviços de alta complexidade, implicando em maiores custos em saúde. A qualificação e ampliação dos recursos humanos, com destaque para o papel do profissional enfermeiro, pode se mostrar como uma saída viável no desempenho do acesso aos serviços. A formação dos enfermeiros deve ter como foco o cuidado ao longo do ciclo de vida do ser humano, incluindo ações de promoção, conservação e restauração da saúde. Esta tese traz à luz o debate sobre a relevância da implementação de melhorias na estrutura física das Unidades de Saúde, bem como na potencialização das ações desempenhadas pelos profissionais enfermeiros, considerando na formação acadêmica, a ampliação da carga horária de disciplinas que contemplem o ciclo básico na formação do bacharelado em enfermagem, especialmente aquelas ligadas à observação clínica dos pacientes. O estudo utilizou a triangulação como referencial metodológico, através do estudo sobre financiamento da saúde; envelhecimento populacional; e entrevistas com profissionais de saúde e gestores do município de Campos dos Goytacazes-RJ. Como resultado propõe-se a ampliação da atuação dos enfermeiros por meio de um programa de residência, seguido de uma prova de competência avançada para a AB (PCA-AB), com o principal objetivo de qualificar a assistência e permitir o acompanhamento das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), incluindo solicitação de exames e prescrição medicamentosa, destacando a importância da gestão dos recursos em saúde, especialmente sobre o financiamento, e da formação dos profissionais, com consequente redução na *hiper* utilização dos hospitais, otimizando custos com a saúde.

Palavras-chave: Ampliação do acesso; Atenção Básica; Consulta de Enfermagem.

Abstract

SILVA, A. T. M. F. **Nurse qualification and expanding access to Primary Care in the municipality of Campos dos Goytacazes-RJ.** (Doutorado em Sociologia Política). Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, RJ, 2023.

Primary Care (PC) is the main entry point to the public healthcare system in Brazil and an effective approach to addressing the underlying causes of health problems and well-being. Studies demonstrate that high-quality PC reduces overall healthcare expenditures and improves system efficiency by reducing avoidable hospitalizations. The National Primary Care Policy (NPCP) establishes the Family Health Strategy (FHS) as the preferred model for healthcare system reorganization in Brazil. PC involves individual and collective actions for health promotion, protection, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, and maintenance. However, there are significant challenges in Brazil, particularly in municipalities like Campos dos Goytacazes-RJ, due to inadequate funding and a lack of investment in qualified multiprofessional teams, contradicting NPCP guidelines. The financial crisis and aging population have burdened the healthcare system, increasing the demand for high-complexity services and resulting in higher healthcare costs. Qualifying and expanding the human resources, with a particular focus on the role of nurses, may provide a viable solution for improving access to services. Nurse training should focus on care throughout the human life cycle, including actions for health promotion, conservation, and restoration. This thesis sheds light on the debate regarding the relevance of implementing improvements in the physical structure of healthcare units, as well as enhancing the actions performed by nursing professionals, considering academic training that expands the number of hours dedicated to subjects related to clinical patient observation. The study utilized triangulation as a methodological framework, incorporating an examination of healthcare financing, population aging, and interviews with healthcare professionals and administrators in Campos dos Goytacazes-RJ. As a result, an expansion of nurses' roles is proposed through a residency program, followed by an advanced competence assessment for PC (ACA-PC), with the primary objective of enhancing care quality and enabling the monitoring of Primary Care Sensitive Conditions (PCSCs), including the ordering of exams and prescription of medications. This highlights the importance of healthcare resource management, particularly regarding funding, as well as professional training, leading to a subsequent reduction in hospital overutilization and optimization of healthcare costs.

Keywords: Access expansion; Primary Care; Nursing consultation.

Lista de figuras

Figura 01 - Distribuição da incidência de internações e mortalidade por diarreia infantil (0 – 5 anos) nas regiões brasileiras.....	28
Figura 02 - Análise espacial da qualidade da Atenção Básica no Brasil (2013-2014).....	29
Figura 03 - Distribuição da escassez de médicos por regiões do Brasil/ 2009.....	35
Figura 04 - Financiamento federal (milhões) para a Estratégia de Saúde da Família no Brasil (2007-2017).....	44
Figura 05 - Fragmento da tabela CaSAPS para procedimentos disponíveis na AB com foco em crianças e adolescentes.....	53
Figura 06 - Modelo de fluxo de atendimento do pré-natal na AB.....	60
Figura 07 - Algoritmo para tratamento antimicrobiano inicial para crianças com pneumonia comunitária (AIDPI).....	74
Figura 08 - Desenho esquemático da metodologia de triangulação	80
Figura 09 - Participação percentual das rendas petrolíferas (<i>royalties</i> e participações especiais) na Receita Corrente Líquida dos municípios fluminenses produtores de petróleo na Bacia de Campos, em 2021	96
Figura 10 - Evolução do valor real das receitas de royalties recebidas pelos municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé, de 2012 a 2020 (em R\$ 1.000)	97
Figura 11 - Participação percentual das cinco principais despesas por função nas despesas liquidadas dos municípios fluminenses produtores de petróleo na Bacia de Campos (2020)	99
Figura 12 - Participação especial dos tipos de despesas no total de gastos com saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ (2013 a 2019)	102
Figura 13 - População idosa (60 anos ou mais) por sexo no Brasil 2000 – 2060	105

Lista de gráficos

- Gráfico 01** - Contingenciamento de enfermeiros e médicos no Brasil (1980-2017)34
- Gráfico 02** - Indicadores de sensibilidade dos grupos de doenças encontradas nas internações dos hospitais HFM e HGG de Campos dos Goytacazes/ RJ (2010/ 2011) ...92
- Gráfico 03** - População total x população idosa em Campos dos Goytacazes-RJ (2021-2030)108

Lista de tabelas

Tabela 01 - Quantitativo de Unidades de Atenção Básica em Campos dos Goytacazes-RJ	116
---	-----

Lista de quadros

Quadro 01 - Princípios do SUS e fortalecimento da Atenção Básica.....	26
Quadro 02 - Lista de doenças sensíveis à Atenção Básica no Brasil.....	45
Quadro 03 - Etapas do Processo de Enfermagem (Consulta de Enfermagem)	56
Quadro 04 - Programas da Atenção Básica para atuação do profissional Enfermeiro segundo Manuais do MS – Cadernos de Atenção Básica.....	67
Quadro 05 - Tipologia da infraestrutura da AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ, segundo os serviços e profissionais	122
Quadro 06 - Categorização analítica dos resultados	126
Quadro 07 - Lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	130
Quadro 08 - Comparação entre competências e habilidades específicas das graduações de enfermagem e medicina	137
Quadro 09 - Disciplinas sugeridas para a formação em residência de enfermagem na AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ	140
Quadro 10: Proposta de fluxo geral para a consulta de enfermagem na AB de Campos dos Goytacazes-RJ	147

Lista de abreviaturas e siglas

AB – Atenção Básica

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ABEFACO - Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CaSAPS - Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CLT – Confederação das Leis Trabalhistas

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSAP - Condições Sensíveis à Atenção Primária

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DSAP – Doenças Sensíveis à Atenção Primária

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FEP - Fundo Especial do Petróleo

FMS – Fundação Municipal de Saúde

HFM – Hospital Ferreira Machado

HGG – Hospital Geral de Guarus

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Impostos de Circulação de Mercadorias e Serviços

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCA-AB – Prova de Competência Avançada na Atenção Básica

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB- Programa Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Mulher

PNH – Política Nacional Humanitária

PPP – Projeto Político Pedagógico

RAS – Redes de Assistência à Saúde

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SENADEn - Seminários Nacionais de Educação em Enfermagem

SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SF – Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Taxa de Mortalidade de Crianças

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Introdução	17
-------------------------	----

Capítulo 1

A dinâmica da Atenção Básica no Brasil frente à crise do financiamento

1.1. Descentralização e Gestão da Atenção Básica no Brasil	22
1.2. Legislação, financiamento e a dinâmica do setor saúde	32
1.3. Impactos das restrições orçamentárias na política de saúde	37
1.4. A vulnerabilidade da Atenção Básica frente à crise econômica	42

Capítulo 2

A atuação do enfermeiro diante da Política Nacional de Atenção Básica

2.1. Apontamentos para as práticas do enfermeiro na Atenção Básica brasileira.....	48
2.2. A atuação do profissional enfermeiro na Atenção Básica.....	57
2.3. Possibilidades e limites da consulta de enfermagem.....	72

Capítulo 3

Ampliação do acesso à Atenção Básica através da consulta de enfermagem no município de Campos dos Goytacazes – RJ

3.1. Percursos metodológicos para a compreensão da ampliação do acesso à AB no município de Campos dos Goytacazes-RJ.....	80
3.2. Gestão e financiamento da saúde: implicações para a qualificação e ampliação do acesso à saúde em Campos dos Goytacazes –RJ	88
3.3. Gestão da saúde sob a óptica dos <i>royalties</i> do petróleo no município de Campos dos Goytacazes – RJ	94
3.4. A importância da ampliação da rede de Atenção Básica frente ao envelhecimento populacional em Campos dos Goytacazes - RJ.....	104
3.5. A formação profissional e as competências para a realização da consulta de enfermagem na Atenção Básica.....	109

Capítulo 4

Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ: limites e possibilidades de qualificação e ampliação através da consulta de enfermagem

4.1. Tipologia da infraestrutura e do acesso à Atenção Básica x qualidade de vida no município de Campos dos Goytacazes- RJ.....	113
4.2. Formação acadêmica de enfermeiros para o atendimento às Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): uma realidade possível na Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ?	134
4.3. A consulta de enfermagem na Atenção Básica como recurso para a ampliação do acesso à saúde no município de Campos dos Goytacazes – RJ	142
4.4. Prática clínica do enfermeiro na Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ: qualificação e ampliação do acesso à saúde	149
 Considerações finais	154
 Referências bibliográficas	159
 Apêndice I – Roteiro entrevista profissionais de saúde do município de Campos dos Goytacazes-RJ	164
 Apêndice II – Roteiro entrevista gestores de saúde do município de Campos dos Goytacazes-RJ	166

Introdução

A Atenção Básica (AB) é considerada a “porta de entrada” do sistema público de saúde brasileiro. É também uma forma altamente eficaz e eficiente de abordar as causas profundas dos riscos e problemas de saúde e bem-estar, bem como de abordar questões emergentes que ameaçam a saúde e o bem-estar (RATHE *et al.*, 2022). Evidências dos estudos de Boing *et al.* (2012), Silva (2012) e Rathe *et al.*, (2022) sugerem que uma AB de qualidade reduz os gastos gerais com saúde e melhora a eficiência do equipamento de saúde, reduzindo hospitalizações.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida no Brasil em 2006, afirma claramente que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo orientador e preferencial para a reorganização da Atenção Básica (AB) no SUS (MACINKO; MENDONÇA, 2018). No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB foi definida como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em nível individual e coletivo, que inclui promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Como entraves relevantes ao desenvolvimento da AB no Brasil, e especialmente no município de Campos dos Goytacazes-RJ, estão o financiamento como dimensão de uma política de Estado, representando fragilidades no projeto universalista do SUS, além da ausência de estímulo e investimento em profissionais qualificados que componham uma equipe multiprofissional, ampliando o atendimento à população, na contramão da PNAB (MACINKO; MENDONÇA, 2018; MENDES, 2015).

O debate sobre o financiamento do SUS e seu aproveitamento na resolução da maior parte dos problemas da população torna-se necessário diante de um cenário em que cada vez mais se recorre aos serviços de saúde pública em decorrência da crise financeira, com consequente abandono dos planos privados de saúde, sobrecarregando a demanda do SUS, agravada pelo envelhecimento populacional com demandas cada vez mais dispendiosas ao setor público da saúde (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

As medidas de austeridade fiscal são apontadas como única solução para um regime de responsabilidade fiscal que supere a crise em saúde, porém, debruçar-se sobre o tema é necessário em busca do maior número de opções viáveis à recuperação da Atenção Básica brasileira, especialmente quando se propõe a qualificação e ampliação de recursos humanos multiprofissionais, com destaque para a valorização das consultas generalistas focadas no profissional enfermeiro (PAES-SOUSA, 2018).

Os profissionais enfermeiros vêm aumentando cada vez mais sua participação e autonomia no processo de trabalho da AB, devido especificamente ao incentivo das práticas de enfermagem na saúde das populações assistenciais (BARROS *et al.*, 2021). Os estatutos profissionais e as leis estaduais e municipais descrevem as diretrizes de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica através de manuais específicos, que serão apresentados neste estudo (BARROS *et al.*, 2021).

No entanto, com a crescente necessidade de ampliação da atuação dessa categoria, seja pela falta de composição médica na equipe mínima da ESF ou por mudanças epidemiológicas na saúde da população, e à medida que as doenças crônicas aumentam, torna-se fundamental a atuação do profissional enfermeiro no sentido de mitigar problemas do cotidiano nos atendimentos da saúde (BARROS *et al.*, 2021).

Segundo Tanaka e Leite (2008), a Portaria do Ministério da Educação nº 1.721/94 define o perfil do enfermeiro na perspectiva da formação generalista, que tem competência para exercer atividades em todas as áreas relacionadas ao cuidado, dentro de todo o ciclo de vida do ser humano, por isso os processos de formação desses profissionais devem ter como foco o cuidado do ser humano ao longo de seus ciclos evolutivos, incluindo ações de promoção, conservação e restauração da saúde.

A possibilidade de realização de consulta de enfermagem envolvendo desde o acolhimento da população, acompanhamentos clínicos, condutas e intervenções terapêuticas estão incluídas nas ações regulamentadas para atuação dos profissionais enfermeiros (KAHL *et al.*, 2018). A utilização do Processo de Enfermagem para abordagem em saúde na AB instrumentaliza o profissional, sistematiza a assistência e direciona o enfermeiro para ações eficazes em relação ao raciocínio clínico na abordagem multiprofissional (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Os desafios para a qualificação do SUS e para os modelos assistenciais necessários são muitos e variados, incluindo a formação e qualificação dos profissionais que integram as redes públicas de saúde (TOSO, 2021). Dentre esses profissionais, os enfermeiros brasileiros têm desempenhado um papel de destaque na proteção do SUS diante da reorientação do modelo assistencial, seguindo os princípios da Atenção Básica (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Neste contexto, a proposição desta tese está centrada na ampliação da atuação dos profissionais enfermeiros do município de Campos dos Goytacazes-RJ, que após a graduação em nível bacharelado, estariam atuando na AB pelo tempo mínimo de um ano, em regime de residência, com apoio teórico e prático voltado para o manejo clínico dos

pacientes, no sentido de qualificar a assistência para o acompanhamento de doenças descritas na lista nacional de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), incluindo acompanhamento, solicitação de exames e prescrição medicamentosa. Após a etapa de residência, os enfermeiros devem realizar uma Prova de Competência Avançada para a Atenção Básica (PCA-AB), estando aptos ao trabalho na AB municipal.

No capítulo 1, apresentamos a dinâmica da Atenção Básica no Brasil diante da crise de financiamento. O capítulo discute a descentralização e gestão da Atenção Básica no país, destacando o papel do Programa Saúde da Família (PSF) na expansão dos serviços de AB, bem como os desafios enfrentados na gestão dos municípios em relação à AB. Em seguida, o capítulo aborda a legislação, o financiamento e a dinâmica do setor saúde no Brasil, enfatizando as mudanças na estrutura de financiamento e a importância da Atenção Básica para o funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

O texto também destaca os impactos das restrições orçamentárias e do envelhecimento populacional na Atenção Básica, discutindo a necessidade de investimentos em serviços de prevenção e promoção da saúde, e a importância de se buscar alternativas de financiamento para garantir a sustentabilidade do setor. Por fim, o capítulo 1 discute a vulnerabilidade da Atenção Básica frente à crise econômica, que afeta não só o financiamento, mas também a demanda por serviços de saúde. O texto enfatiza a necessidade de se investir na qualificação da gestão, na valorização dos profissionais e na ampliação do acesso aos serviços de AB, para garantir a continuidade do atendimento à população.

O capítulo 2 aborda a atuação do enfermeiro na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), discutindo os apontamentos para as práticas do enfermeiro na Atenção Básica brasileira, destacando a importância do papel desse profissional na promoção da saúde e prevenção de doenças. Em seguida, o texto ressalta a atuação do enfermeiro na Atenção Básica, destacando as diversas atribuições desse profissional no cuidado à saúde, tais como acolhimento, acompanhamento de pacientes crônicos, realização de consultas de enfermagem e prescrição de medicamentos.

O capítulo também aborda as possibilidades e limites da consulta de enfermagem na Atenção Básica, discutindo a importância desse tipo de consulta para a promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como as limitações relacionadas ao escopo de atuação desse profissional. Por fim, o capítulo 2 enfatiza a necessidade de se investir na capacitação e qualificação dos enfermeiros, para que possam desempenhar seu papel de

forma efetiva na Atenção Básica, contribuindo para a melhoria da saúde da população brasileira.

O capítulo 3 aborda a ampliação do acesso à Atenção Básica através da consulta de enfermagem no município de Campos dos Goytacazes-RJ. O capítulo contempla os percursos metodológicos utilizados para a compreensão da ampliação do acesso à AB no município, destacando a importância da pesquisa para identificar as necessidades da população e direcionar as políticas de saúde. Em seguida, o texto aborda a gestão e o financiamento da saúde em Campos dos Goytacazes-RJ, discutindo as implicações desses fatores para a qualificação e ampliação do acesso à saúde na região.

O capítulo também destaca a importância da gestão da saúde sob a óptica dos *royalties* do petróleo no município, considerando o impacto desses recursos para o financiamento da saúde e a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica. Outro ponto abordado é a importância da ampliação da rede de Atenção Básica em Campos dos Goytacazes-RJ, considerando o envelhecimento populacional na região e a necessidade de investimentos em serviços de prevenção e promoção da saúde.

Por fim, o capítulo discute a formação profissional e as competências necessárias para a realização da consulta de enfermagem na Atenção Básica, enfatizando a importância de capacitar e qualificar os profissionais para garantir a qualidade e efetividade dos serviços prestados à população.

No capítulo 4 apresentamos uma síntese de diversos aspectos relacionados à ampliação do acesso à Atenção Básica no município de Campos dos Goytacazes-RJ, incluindo a relação entre a tipologia da infraestrutura e o acesso à Atenção Básica e a qualidade de vida no município. Em seguida, o capítulo faz uma abordagem sobre a importância da qualificação da prática clínica do enfermeiro como forma de ampliação do acesso à saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ, destacando a implementação de residência para egressos do bacharelado de enfermagem, seguida de uma Prova de Competência Avançada na Atenção Básica (PCA-AB) como formas de aperfeiçoamento das competências para a prática desses profissionais.

Por fim, o texto discute a implantação da consulta de enfermagem na Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ, enfatizando a importância da formação acadêmica dos profissionais para garantir a qualidade e efetividade dos serviços prestados à população.

Esta tese é fruto de uma investigação científica de quatro anos, que teve como principal objetivo: Estudar os impactos da crise econômica para a saúde no município de

Campos dos Goytacazes-RJ, a partir da mudança do eixo da centralidade *medicalocêntrica* e *hospitalocêntrica*, propondo maior atuação dos profissionais enfermeiros como garantia da ampliação das ações de saúde para a população, utilizando recursos humanos disponíveis, otimizando os recursos financeiros da saúde, contribuindo para a qualificação da política de saúde pública do município e fortalecimento da Política de Atenção Básica.

Espera-se dessa forma contribuir com próximos estudos sobre o tema, e auxiliar as gestões públicas em saúde do município de Campos dos Goytacazes-RJ no direcionamento de condutas que possam solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população, com recursos humanos adequados, fornecendo aos usuários uma saúde mais equânime, com redução no número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), e conseqüente otimização dos recursos financeiros.

Capítulo 1

A dinâmica da Atenção Básica no Brasil frente à crise do financiamento

1.1. Descentralização e Gestão da Atenção Básica no Brasil

Na perspectiva do setor saúde, no final da década de 1970, dezenas de municípios brasileiros implantaram unidades básicas em seus territórios e acumularam uma experiência de assistência médica integral e universal. Essas iniciativas orientam os princípios de universalidade, integralidade e equidade contidos na Constituição de 1988 (SANTOS, 2018).

No final da década de 1980, foram organizadas reuniões entre Secretarias Municipais de Saúde (SMS), envolvendo instituições e associações nacionais, com rica troca de experiências à época. Essa dinâmica do setor saúde centrada nas iniciativas entre Secretarias Municipais de Saúde e outros movimentos convergiu para um movimento mais amplo de formulação de políticas públicas de direitos civis (SANTOS, 2018).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde a partir da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia desta igualdade (MENICUCCI, 2009). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma "carta fundadora" de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e equidade, e organizada sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (MENICUCCI, 2009).

No artigo 18 da Constituição Federal de 1988, os municípios brasileiros passam ao status de ente federativo na busca pela descentralização das ações como uma das formas de solucionar questões ligadas ao financiamento (OCKÉ-REIS, 2008). Com a descentralização, surge também a participação popular e formas de controle social. As leis infraconstitucionais (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) definiram a participação social e o financiamento (OCKÉ-REIS, 2008).

A organização da assistência em saúde foi o foco da atuação setorial desde o início da implantação do SUS e o desafio era substituir o modelo de atenção à saúde centrado no hospital como principal local de atuação do modelo médico clínico, fragmentado e de livre demanda - modelo *hospitalocêntrico*, por um modelo descentralizado de assistência à saúde, preservando características regionais específicas, mantendo os princípios de

universalidade e integralidade, com uma população adscrita e um planejamento financeiro adequado (MENICUCCI, 2009).

A atenção básica é uma forma altamente eficaz e eficiente de agir sobre as principais causas de problemas de saúde e riscos ao bem-estar, bem como de lidar com os desafios emergentes que ameaçam a saúde e o bem-estar no futuro, além de se mostrar um investimento custo-efetivo positivos aos cofres públicos (RATHE, M. *et al.*, 2022).

Evidências a partir de estudos (BOING *et al.*, 2012; SILVA, 2012) apontam que uma atenção básica de qualidade reduz os gastos totais em saúde e melhora a eficiência, por exemplo, reduzindo as internações hospitalares, como o estudo ecológico de séries temporais em todas as regiões brasileiras a partir de dados secundários de Boing *et al.*, (2012), que analisou as internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Básica entre os anos de 1998 e 2009.

O estudo concluiu que houve uma forte associação na redução das internações hospitalares, especialmente para as doenças crônicas (hipertensão e diabetes), marcadas pela expansão da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (BOING *et al.*, 2012).

Na primeira metade da década de 1990, foram criados instrumentos para a gestão pública descentralizada de estabelecimentos de saúde, homogeneizando mecanismos de pagamento e monitoramento dos serviços, mas contando com praticamente a mesma e concentrada capacidade instalada (OCKÉ-REIS, 2008).

Com a atenção centralizada no hospital e orientada para o atendimento à demanda relacionada a doenças já existentes, o grande desafio era substituir a lógica *hospitalocêntrica* com a preservação dos princípios do SUS (universalidade e integralidade), pelas propostas de descentralização da atenção em saúde, mantendo a mesma capacidade instalada para os atendimentos da rede hospitalar, ampliando a AB com ações de promoção e prevenção à saúde (MENICUCCI, 2009).

Com a promulgação da Lei nº 8.142 de 1990, foi definido o mecanismo intergovernamental de transferência de recursos financeiros no setor saúde e estabelecido o arcabouço legislativo para o financiamento do SUS (HARZHEIM *et al.*, 2020). A maioria das transferências via SUS são realizadas no sistema de transferência denominado "fundo a fundo" e são obrigatórias e condicionadas à critérios elencados por regiões do Brasil a partir de seus indicadores epidemiológicos. Tais repasses "fundo a fundo" são automáticos e obrigatórios, devendo ser adequados para uma finalidade específica no campo da saúde (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

Em 1993, a Norma Operacional Básica (NOB 01) propôs melhorias na administração municipal em termos de autonomia e flexibilidade, apontando para a reorganização do modelo assistencial, evidenciando o papel, as ferramentas de gestão, os mecanismos e os fluxos de capitais de cada entidade solidária, ampliando o fundo global de transferência para fundos específicos de serviços em diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Dessa forma organizou-se o Piso Básico de Saúde (PAB), que define o repasse de recursos financeiros convencionais do valor per capita para a Atenção Básica com base nas normas estabelecidas pela Lei nº 8.080, também de 1990 (HARZHEIM *et al.*, 2020). A Norma Operacional Básica (NOB 01) alterou o repasse de recursos por meio do Piso de Atenção Básica. Municípios que aderiram ao Programa de Saúde da Família (PSF) ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) passaram a receber mais recursos integrados ao PAB, com o estabelecimento dos PABs fixos e variáveis (OCKÉ-REIS, 2008).

Os recursos fixos de repasse financeiro têm base no valor per capita, independente de Programas específicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, os recursos variáveis têm base em Programas específicos ligados à estratégias e programas de saúde (por exemplo: Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Saúde na Escola, entre outros), sendo estabelecido assim, um conjunto de serviços fortalecendo a Atenção Básica no Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Em 1995 foi iniciada a adoção de medidas mais efetivas para viabilização da mudança do modelo a partir das estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), com enfoque na promoção e prevenção, e que deveriam buscar a racionalização da utilização dos serviços, ampliar o acesso e melhorar a eficácia e a efetividade das ações, servindo de porta de entrada para os outros níveis do sistema de saúde - média e alta complexidade (MENICUCCI, 2009).

Em 1998, o Manual de Organização da Atenção Básica estabeleceu diretrizes, responsabilidades, indicadores de monitoramento e padrões para a utilização dos recursos financeiros (HARZHEIM *et al.*, 2020).

De acordo com (STARFIELD, 2002), a atenção primária à saúde apresenta diretrizes que envolve:

O primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da

orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

Desde a década de 1990 a questão de como planejar territorialmente a Atenção Básica no SUS gera debates. A partir de análises, passou-se a compreender que toda a estrutura e o próprio modelo assistencial dependem não apenas da alocação os serviços, mas como são organizadas territorialmente suas ações, especialmente ações de prevenção e promoção à saúde (FARIA, 2020).

Com base, mais do que delimitar territórios para os serviços de saúde, haveria a importância de pautar tais serviços nas relações e vinculação de pertencimento entre a população e os serviços. Essa concepção, denominada *territorialização da saúde*, ganhou força na implementação dos Distritos Sanitários, sendo incorporada aos programas Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF), passando a compor o escopo da estratégia de Saúde da Família (FARIA, 2020).

Em 2006, foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção básica no SUS (MACINKO; MENDONÇA, 2018). No escopo da PNAB, a Atenção Básica (AB) foi definida como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

A determinação dos serviços nos diferentes territórios deveria obedecer aos princípios da resolutividade e da economia de escala, sendo mais concentrados e especializados. A Atenção Básica é o único nível da atenção que está presente em todo o território nacional e através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, se daria o acesso aos demais níveis do cuidado (secundário e terciário), funcionando como porta de entrada e centro de comando do sistema (FARIA, 2020).

Torna-se então, responsabilidade dos municípios ordenar localmente a porta de entrada do SUS, tendo em vista os mesmos princípios constitucionalmente previstos, gerenciando tais estratégias de implementação, por meio do documento que regula as responsabilizações e os modos de organização e financiamento, que é a Política Nacional da Atenção Básica - PNAB (FARIA, 2020).

As ações coletivas se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o

primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Os princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade, somados aos princípios organizativos: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social fortalecem a Atenção Básica em um Sistema Universal de Saúde como é o SUS, dentro de suas respectivas esferas responsáveis - municipal, estadual ou federal - (Quadro 01), e em 2011, com a proposta de Redes de Atenção à Saúde nas regiões brasileiras, a AB foi definida como porta de entrada do SUS (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Quadro 01- Princípios do SUS e fortalecimento da Atenção Básica.

Princípio Doutrinários	Descrição	Esfera(s) responsáveis
Universalidade	Todo cidadão tem direito à saúde e acesso a todos os serviços públicos de saúde. Além disso, o governo tem o dever de prover assistência à saúde igualitária para todos (Art. 196 CF, 1988).	Federal Estadual Municipal
Integralidade	Todas as pessoas devem ser atendidas desde as necessidades básicas até os níveis mais complexos de assistência, de forma integral, com foco na prevenção e reabilitação da saúde.	Federal Estadual Municipal
Equidade	Toda pessoa é igual perante o SUS. Contudo, esse princípio não significa prover os mesmos serviços de saúde para todos, pois o atendimento deve ser realizado de acordo com a necessidade de cada um, através da individualização do cuidado.	Federal Estadual Municipal
Princípios Organizativos	Descrição	Esfera(s) responsáveis
Descentralização	É considerada um dos princípios-base. Promove a redistribuição do poder e das responsabilidades, em direção única, de forma articulada e integrada, nas três esferas do governo: municipal, estadual e federal.	Federal Estadual Municipal
Regionalização	As estratégias de saúde devem funcionar com uma articulação a serviços de saúde já existentes em uma região.	Estados Municípios
Hierarquização	Tem a função de viabilizar a forma de acesso aos serviços de rede ambulatorial	Municipal

	de alta, média e baixa complexidades, dependendo de cada caso.	
Participação social	Formatada com a Lei nº 8.142/90, indica que, por meio da efetivação dos conselhos de saúde – locais, municipais, regionais, estaduais e nacional – e da realização de conferências de saúde o Poder Público e a sociedade buscam formular estratégias e controlar e avaliar toda a execução da política de saúde nas esferas do governo.	Federal Estadual Municipal

Fonte: Adaptado de Brasil (2006).

A definição clara das responsabilidades pela gestão e implementação das políticas no SUS é importante para assegurar condições adequadas à concretização da saúde como direito de cidadania, como é afirmado na Constituição Federal de 1988 (VIACAVA *et al.*, 2018).

A legislação do SUS e suas diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas, federal, estadual e municipal (FARIA, 2020).

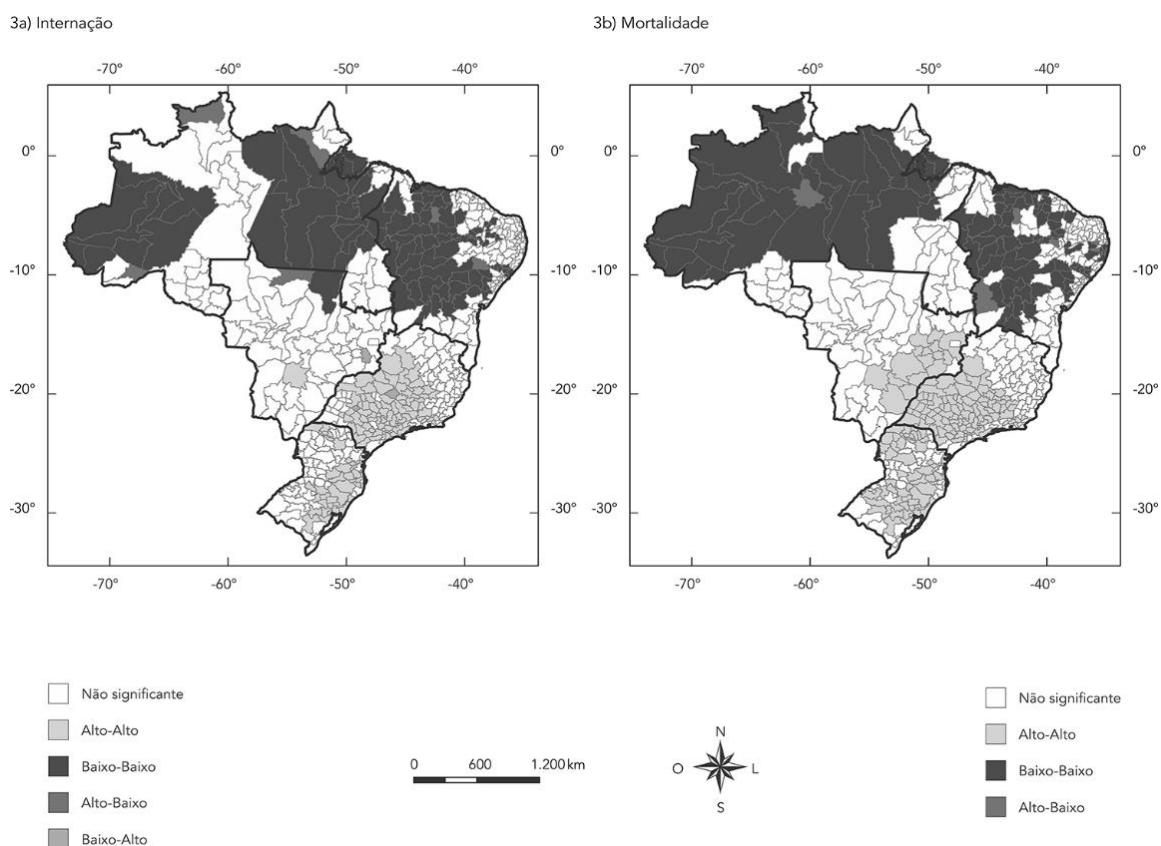
A análise das funções delineadas para a União, estados e municípios no terreno das políticas de saúde no âmbito legal e normativo evidencia que o sistema brasileiro se caracteriza pela existência de atribuições específicas e concorrentes entre essas esferas de governo, sem que exista padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados (HARZHEIM *et al.*, 2020).

O processo de implantação do SUS e seus princípios doutrinários e organizativos, particularmente a descentralização político-administrativa, reconfigura funções dos gestores das três esferas no sistema de saúde, que pode se expressar de forma diversificada, de acordo com o campo de atenção à saúde, atendendo as ações locais e estimulando o fortalecimento da Atenção Básica nos municípios (RATHE *et al.*, 2022).

Uma Atenção Básica forte e resolutiva deve atender às demandas populacionais, compreendendo o território de possibilidades que de fato contemplem as expectativas da população no sentido de resolver os macroproblemas de saúde, desde doenças crônicas até problemas evitáveis (causas indeterminadas), com resultados que impactem positivamente, tanto na saúde da população e na redução de desigualdades, quanto no aumento da eficiência e satisfação dos usuários (MENDES, 2015).

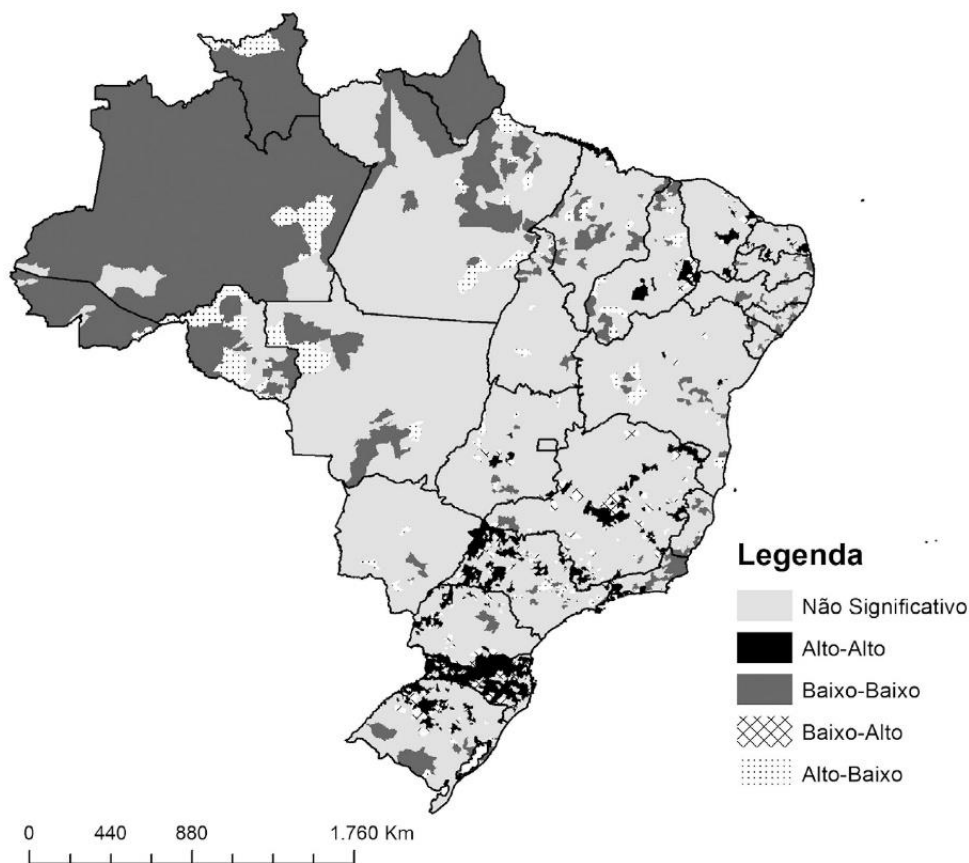
Outros indicadores sinalizam para o esforço de investimentos na Atenção Básica com importantes indicadores de resultados positivos referente às taxas de internação e mortalidade por diarreia infantil nas regiões brasileiras em que a AB apresenta-se de modo mais abrangente (BÜHLER *et al.*, 2014), conforme a análise comparativa das figuras 01 e 02 abaixo representadas.

Figura 01 – Distribuição da incidência de internações e mortalidade por diarreia infantil (0 – 5 anos) nas regiões brasileiras.



Fonte: (BÜHLER *et al.*, 2014).

Figura 02 – Análise espacial da qualidade da Atenção Básica no Brasil (2013-2014).



Fonte: (ABREU et al., 2018)

No estudo de Bühler *et al.*, (2014) representado pelo mapa 01, os dados demonstram baixas taxas de hospitalização e mortalidade infantil por diarreia nas regiões norte e nordeste do Brasil corroborando com Abreu et al. (2018) que, através da análise espacial da qualidade da AB nas regiões do Brasil, revela alta cobertura e qualidade da AB se também concentradas na região norte do Brasil.

A heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos dos integrantes do movimento sanitário, base social da reforma de saúde, se evidenciou no momento de sua implantação quando se atualizaram as divergências de interesses, que durante o movimento pela redemocratização tinham sido escamoteados em função da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária enquanto projeto ético de caráter coletivo, distanciando assim, o movimento sanitário e o corporativismo médico (MENICUCCI, 2009).

A conjuntura de crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, impôs constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde para garantir a

universalização. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado (MENICUCCI, 2009).

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde (GEREMIA, 2020).

Entender a implementação do SUS implica entender a configuração institucional das políticas anteriores que encorajaram a expansão de redes de produção e gestão da assistência à saúde, institucionalizaram formas diversificadas de financiamento, provisão e acesso à assistência, configurando um padrão segmentado e estabelecendo padrões de comportamento difíceis de reverter, o que ampliaria os custos associados à adoção de alternativas diversas (MENICUCCI, 2009).

Na segunda década do século XXI, o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil enfrenta desafios indissociáveis que podem impactar na sua (des) continuidade, entre eles: a desigualdade social, a baixa resolutividade dos serviços e o sub financiamento crônico da saúde (GEREMIA, 2020).

As novas mudanças no financiamento e os impactos orçamentários da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 poderão resultar no colapso da APS e do SUS. Essa redistribuição de recursos rompe com os princípios fundamentais do sistema e com o caráter de universalidade, ao estabelecer uma cobertura assistencial que não é para todos, residual, assistencialista e com ampla exploração do mercado privado (GEREMIA, 2020).

Segundo Geremia (2020, p.3): “o princípio que se sugere para o financiamento em saúde pública é o de igualdade de recursos para necessidades iguais, com perspectiva de redução das desigualdades”. Para Menicucci (2009), a inserção de categorias privilegiadas de trabalhadores em formas privadas de assistência, na maioria das vezes não qualificados, desfavoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidários.

Por estarem incluídos previamente em formas privadas de atenção vinculadas ao contrato de trabalho, esses segmentos, na prática, deram sustentação à assistência privada e constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública. Apesar disso, o setor público de saúde torna-se cada vez mais utilizado pela população brasileira, que diante da crise econômica, tende à recorrer cada vez mais ao SUS (MENICUCCI, 2009).

Ao longo da década de 1990 e início dos anos 2000, ocorreu a ampliação da rede pública, principalmente a ambulatorial, que demonstrou tanto o esforço para

universalização da assistência a partir da garantia de acesso à Atenção Básica e de reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, quanto esteve relacionada ao aprofundamento do processo de descentralização, gerando maior pressão sobre os governos locais (MENICUCCI, 2009).

O financiamento como dimensão de uma política de Estado, representa um dos principais entraves ao projeto universalista do SUS, sendo o Brasil, único país do mundo que se orienta por um sistema de saúde universal em que o gasto público é inferior ao privado. Em 2019 o SUS consumiu 10,5% do PIB brasileiro, sendo 3,8% para as despesas de saúde. Já em países que compõem a Organização para Economia e Cooperação (OCDE) com sistemas de saúde similares (Espanha, Alemanha, França), o valor aplicado nas despesas em saúde foi de 6,5% (FARIA, 2020).

Com um gasto saúde inferior aos demais países que compõem a OCDE, o subfinanciamento ainda é um problema crônico da saúde brasileira, e em 2007, com o fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), passa a sofrer com mais restrições de recursos financeiros, tornando a questão financeira do SUS cada vez mais precária a partir da sucessão de decisões políticas na saúde (FARIA, 2020).

O valor repassado à Atenção Básica no Brasil passou de R\$ 27,2 bilhões em 2019 para R\$ 27,4 bilhões em 2020, crescimento de 0,7%, enquanto a inflação foi de 4,52% (BRASIL/IPEA, 2022), o que aponta fragilidade no financiamento da saúde, elemento chave para o desenvolvimento de qualquer política de saúde, onde os problemas se agravam e o surgimento de novas tecnologias pressionam os gastos, aumentando os custos com saúde (RATHE *et al.*, 2022).

O financiamento do SUS ainda é objeto de disputa, refletindo-se na instabilidade e insuficiência dos recursos alocados, com constrangimentos para a efetivação do Sistema na sua completa concepção (MENICUCCI, 2009).

Ao mesmo tempo, a questão do financiamento indireto da assistência supletiva por meio de incentivos fiscais, tanto para pessoas jurídicas quanto físicas, não tem sido questionada na agenda pública e não foi discutida por ocasião da regulamentação dos planos de saúde privados (MENICUCCI, 2009).

Embora a hipótese da eliminação dos subsídios necessariamente não se traduziria em aumento de recursos para o SUS, a permanência desse subsídio indireto para o setor privado em um quadro de insuficiência de financiamento do sistema público reafirma a dualidade da política de saúde no país (MENICUCCI, 2009).

De acordo com Simão & Orellano (2015), a Emenda Constitucional 29 (EC29), que fixa os percentuais mínimos que deverão ser aplicados em saúde, estabelecendo 12% para os Estados, e 15% para os municípios corrigidos pela variação do PIB, a serem investidos anualmente em saúde pela União, deveria ser uma regra transitória, que deveria ter vigorado até 2004, mas que continua em vigor por falta de uma lei complementar que promova novas regulamentações para o financiamento da saúde.

Esses percentuais de repasse corrigidos pela variação do PIB tendem a reduzir os repasses federais para a saúde, aumentando a responsabilidade financeira de Estados e municípios, tendo em vista o aumento significativo do gasto per capita em saúde versus os valores repassados aos Estados e municípios (MENICUCCI, 2009).

O debate sobre o financiamento do SUS torna-se necessário diante de um cenário em que cada vez mais se recorre aos serviços de saúde pública em decorrência da crise financeira, com conseqüente abandono dos planos privados de saúde, sobrecarregando a demanda do SUS, agravada pelo envelhecimento populacional com demandas cada vez mais dispendiosas ao setor público da saúde (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

Entre os anos de 2015 a 2019, o gasto per capita em saúde aumentou 29,3%, e as despesas em saúde na atenção curativa representou 49,8%, seguida de 20,5% de gastos em medicamentos, e 11,3% em exames complementares, aprofundando a crise na saúde pública brasileira, pois se somam à crise financeira e ao envelhecimento populacional (BRASIL/IPEA, 2022).

1.2. Legislação, financiamento e a dinâmica do setor saúde

As disposições do Sistema Único de Saúde (SUS) foram instituídas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Além de seus princípios e diretrizes, o arcabouço legal também estipula a competência de cada ente federal na gestão do SUS, dentre elas: definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde, administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados anualmente à saúde, organização e coordenação do sistema de informação de saúde, elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde e a elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (HARZHEIM *et al.*, 2020).

No que se refere ao financiamento do SUS, a legislação brasileira estipula que, para o valor repassado aos estados e municípios, será utilizada a combinação dos

seguintes critérios: perfil populacional da região somado ao perfil epidemiológico da população atendida; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na região, o desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; a participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais; a previsão do plano de investimento quinquenal da rede e reembolso de serviços prestados a outros departamentos governamentais (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Com o passar do tempo, o PAB fixo foi sendo incorporado ao PAB variável, reduzindo os blocos de financiamento, com conseqüente fragmentação do modelo de repasse financeiro. Essa fragmentação sequestra a autonomia dos gestores municipais, que estão presos na transferência inflexível e ineficiente da realidade municipal (HARZHEIM *et al.*, 2020).

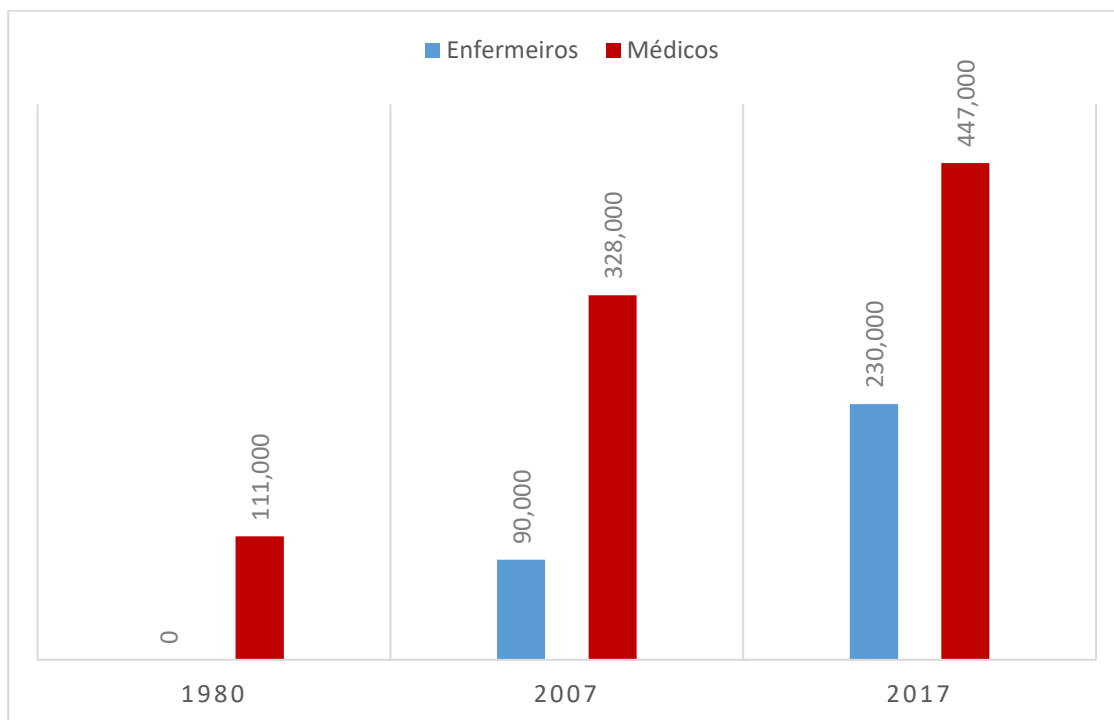
As restrições financeiras dos municípios é outro problema que afeta a capacidade na oferta de serviços territorialmente acessíveis. A descentralização não foi acompanhada na mesma velocidade pela transferência de recursos do governo federal, problema que se intensificou após a Ementa Constitucional (EC) nº 2933, que agrupou as normas anteriores e regulou o aporte mínimo de 15% das receitas de impostos a serem aplicadas no SUS pelos municípios (FARIA, 2020).

A Atenção Básica representada pela estratégia de Saúde da Família sofreu um avanço nos últimos 25 anos. A taxa de mortalidade infantil e a redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica são indicadores que demonstram tal avanço, reforçados pelo aumento da cobertura em AB da população brasileira, com variação de 63,13% para 69,5%, desde o início da Estratégia de Saúde da Família até 2016 (GARCIA *et al.*, 2018).

A maioria dos hospitais do país é privada, mas sua utilização é majoritariamente via SUS ou compartilhada entre os sistemas público e privado. Os prontos-socorros são prioritariamente públicos, mas o atendimento em estabelecimentos privados também é direcionado ao SUS, o que aumenta a sobrecarga do sistema de saúde (VIACAVA *et al.*, 2018).

A evolução do SUS nos últimos 30 anos também está relacionada a mudanças nos recursos humanos, nas unidades básicas de saúde em particular, a disponibilidade de profissionais de saúde permite avaliar o crescimento da oferta de atendimentos e demonstrar o impacto de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Mais Médicos, conforme apresentado no Gráfico 01 abaixo (VIACAVA *et al.*, 2018).

Gráfico 01 – Contingente de enfermeiros e médicos regulamentados no Brasil de 1980 a 2017.



Fonte: Adaptado de (VIACAVA et al., 2018).

Conforme apresenta o Gráfico 01, o número de médicos aumentou de 111.000 em 1980 para 328.000 em 2007, crescendo ainda para 447.000 em 2017. O Cadastro Nacional de Instituições de Saúde (CNES) registrou que o número de enfermeiros (regulamentados a partir de 1986), passou de 90.000 em 2007 para 230.000 em 2017, representando um aumento na capacidade de atendimento em média de 35%, enquanto o número de dentistas diminuiu (VIACAVA *et al.*, 2018).

Como o número de profissionais de saúde é crescente no Brasil, a proporção de médicos por mil habitantes também aumentou significativamente. Em 1980, a proporção era inferior a 1 médico por 1.000 habitantes (0,94), e em 2017 chegou a 2,15 médicos por 1.000 habitantes. O maior aumento ocorreu entre 2005 e 2015, de 1,6 para 2,15, um valor superior à variação dos 25 anos anteriores a 2005 (VIACAVA *et al.*, 2018).

As três categorias profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) que atuam no SUS revelam aspectos interessantes dos recursos humanos. Especialmente enfermeiros e médicos, que tem participação profissional bastante

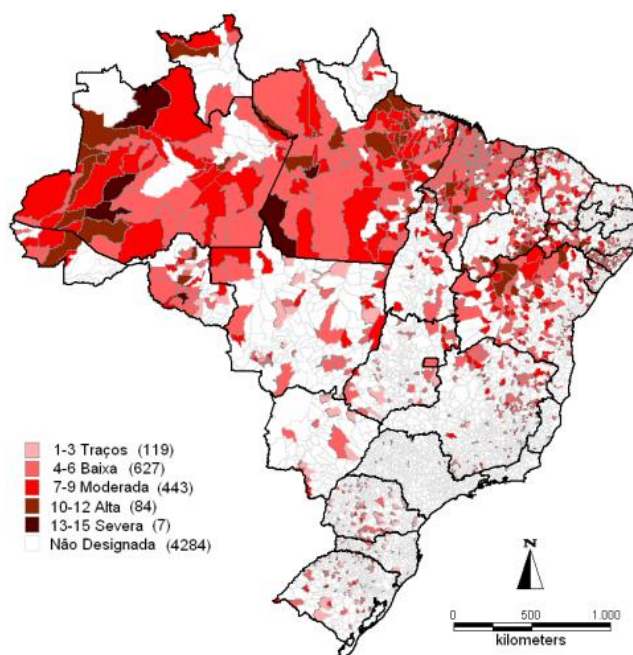
relevante no SUS, sendo o primeiro superior a 80% e o segundo superior a 70% do número total de cada profissional empregado (VIACAVA *et al.*, 2018).

A composição dos recursos humanos das unidades da AB passou por grandes mudanças. Houve um aumento significativo no número de profissionais, principalmente enfermeiros e médicos da área de Saúde da Família (SF), com ressalva para esses médicos não são necessariamente especializados em Saúde da Família, embora sejam registrados no CNES como *médicos de família* (VIACAVA *et al.*, 2018).

Os enfermeiros passaram a ser a categoria com mais profissionais na AB a partir de 2008, apresentando um contínuo crescimento. O total de médicos diminuiu entre 2005 e 2008, mesmo num contexto de crescimento dos médicos de SF. Entre 2009 e 2012 passou por estabilização, e a partir de 2013 o número de médicos cresceu especialmente em função do aumento dos médicos de SF, que esteve relacionado à implantação do Programa Mais Médicos pelo Governo Federal (VIACAVA *et al.*, 2018).

A figura 03 se refere à escassez de médicos no Brasil para atendimento à Atenção Básica no ano de 2009, fazendo apontamentos de que na maior parte do Brasil não há estudos sobre a quantidade de profissionais médicos para o atendimento em AB, evidenciando ainda uma maior concentração desses profissionais na região norte do país (GIRARDI *et al.*, 2009).

Figura 03 – Distribuição da escassez de médicos por regiões do Brasil/ 2009.



Fonte: (GIRARDI *et al.*, 2009).

O aumento do número de profissionais de saúde reflete a expansão de um setor que, mesmo com o avanço tecnológico, terá a necessidade de aumento de recursos humanos, combinando especialmente o uso de tecnologias no setor da saúde, com um aumento significativo no número de profissionais com habilidades específicas para dominar diferentes tecnologias, ampliando a assistência em saúde (BRASIL, 2010; VIACAVA *et al.*, 2018).

Um dos desafios nesse cenário é a multiplicidade nas formas de contratação dos profissionais da saúde, muitas delas ainda precárias e ancoradas nas escolhas e indicações políticas, com viés sociológico na *burocracia de nível de rua* (FERREIRA, V. R. S; MEDEIROS, J.J., 2016; LIPSKY, 2019), sem uniformização da política de recursos humanos, implicando em dificuldades de contratação e na manutenção de profissionais em muitas localidades.

Assim, é fundamental destacar o desafio de enfrentar as marcantes desigualdades regionais quanto à disponibilidade de recursos humanos, que faz parte de um conjunto de persistentes desigualdades sociais, econômicas e espaciais (VIACAVA *et al.*, 2018).

O percurso de trinta anos do Sistema Único de Saúde brasileiro tem características importantes nas mudanças da atenção à saúde da população. Entre os principais elementos de mudanças: a ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS, as possibilidades de acesso e as mudanças nos padrões de utilização (VIACAVA *et al.*, 2018).

Destacam-se os desafios históricos do SUS brasileiro, entre eles a relação público-privado na prestação dos serviços de saúde, marcantes desigualdades regionais e o sub financiamento. Já entre os desafios mais recentes, as transformações das condições de saúde da população, com implicações na utilização dos serviços de saúde, além dos efeitos do congelamento por vinte anos dos gastos sociais, a partir de 2016 (VIACAVA *et al.*, 2018).

As desigualdades regionais são características fundamentais da realidade brasileira e a atenção à saúde diversa e intensa expressa estas diferenças. A oferta de serviços e profissionais, além das características do acesso e dos padrões de utilização constituem desafios nesse contexto, especialmente se considerarmos a persistência no tempo e a reprodução dos elementos que sustentam essas desigualdades (VIACAVA *et al.*, 2018).

O sub financiamento da saúde é um desafio estrutural do SUS para a ampliação da oferta de serviços e profissionais, para a incorporação de tecnologias e democratização do acesso a recursos, e sempre esteve em disputa em função dos interesses de governos nas várias esferas administrativas (VIACAVA *et al.*, 2018).

A garantia e ampliação do acesso e da efetividade da atenção dependem diretamente da disponibilidade de recursos, e, considerando o papel desempenhado pelo SUS na atenção à saúde, é determinante buscar a melhoria do financiamento (VIACAVA *et al.*, 2018).

1.3. Impactos das restrições orçamentárias na política de saúde

Desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, o financiamento do SUS tem sido comprometido com a atenção contínua de pesquisadores e gestores públicos no sentido de garantir o acesso a produtos e serviços de saúde de forma universal e justa (VIEIRA, 2020).

A Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95) impõe restrições importantes ao financiamento SUS, representando um instrumento central da política de reequilíbrio fiscal do Governo Federal, que estabeleceu um limite para os gastos federais, equivalente à despesa de 2016, corrigida, em cada ano, pela inflação. Até recentemente, esta medida era considerada eficaz, mas a ameaça se tornou mais séria e pode alterar os gastos mínimos obrigatórios com saúde (VIEIRA, 2020).

Iniciativas como o SUS Legal, proposta pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (municípios, estados e governo federal) para que os repasses do Ministério da Saúde (MS) fossem totalmente desvinculados de aplicações específicas, e decisões como as de aumentar a participação das emendas parlamentares na alocação dos recursos federais e de centralizar algumas ações no governo federal ajudam a compreender os problemas relacionados ao financiamento da saúde no Brasil (VIEIRA, 2020).

Essas e outras iniciativas do governo federal em resposta à crise econômica são apontadas como causas da fragilização da governança regional no SUS, que tem os estados como importantes atores, podendo implicar em prejuízos à integralidade no cuidado da saúde (VIEIRA, 2020).

Os avanços do SUS a favor das necessidades sociais e direitos da população constituem realizações, conhecimentos e práticas. No setor da Atenção Básica em Saúde, gerou a integração das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, com

suportes inquestionáveis em diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação profissional e processos de trabalho em equipe (SANTOS, 2018).

A resolutividade dos serviços realizados pela AB envolve cerca de 80% a 90% da demanda de necessidades em saúde. No Brasil encontram-se dezenas de locais ou microrregiões com características positivas à execução das ações de saúde, muitas vezes superando necessidades para atuação dos gestores, dos trabalhadores de saúde e das equipes de saúde de família (SANTOS, 2018).

O foco na Atenção Básica é considerado medida crucial para a efetividade dos sistemas universais de saúde. Com as medidas recentes de flexibilização dos modelos de equipes financiadas por recursos federais, a ESF passou a concorrer por recursos com o modelo tradicional, o que pode resultar em consequências indesejadas para a efetividade da Atenção Básica no país (VIEIRA, 2020).

Estimou-se que uma eventual redução da cobertura da ESF poderia elevar a taxa de mortalidade por condições sensíveis à atenção básica de 5,8% para 8,6% até 2030, incluindo neste cálculo a participação do Programa Mais Médicos no Brasil, que não é mais uma realidade no Brasil (VIEIRA, 2020).

A situação do financiamento do SUS nos últimos anos e mudanças em políticas estruturantes geram incertezas quanto ao futuro da saúde no país. Políticas de austeridade fiscal implantadas em resposta a crises econômicas têm sido apontadas como fator determinante na piora da situação de saúde da população em todo o mundo, especialmente entre os grupos socioeconomicamente mais vulneráveis (VIEIRA, 2020).

Na dinâmica do financiamento em saúde, houve queda no gasto per capita nos últimos anos, e as perspectivas são de redução desse indicador sob a vigência da EC 95, pelo congelamento da aplicação mínima federal no SUS e pelo atraso que causa na retomada da economia, com consequências para a arrecadação dos estados e municípios e, logo, para a destinação de recursos por esses entes à saúde (VIEIRA, 2020).

Desde a década de 1990, a ineficiência dos recursos federais vem limitando a expansão e a qualidade da capacidade instalada, fundamental para a universalização e para o investimento na estrutura física da rede pública de saúde. Quanto à configuração do sistema, fundos insuficientes para o SUS, permitem e, de certo modo, obrigam o setor privado a se expandir livremente, e, o que deveria ser um complemento legal, passa a substituir a responsabilidade do governo federal (SANTOS, 2018).

Ações públicas voltadas à nutrição são, por exemplo, relevantes em qualquer país, mas são ainda mais legítimas nos contextos em que o acesso ao alimento é

considerado um direito humano fundamental, como passou a ser no Brasil a partir de 2010. Contingenciar recursos ou descontinuar ações nesse campo não podem ser atividades sem um juízo explícito da relevância social delas em relação a outras áreas setoriais (JANNUZZI, 2021).

Em contextos como o do Brasil atual, em que as decisões políticas são fortemente subordinadas à restrição fiscal, avaliações inspiradas na eficiência das ações de saúde podem ter consequências graves sobre o legado de políticas públicas (JANNUZZI, 2021).

Em uma conjuntura de baixo crescimento econômico e da vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016 (teto dos gastos federais) afetando a disponibilidade de recursos públicos, a restrição fiscal parece uma justificativa técnica inquestionável para que políticas e programas tenham suas ações contingenciadas, reduzidas ou mesmo descontinuadas (JANNUZZI, 2021).

O setor privado produz grande parte dos serviços de internação e diagnóstico terapêutico do SUS, que se concentram no atendimento médico, na remuneração da produção e na qualidade do serviço prestado, no mercado farmacêutico e de equipamentos (SANTOS, 2018).

O mesmo modelo de empréstimos subsidiados utilizado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES) para a construção de hospitais privados, se direcionado ao SUS, ampliaria a rede pública para 200 hospitais regionais e 500 clínicas especializadas com funções diagnósticas em um período estimado de oito anos (SANTOS, 2018).

A força de trabalho no SUS consiste em mais de 65% de terceirizados e sem qualificação adequada, alocados por entes privados fornecedores de recursos humanos a custo menor, em sentido inverso ao determinado pela Lei 8.142/1990. Dessa forma, o modelo de Atenção Básica foi se tornando focal e compensatório no sentido de empregar a mão de obra disponível politicamente, e muitas vezes sem condições de realizar a reorientação do modelo proposto pelo SUS (SANTOS, 2018).

A redução recente da renda da população, ocasionada pela crise econômica e a lenta recuperação da economia, na última década, também vem impactando o sistema público de saúde, aumentando cada vez mais a demanda nos serviços de saúde. Isso ocorre na medida em que diminui a capacidade das famílias para compra de medicamentos e serviços de saúde, de pagamento de planos privados de saúde e em situação de aumento do número de pessoas que perdem a cobertura assistencial privada, antes garantida por seus empregadores, nos casos de perda do emprego (VIEIRA, 2016).

Nesse contexto, as medidas de austeridade fiscal que estabelecem corte de gasto com programas sociais, afetando inclusive a saúde, contribuem para o aumento das desigualdades sociais e podem acelerar o processo de deterioração da situação de saúde da população. A redução do gasto com saúde diminui a capacidade de resposta do sistema público em relação ao acesso e à qualidade dos serviços, o que contribui para o agravamento do estado geral de saúde das pessoas (VIEIRA, 2016).

Nos últimos anos, as políticas públicas de saúde e seus efeitos na melhoria dos resultados em saúde vêm ganhando destaque na literatura econômica e na agenda de organismos internacionais (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

A principal relevância deste tema decorre, por um lado, do entendimento de que a saúde é um insumo primordial para garantir o desenvolvimento econômico por ser parte do capital humano e, por outro lado, do entendimento de que mudanças associadas à demografia populacional (envelhecimento da população), epidemiologia da doença (maior incidência de doenças crônicas e degenerativas) e custos do impacto da tecnologia médica nas despesas de saúde em todo o mundo (VIEIRA, 2016).

Nos anos 1980, a carga fiscal estimada era inferior a 20% do PIB, passando, logo alguns anos após a promulgação da Constituição de 1988, a cerca de um quarto do PIB. Em 2002, a carga fiscal já havia atingido o patamar de 33% e, desde então, passou a crescer bem mais lentamente do que no passado, estabilizando-se em torno de 35% (JANNUZZI, 2021).

Não fosse o crescimento elevado do PIB no país nesse período, certamente não teria sido possível a expressiva ampliação de escala e escopo de políticas sociais nos anos 2000 até 2014 (JANNUZZI, 2021).

Portanto, há necessidade (e relevância) de avaliar a melhor forma de promover a saúde pública, garantindo melhores resultados de saúde e menores custos de produção. Em suma, pesquisadores e formuladores de políticas devem se preocupar em como tornar os sistemas de saúde mais eficientes (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

Os instrumentos normativos políticos refletem uma visão de esgotamento do modelo indutivo de atendimento às demandas de saúde através da AB no Brasil. O modelo indutivo seria uma forma de criar demandas através de incentivos dados pelo Ministério da Saúde, especialmente através da ESF aos municípios, porém a ausência de planejamento por parte dos municípios contribui cada vez mais para as inequidades no SUS (FARIA, 2020).

Para além da ineficiência federal no planejamento da AB, o processo foi acompanhado da progressiva erosão de capacidade indutiva na reorientação assistencial, marcada pela redução contínua de qualificação de recursos humanos, tornando a AB cada vez mais onerosa para os cofres municipais, intensificado pela falta de reajuste dos repasses federais às Equipes de Saúde da Família (FARIA, 2020).

Além disso, apontamentos políticos demonstram uma possível retirada do papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), constituindo-se um golpe para a reorientação do modelo assistencial, acentuando ainda mais a proposta de uma AB seletiva, considerando os serviços dos ACS desqualificados e destinados, principalmente, aos pobres. E isso é reduzir o potencial da AB como um todo, sobretudo em relação a coordenação dos fluxos e a continuidade da atenção (FARIA, 2020).

A territorialização dentro da política de AB só pode ser viabilizada pela busca ativa, por exemplo, as visitas domiciliares, realizadas por todos os membros da equipe de Saúde da Família, sem a qual se torna mais difícil a identificação e a intervenção nos determinantes sociais de saúde (FARIA, 2020).

Além dos entraves políticos e tributários, os condicionantes sociais de saúde da população impõem o desafio recente em decorrência do envelhecimento da estrutura etária, do aumento da morbidade e da mortalidade por causas externas e da emergência/reemergência de doenças infecciosas e parasitárias (VIACAVA *et al.*, 2018).

Cerca de 25% da população brasileira é usuária de planos privados de saúde, cujo acesso aos serviços, oportunidade de utilização, qualidade e resultados são escalonados de acordo com os investimentos desses usuários. No entanto, parte dessa mesma população de usuários depende do SUS para fornecimento de medicamentos de alto custo, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, controle de endemias, imunização, serviços de média e alta complexidade e de urgência (SANTOS, 2018).

O gasto per capita com saúde dos planos privados corresponde de quatro a seis vezes o gasto da média de 75% que só utilizam o SUS, inclusive com serviços e materiais médicos sofisticados e, por vezes, objeto de ações judiciais (SANTOS, 2018).

Dos 25% que têm planos privados estão as classes média-alta, média-média e alguma pequena parcela de classe trabalhadora (planos co-participativos). Entre a média de 75% que utiliza apenas o SUS estão a maioria da classe média baixa, a massa trabalhadora formal e informal e a classe em extrema situação de pobreza (SANTOS, 2018).

A elevação da capacidade instalada pública e privada do SUS e a oferta de serviços vêm ordenando a utilização dos serviços cada vez mais voltada para a assistência especializada, evidenciando interesses nas parcerias público e privada, onde os arranjos podem contribuir para a iniquidade no financiamento, acesso e utilização dos serviços (SANTOS, 2018).

A gestão cada vez mais recrudescida do MS visando viabilizar pressões mercadistas e da área econômica do governo por planos privados baratos, com interesse em aumentar o número de consumidores, coloca em risco a qualidade assistencial, na medida em que restringe os serviços (SANTOS, 2018).

Como negócio, favorece investidores de planos privados e oficializa-se a dupla porta de entrada nos hospitais e laboratórios que prestam serviços para o SUS, rompendo com a proposta de igualdade e integralidade na atenção à saúde (SANTOS, 2018).

A EC-95/2016 restringe o cálculo das despesas federais primárias exclusivamente à correção da inflação do ano anterior, desconsiderando fatores decisivos na implementação da política de saúde: o crescimento populacional, incorporação de tecnologias, aumento do número de idosos e o sub financiamento cada vez mais crítico (SANTOS, 2018).

1.4. A vulnerabilidade da Atenção Básica frente à crise econômica

Nos países de média e baixa renda, os efeitos das crises econômica e política são socialmente impactantes. A possível e rápida degradação dos serviços públicos de saúde pode causar diversos efeitos negativos sobre os indicadores de saúde da população, com especial atenção aos efeitos sobre a população infantil, particularmente as crianças que pertencem a famílias pobres e residem em municípios de população em sua maioria pobre (PAES-SOUSA, 2018).

O quadro de recessão econômica no Brasil entre 2015 e 2016, com pequena recuperação em 2017, demonstrou que o baixo crescimento se prolongaria até 2020, ano em que o país deveria retornar ao patamar de crescimento de 2014, porém com a incapacidade de repor as perdas do período recessivo (PAES-SOUSA, 2018).

Em resposta à crise de 2016, foi elaborada a Emenda Constitucional 95, sendo implementada a partir de 2017, e tendo como eixo norteador a supressão do piso mínimo de investimento social e limitação do aumento de gastos públicos aos níveis de inflação,

comprometendo o já deficiente orçamento da saúde pública no Brasil (PAES-SOUSA, 2018).

Considerando a tipologia de financiamento da saúde, o Brasil sofreu uma expressiva redução do gasto em saúde ao longo dos anos, afetando a disposição do sistema nacional de saúde, colocando em risco a implantação e execução de políticas de saúde que poderiam ser resolutivas para uma grande parcela da população (PAES-SOUSA, 2018).

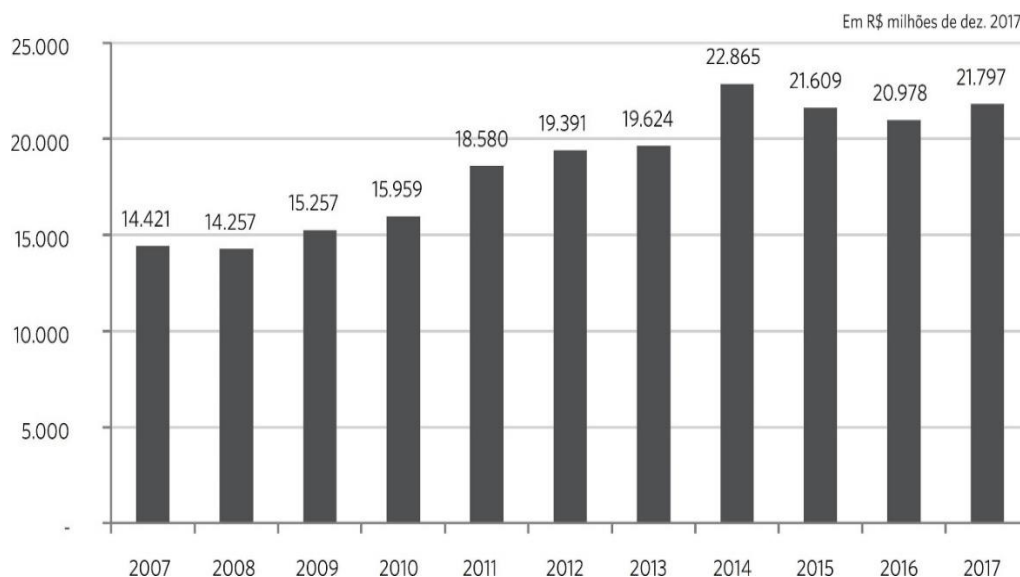
A pressão cada vez mais crescente na demanda das populações que eram atendidas pelo setor privado, e que passam a compor a demanda para o Sistema Único de Saúde brasileiro, especialmente em decorrência do aumento do desemprego, num período em que o próprio setor público enfrenta uma grande retração no seu financiamento, passa a dificultar ainda mais a cobertura de saúde necessária (PAES-SOUSA, 2018).

Os programas que mais sofreram em decorrência das medidas de austeridade econômica foram o Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que apresentavam impactos positivos na redução da mortalidade de crianças e desigualdades na saúde e segundo a série histórica da figura 04, entre os anos de 2007 e 2017 apresentou oscilações relacionadas ao financiamento, com destaque para a redução entre os anos de 2014 e 2017 (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Ao mesmo tempo, indicadores demonstram que, no cenário de manutenção da proteção social, a Taxa de Mortalidade de Crianças de até 5 anos (TMCA5) seria 8,6% menor que no cenário de austeridade, com um impacto de aproximadamente 20 mil mortes evitadas de crianças até 5 anos entre 2017 e 2030 (PAES-SOUSA, 2018).

A redução da mortalidade é estabelecida seguindo a expansão da ESF no Brasil, promovendo acesso aos cuidados pré-natal e ampliando a cobertura de vacinação, ampliando a disponibilidade de consultas básicas e visitas domiciliares, mitigando as desigualdades, com impacto ainda maior em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixos (PAES-SOUSA, 2018).

Figura 04 – Financiamento federal (milhões) para a Estratégia de Saúde da Família no Brasil (2007-2017).



Fonte: (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

O atual cenário de crise econômica junto às medidas de austeridade para o financiamento à saúde pode comprometer a redução de pobreza e melhoria dos indicadores de saúde, especialmente entre os mais pobres (RASELLA, 2010).

Desde o final de 2018 a piora de indicadores básicos de saúde no Brasil é uma realidade, constatado através de situações como o crescimento dos óbitos infantis, o surto de 822 casos de sarampo (doença até então erradicada) registrados até 25 de julho de 2018 (PAES-SOUSA, 2018).

A preocupação do Ministério da Saúde com o alto risco de retorno da pólio em pelo menos 312 cidades brasileiras, além da redução da cobertura vacinal, especialmente negligenciada pela necessidade de recursos para atuação da saúde frente à pandemia da COVID-19 demonstram fragilidades na AB brasileira (PAES-SOUZA, 2018). O quadro 02 destaca outras doenças que aumentaram nos últimos anos e poderiam ser combatidas pela AB.

A alteração negativa desse quadro coincide com a redução de investimentos em saúde, notada na Atenção Básica, afetando diretamente a oferta de serviços de promoção, prevenção e atenção, com agravamento do quadro de saúde, em especial para a população de baixa renda (PAES-SOUZA, 2018).

A construção do Quadro 02 (abaixo), adaptado de Starfield, 2002, que categoriza as doenças sensíveis à Atenção Básica no Brasil por grupos de patologias, foi um

processo que envolveu a análise das diretrizes de saúde nacionais e dados epidemiológicos regionais da população brasileira, além da literatura específica relacionada às Doenças Sensíveis à AB. A adaptação buscou selecionar e agrupar as doenças com base em critérios de relevância e prevalência.

Quadro 02 – Lista de doenças sensíveis à Atenção Básica no Brasil.

1. Doenças Imunizáveis (tétano, difteria, hepatite B, meningites, entre outras)
2. Doenças Aparelho digestivo e suas complicações (úlcera gastrointestinal, desidratação, entre outras)
3. Doenças Aparelho Respiratório (faringites, amigdalites, otites, pneumonias, bronquites, enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras)
4. Doenças Aparelho Circulatório (Hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, AVC, entre outras)
5. Doenças Nutricionais e Metabólicas (Obesidades, diabetes, entre outras)
6. Doenças Aparelho Urinário (Nefrites, infecção trato urinário, entre outras)
7. Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo (Celulites, impetigo, erisipela entre outras)
8. Doenças Relacionadas ao Período Pré-natal e Parto (Infecções trato urinário, sífilis congênita, rubéola congênita, entre outras)

Fonte: Adaptado de (Starfield, 2002).

A tecnologia de produção em saúde, ou seja, na forma como os serviços de saúde são prestados à população, apresenta-se como elemento chave para a reorganização do modelo assistencial de saúde brasileiro, com ênfase na AB, modelo mais econômico e viável na melhoria dos indicadores, tendo como vantagem as práticas promotoras da saúde que abordam os determinantes sociais da saúde (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

Além disso, a AB funciona como o primeiro contato ou entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde. Isso significa que tal modelo é o ponto de partida da atenção e um filtro para o acesso aos serviços especializados (PAES-SOUSA, 2018).

Na AB os serviços de saúde devem ser prestados por equipe multidisciplinar orientados para a comunidade, que estão cientes das necessidades de saúde da população com base em seu contexto econômico e social e acompanham seus pacientes ao longo do tempo (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

As características da AB contribuem para aumentar a capacidade de resolução e diminuir os custos em saúde. Numa relação de saúde diretamente focada, os indivíduos recebem melhores orientações sobre cuidados e educação em saúde, o que os torna mais capazes de cuidar da própria saúde e da família, reduzindo a demanda por tratamento nos centros de saúde (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

A presença de equipes multidisciplinares com qualificação adequada implica diretamente em tratamentos e resultados mais positivos em saúde, evitando-se prescrições de procedimentos redundantes ou desnecessários (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

Além disso, a eficiência dos serviços da AB está relacionada à governança em saúde, que inclui ações de formulação e coordenação de políticas públicas de saúde, alocação de recursos, gestão e planejamento da prestação de serviços de saúde e regulação/monitoramento dos sistemas de saúde (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a melhoria da governança contribui para o aumento dos fatores de produção de saúde que permitem aos sistemas de saúde expandir sua oferta e resolução de serviços de saúde e, assim, tornar-se mais eficientes em termos de custos em termos de resultados de saúde (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

Pode-se inferir que os gastos com saúde melhoram os indicadores de saúde em países com boa governança. Essa governança é considerada boa em países onde a formulação, implementação e monitoramento do orçamento são eficazes, e a sustentabilidade dos gastos com saúde não compromete a prestação de serviços, desde que sejam adotados instrumentos de política apropriados (KROTH; GUIMARÃES, 2021).

O fortalecimento das políticas de saúde, em especial da AB, tem se apresentado cada vez mais necessário como saída prioritária e estratégica para garantir o aprimoramento dos programas e das ações, para prover transparência à sociedade de como estão sendo empregados os recursos públicos e para orientar decisões governamentais na alocação orçamentária (JANNUZZI, 2021).

Para que cumpram esses objetivos, é fundamental que as políticas de saúde sejam realizadas em uma perspectiva plural, em termos dos valores e critérios orientadores da apreciação, e que sejam bem informadas acerca dos objetivos e complexidade do desenho e arranjos de implementação dos programas públicos, uma vez que ações de saúde voltadas para as populações mais vulneráveis não podem sofrer reduções, ao custo

do retorno de doenças erradicadas, novas doenças e piora nos condicionantes sociais (JANNUZZI, 2021).

O debate econômico atual aponta as medidas de austeridade fiscal como único caminho para um regime de responsabilidade fiscal, porém, debruçar-se sobre o tema é necessário em busca do maior número de opções viáveis à recuperação da Atenção Básica brasileira (PAES-SOUSA, 2018).

Neste contexto, compreende-se fundamental estudar os impactos da crise econômica para a saúde no município de Campos dos Goytacazes através da análise de dados secundários sobre gasto e investimento em saúde, entrevista com profissionais e gestores, propondo maior atuação de diferentes profissionais da saúde na garantia da ampliação das ações de saúde para a população, otimizando os recursos humanos e financeiros, contribuindo para a qualificação da política de saúde pública do município e fortalecimento da política de Atenção Básica (PAES-SOUSA, 2018).

Capítulo 2

A atuação do enfermeiro diante da Política Nacional de Atenção Básica

2.1. Apontamentos para as práticas do enfermeiro na Atenção Básica brasileira

Historicamente a enfermagem brasileira desenvolveu-se no início do século XX a partir de um modelo metodológico implantado pelas enfermeiras norte-americanas, que atuavam como visitadoras domiciliares nos Estados Unidos e trouxeram o modelo de prática para as enfermeiras brasileiras, daí a origem da atuação dos enfermeiros brasileiros na saúde pública (BARREIRA, 2005).

Posteriormente, o avanço das tecnologias e o surgimento de doenças estabeleceu uma nova rotina prática para os profissionais enfermeiros dentro das unidades hospitalares, realizando procedimentos de maior complexidade, desta forma exigindo maior tempo de formação, além de especializações que até então não existiam, como por exemplo enfermeiros intensivistas, obstetras, entre outras especializações (CARVALHO, 2012).

Na década de 1970, a atuação do enfermeiro na Atenção Básica (AB) do Brasil foi organizada em centros de saúde com funções administrativas prioritárias. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro trouxe a necessidade de mudar a postura dos enfermeiros, principalmente no setor de atenção primária à saúde, devido à legalização das reformas sanitárias pela Constituição Federal (1988) e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BARROS *et al.*, 2021).

A implantação do SUS trouxe avanços inquestionáveis para a saúde pública do país, mas os desafios permanecem. Um desses desafios corresponde às mudanças demográficas e epidemiológicas. A tríplice carga de doença - doença crônica, doença infecciosa e causas externas - aliada às demandas da sociedade tem levado a mudanças necessárias nos modelos de saúde, mas por vezes ainda fragmentadas e *hospitalocêntricas* (BARROS *et al.*, 2021).

Como estratégia prioritária para esse modelo de saúde, a atenção primária é um novo modelo no Brasil. No contexto da AB, a publicação de 2006 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal porta de entrada da AB. A política formaliza o enfermeiro como profissional componente de uma equipe multiprofissional mínima (BARROS *et al.*, 2021). Desde então, os enfermeiros vêm aumentando sua autonomia no processo de trabalho da AB, devido

especificamente ao incentivo à prática de enfermagem na saúde das populações assistenciais (BARROS *et al.*, 2021).

Os estatutos profissionais e as leis estaduais e municipais descrevem as diretrizes de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica. No entanto, com a crescente necessidade de ampliação dessa categoria de atuação, seja pela falta de composição médica na equipe mínima da ESF ou por mudanças na saúde da população e à medida que as doenças crônicas aumentam, percebe-se a autonomia na atuação do profissional enfermeiro (BARROS *et al.*, 2021).

O Conselho Federal de Enfermagem e os Conselhos Regionais de Enfermagem foram criados a partir da Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973, conceituando-se como autarquias de fiscalização profissional vinculados ao Ministério do Trabalho, por força das normas do Decreto 60.900/69 e Decreto 74.000/74, passando a disciplinar e fiscalizar o exercício profissional da Enfermagem a partir da ampliação das práticas (COSTA *et al.*, 2014).

Em outubro de 1975, foi criado o Código de Deontologia de Enfermagem, hoje conhecido como Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que estabelece os direitos, obrigações, responsabilidades, proibições e penalidades, bem como as normativas específicas para a atuação dos enfermeiros em consultas de enfermagem, realização de partos sem distócia, e procedimentos pactuados com os programas municipais, estaduais e federais de saúde (COSTA *et al.*, 2014).

A legislação de enfermagem está em consonância com o movimento político nacional da saúde – o movimento brasileiro pela reforma sanitária – que luta para resgatar direitos perdidos durante a ditadura militar, em especial a saúde como direito civil, com a garantia de tornar as políticas públicas em saúde cada vez mais efetivas (FERTONANI *et al.*, 2015).

O movimento de reforma sanitária brasileiro culmina então com a Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS através das Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. O artigo 196 da Constituição Federal afirma que:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, promovida, protegida e reabilitada por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outras exacerbações e igualdade de acesso às ações e serviços (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a mudança de paradigma em relação à atuação de outros profissionais (não médicos) na atenção à saúde se faz necessária para alcançar e conduzir

a sociedade na busca pelo direito à saúde. Foi nessa luta que aprovamos a atual Lei do Exercício Profissional de Enfermagem - Lei nº 7.498 de 1986, regulamentada pela Lei nº 94.406 de 1987, que estabelece direitos, deveres e práticas que devem fazer parte da rotina dos enfermeiros no Brasil (LORENZETTI, 1987).

O trabalho da enfermagem no Brasil se consolida historicamente através das ações em saúde pública e da consulta de enfermagem, que exige aparato tecnológico de baixa complexidade, podendo alcançar resultados positivos para grande parcela da população que necessita, na maioria das vezes de manejo da saúde, e não de tratamento de doenças em fase avançada, o que se traduziu em fator decisivo para a implantação da consulta (COSTA *et al.*, 2012).

O fluxo de trabalho da enfermagem integra a prestação de serviços de saúde como parte do setor terciário da economia brasileira. O enfermeiro não produz bens para serem armazenados e vendidos, mas serviços que são consumidos no processo produtivo no momento do serviço, seja individualmente, em grupos ou coletivamente. Portanto, as ações do profissional enfermeiro são diferentes das demais, uma vez que prestam serviços relacionados ao cuidado para indivíduos e grupos sociais (GARBUIO CAVALHEIRO, 2021).

As principais necessidades de saúde da população estão relacionadas às dificuldades ou problemas enfrentados a partir de seus processos de adoecimento. Neste contexto, a enfermagem brasileira possui duas áreas que mais se destacam: a assistência hospitalar e o trabalho em saúde pública, ambas as áreas desenvolvidas em conjunto com outros profissionais, corroborando com a visão multiprofissional exigida nas ações (FERTONANI *et al.*, 2015).

Segundo Tanaka e Leite (2008), a Portaria do Ministério da Educação nº 1.721/94 define o perfil do enfermeiro na perspectiva da formação generalista, que tem competência para exercer atividades em todas as áreas relacionadas ao cuidado, dentro de todo o ciclo de vida do ser humano, por isso os processos de formação dos enfermeiros devem ter como foco o cuidado ao ser humano ao longo de seus ciclos evolutivos, incluindo ações de promoção, conservação e restauração da saúde.

A formação em enfermagem em nível superior, também busca desenvolvimentos disciplinares com foco no atendimento individual e em grupo. As práticas são desenvolvidas através de estágios em áreas hospitalares, atenção básica e redes de serviços essenciais de saúde, considerando as diretrizes políticas dos setores saúde e

educação, considerando as perspectivas críticas sobre as condições de vida e o perfil epidemiológico da população (ADAMY *et al.*, 2021).

A Atenção Básica é considerada o primeiro nível de atenção em saúde no mundo e é caracterizada por 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 impactar positivamente a situação de saúde das coletividades (MENDES, 2011).

Considera-se então, a AB como principal porta de entrada do SUS brasileiro e aparelho de comunicação com a Rede de Atenção dos SUS (RAS), devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (MENDES, 2015).

Um sistema de saúde fortalecido através da AB tem como prioridade a garantia da cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população, enfatizando a atenção clínica, a prevenção de doenças e a promoção da saúde, justificando a necessidade da ampliação de recursos humanos multiprofissionais para que a ampliação da oferta de serviços seja abrangente e eficiente (GEREMIA, 2020).

Isso significa dizer que a AB funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, exigindo atuação multiprofissional e necessariamente ampliação dos recursos humanos nas diferentes áreas da saúde para que possa haver ampliação do rol de procedimentos, produzindo desta forma, uma AB resolutiva aos problemas da população (FERTONANI *et al.*, 2015).

Com base nos referenciais de Starfield (2002) e nos documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), é consenso mundial que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ser estruturados a partir de uma Atenção Básica forte e resolutiva, que garanta a sustentabilidade do sistema de saúde, ofertando o mais amplo e possível escopo de ações visando atenção integral, com responsabilização por coordenar o cuidado dos pacientes em sua trajetória clínica (BRASIL, 2020).

No sentido de garantir a ampliação do rol de procedimentos (consultas, exames e procedimentos), o Ministério da Saúde publicou em 2020 a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), a partir de do consenso entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

(SBMFC), da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020).

A CaSAPS tornou-se então um documento que responde à orientação da atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a necessidade da ampliação do escopo dos serviços a serem ofertados como forma de garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso (BRASIL, 2020).

Na CaSAPS são considerados serviços essenciais de atendimento à saúde (controle nutricional, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, visitas domiciliares, entre outros); ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso (acompanhamento vacinal, atendimento à crianças, mulheres, jovens, adultos e idosos, pré-natal de baixo risco, entre outros); além dos padrões ampliados de ações e procedimentos (pequenos procedimentos como retirada de pontos, troca de sondas e cateteres, entre outros), com atuação do enfermeiro em todos os níveis de serviços ofertados (BRASIL, 2020).

Segundo a CaSAPS, cabe a cada gestor municipal, baseado na legislação vigente, realizar análise de demanda do território e ofertas das unidades de saúde para mensurar sua capacidade resolutiva, norteado por medidas para ampliação o acesso, qualidade e resolutividade das equipes e serviços da AB, com forte reconhecimento da relevância clínica multiprofissional da AB brasileira (BRASIL, 2020).

A partir da inserção de diferentes profissionais para atendimento do *rol* de procedimentos proposto pela CaSAPS para a AB, devem ser respeitadas as regulamentações específicas dos conselhos profissionais bem como as habilidades individuais dos trabalhadores deste equipamento de saúde, com estímulo à treinamentos adicionais necessários ao desenvolvimento de cada profissional (BRASIL, 2020).

A CaSAPS apresenta ao todo mais de quatrocentos procedimentos, abaixo apresentamos um fragmento da tabela de serviços de atenção e cuidados à criança e adolescente (Figura 05), que podem ser executados por diferentes profissionais na AB, entre eles: enfermeiros, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários, técnicos de enfermagem, além do médico (BRASIL, 2020).

Figura 05: Fragmento da tabela CaSAPS para procedimentos disponíveis na AB com foco em crianças e adolescentes.

ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE	
68	Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de situações relacionadas a distúrbios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade).
69	Rastreamento em saúde da criança: triagem neonatal (teste do pezinho e reflexo vermelho) e identificação precoce de sopros cardíacos.
70	Suplementação nutricional (vitaminas, minerais) quando indicado.
71	Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e adolescente com hanseníase.
72	Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e investigação de contactantes da criança e adolescente com diagnóstico de tuberculose.
73	Acompanhamento da criança com microcefalia / zika vírus.
74	Prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e adolescente com sífilis, hepatites virais, HIV e outras ISTs.
75	Prevenção, identificação, aconselhamento e tratamento em relação ao tabagismo.
76	Prevenção, identificação e aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
77	Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra crianças e adolescentes, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública.
78	Prevenção e promoção da segurança da criança e do adolescente contra injúrias físicas.
79	Acompanhamento de crianças e adolescentes com necessidades de cuidados paliativos, oferecendo orientações aos familiares/cuidadores e demonstrando o que pode ser realizado para conforto da criança/adolescente.
80	Atendimento domiciliar de crianças e adolescentes acamadas, com impossibilidade de locomoção, em algumas situações pós-óbito ou de resistência ao tratamento.
81	Identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes com dificuldade de aprendizado e problemas relacionados ao contexto escolar e/ou trabalho infantil.
82	Identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes com deficiências físicas e/ou mentais.
83	Identificação e manejo de problemas de crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência.
84	Identificação e seguimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (violência, trabalho infantil, medida socioeducativa, acolhimento institucional, em situação de rua, migrantes e refugiados).
85	Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco.
86	Atendimento de urgências/emergências para crianças e adolescentes.

Fonte: (Brasil/CaSAPS, 2020).

Nos sistemas de saúde individual e grupal, o modelo clínico visa curar o corpo individual, portanto a enfermagem faz parte da tarefa médica neste modelo clínico de saúde, com foco no processo de trabalho e gestão do cuidado ao paciente (TANAKA; LEITE, 2008).

O papel do enfermeiro inclui ferramentas que cuidam ou curam o corpo doente, sendo realizado em conjunto com outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde como parte do trabalho em equipe, atuando especialmente no manejo clínico das condições do paciente com foco na saúde e não na doença, tendo como característica

marcante a solidariedade na execução do seu trabalho do enfermeiro (TANAKA; LEITE, 2008).

O enfermeiro é o profissional responsável por estabelecer diversas funções, que vão desde a assistência direta ao paciente, como realizar uma conduta, até a assistência indireta, como a gestão e as operações organizacionais de sua unidade de trabalho (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Também são de sua responsabilidade as atividades administrativas, com foco especial na gestão de serviços, sendo essenciais para o desenvolvimento das ações de saúde pública propostas pelos manuais e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A sistematização do atendimento nas unidades básicas de saúde, ou seja, na Atenção Básica, deve ocorrer nas consultas de enfermagem nas unidades de saúde e nas operações na comunidade, nas visitas domiciliares ou em outras partes do Território (CUNHA; SÁ, 2013).

A consulta de enfermagem ou o processo de trabalho na enfermagem está estruturado na dinâmica de ações sistemáticas e inter-relacionadas, seguindo a abordagem norteadora da enfermagem e o registro como prática profissional (KAHL *et al.*, 2018). A possibilidade de realização de consulta de enfermagem envolvendo desde o acolhimento da população, acompanhamentos clínicos, condutas e intervenções terapêuticas estão incluídas nas ações regulamentadas dos enfermeiros (KAHL *et al.*, 2018).

Além disso, também podem ser realizadas prescrições de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde ou pactuada pelos municípios (que será melhor explorada na seção 2.3 deste capítulo), previstas no art. 11, I, “i” e II, “c” da Lei 7.498/86 do Conselho Federal de Enfermagem, reforçadas pela CaSAPS (2020) e pelo parecer n. 27/ 2015 do Conselho Federal de Medicina (COSTA *et al.*, 2014).

Quanto aos procedimentos mais complexos, por exemplo envolvendo parto sem distócia, a Lei 7.498/86, no art. 11, II, “i” prevê que qualquer enfermeiro e não apenas o enfermeiro obstetra pode realiza-lo, devendo oferecer à parturiente:

- a) assistência ao parto normal;
- b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Assim, não existe qualquer norma que imponha que o trabalho do enfermeiro no parto sem distócia deva ser supervisionado por médico (CASSIANO *et al.*, 2021).

Ainda segundo a Lei 7.498/86, o enfermeiro deve realizar a anamnese da paciente em situação de parto, acolher e apoiar a mulher em todo o trabalho de parto, monitorar os sinais e sintomas da evolução do parto, bem como orientar e oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor (CASSIANO *et al.*, 2021).

Neste contexto é importante lembrarmos que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames poderão ser desenvolvidas durante o processo de atendimento, de acordo com a necessidade, desde que incluídas na assistência integral à saúde da mulher e respeitando o Art. 11, parágrafo II da lei 7.498/86, que determina a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”, porém, tal prática ainda se apresenta como uma questão a ser superada no Brasil (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

De acordo com Garbuio Cavalheiro (2021), a Consulta de enfermagem deve estar baseada em suporte teórico que oriente e ampare cada uma das etapas do processo e que deverão ser respeitadas tendo em vista cada tema abordado nos manuais de atendimento.

O Processo de enfermagem é constituído pelas seguintes etapas: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), II – Diagnóstico de Enfermagem, III - Planejamento de Enfermagem, IV – Implementação da assistência de Enfermagem, V – Avaliação (AMARAL; SILVA, 2021).

O quadro 03 apresenta as fases do processo de enfermagem que subsidiam e organizam a consulta de enfermagem, promovendo através da coleta de dados, a observação dos diagnósticos de enfermagem orientando o planejamento das intervenções que deverão ser implementadas (AMARAL; SILVA, 2021).

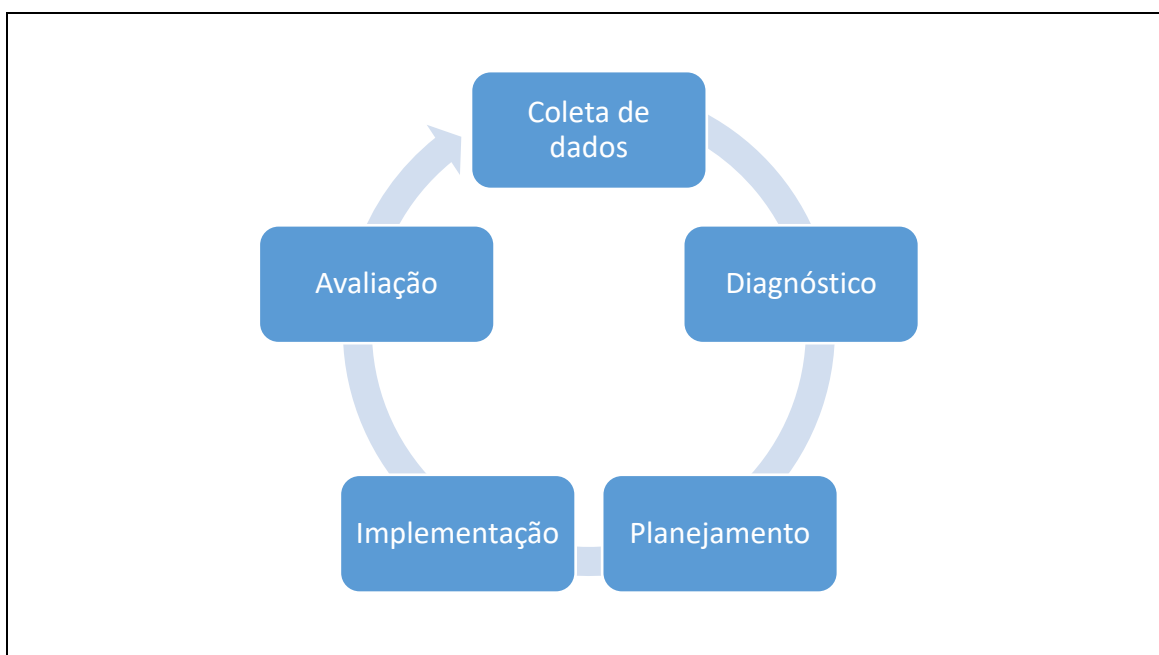
As etapas do Processo de Enfermagem apresentadas no quadro 03 reforçam a participação ativa do enfermeiro na condução clínica, bem como nas demais etapas relacionadas ao processo de cuidar, fortalecendo a porta de entrada pela AB, criando vínculo com as comunidades, ampliando a resolutividade deste nível de atenção à saúde (TANAKA; LEITE, 2008). A etapa I de coleta de dados requer do enfermeiro, aproximação e desenvolvimento de vínculo com a população para que a abordagem possa ser centrada no problema atual de saúde, mantendo-se a visão integral da situação de saúde enfrentada (AMARAL; SILVA, 2021).

Nas etapas II e III, que envolvem diagnósticos (específicos relacionados ao cuidado) e planejamento das intervenções, compete ao profissional enfermeiro a

execução de modelo assistencial de intervenção que seja resolutivo aos problemas da população, de modo que atenda à proposta de resolutividade proposta pela AB (AMARAL; SILVA, 2021).

A eficácia das intervenções realizadas pelo enfermeiro na AB, podem ser avaliadas a partir dos itens IV e V do Processo de Enfermagem, considerando-se a implementação da assistência proposta e avaliação dos resultados, para que desse modo, o enfermeiro possa retomar ao seu processo de intervenção, avaliando a eficácia das ações propostas (AMARAL; SILVA, 2021). A utilização do Processo de Enfermagem para abordagem em saúde na AB instrumentaliza o profissional, sistematiza a assistência e direciona o enfermeiro para ações eficazes em relação ao raciocínio clínico na abordagem multiprofissional (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Quadro 03: Etapas do Processo de Enfermagem (Consulta de Enfermagem).



Fonte: Adaptado de (Amaral; Silva, 2021).

Todo o processo de enfermagem após a implantação das intervenções deve ser avaliado para observação da eficácia da conduta profissional, portanto trata-se de uma rotina cíclica e constante (AMARAL; SILVA, 2021). Considerando que a consulta de enfermagem pode beneficiar o paciente no seu contexto biopsicossocial através de uma visão amparada pelo custo x benefício e efetividade, utilizando de todos os recursos disponíveis, podemos ter grandes impactos na assistência de saúde prestada ao cliente,

sua família e a comunidade com a produção de hábitos de vida saudáveis e qualidade de vida (MACHADO; ANDRES, 2021).

2.2. A atuação do profissional enfermeiro na Atenção Básica

A atuação do enfermeiro na AB no Brasil vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo a proposta do novo modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura, mas sobretudo, na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2018).

Os enfermeiros das equipes de cuidados primários, que trabalham com visitas domiciliares ou não, tem responsabilidades que vão desde o cuidado com sua própria equipe de saúde até a assistência integral às demandas da população sob sua responsabilidade, desde o acolhimento até a classificação do risco e aconselhamento ou consulta de enfermagem nos espaços comunitários de monitoramento da saúde (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O enfermeiro também é responsável pela gestão da unidade e pela coordenação das atividades de enfermagem de toda a equipe de enfermagem. Na enfermagem, a visita do enfermeiro é enfatizada como uma atividade que possibilita o trabalho de enfermagem e administrativo. As visitas caracterizam-se especialmente por fornecerem métodos e condutas clínicas, ou as visitas caracterizam-se por uma compreensão mais ampla da enfermagem, e por agregar ao comportamento a prática da comunicação, a interação profissional-paciente (HAUSMAN; PEDRUZZI, 2009).

A humanização coloca para todos os atores das instituições de saúde o desafio de repercutir os princípios do SUS nas práticas concretas dos serviços, nas formas de organizar e fazer a gestão dos processos de trabalho para o cuidado fortemente inclusivo, equânime, que vincule pessoas a pessoas (BARROS *et al.*, 2021).

Para o sucesso das ações na AB são necessárias a participação ativa e compartilhada de usuários, trabalhadores e gestores para a produção de territórios saudáveis, liderança, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, tomados na prática pela necessária indissociabilidade entre gestão e atenção (FERTONANI *et al.*, 2015).

Dos princípios e diretrizes necessários para atuação do profissional enfermeiro na Atenção Básica estão: clínica ampliada; acolhimento; gestão participativa; cogestão; defesa dos direitos dos usuários, valorização do trabalho e do trabalhador, coletivos e redes (BRASIL, 2006).

Na relação dos dispositivos necessários para a atuação do enfermeiro estão: acolhimento em função da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco; apoio matricial; projeto terapêutico singular; projetos de ambiência; Colegiados de gestão; Conselho gestor; Contrato de gestão; Sistemas de escuta; Equipe multiprofissional (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica cumpre, no contexto da reorientação do modelo de atenção, no qual se operam mudanças próprias à sua reforma, a função estratégica de ordenar as Redes de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2006). Além de superar a inversão histórica do papel central do hospital, em geral ligado às grandes emergências, como referência para problemas comuns, considerando aqui a prevalência das doenças crônicas, é um desafio para todo o setor saúde quando se pensa na relação custo x efetividade das ações (JANNUZZI, 2021).

Nesse sentido, a AB tem a função de coordenar o cuidado e qualificar o percurso do usuário no SUS, consolidando como porta de entrada do sistema de saúde, construindo assim respostas mais próximas das reais necessidades da população, na moldura dos seus territórios de vida, e qualificando o uso dos outros níveis de atenção (MACINKO; MENDONÇA, 2018). No Brasil, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (nº 7.498/86) e o seu decreto de regulamentação (nº 94.406/87) garantem aos enfermeiros na consulta de enfermagem o direito de realizar a prescrição de medicamentos aprovados por protocolos institucionais. Também, a Portaria nº 2.488/11 (PNAB) estabelece que:

Cabe ao enfermeiro realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (FREIRE *et al.*, 2021).

Na perspectiva da Política Nacional de Atenção Básica, ao enfermeiro, cabe acolher, fazer a avaliação clínica, classificar o risco e vulnerabilidade (com base em manuais e/ou protocolos), identificar a possibilidade de agravamento, definir prioridade, condutas e o tempo terapêutico adequado (BRASIL, 2006).

O profissional enfermeiro também deve resolver ou priorizar encaminhamento para consulta médica ou do cirurgião dentista ou para outra modalidade de cuidado. Pode identificar a necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção, o que, neste caso, deverá incluir avaliação e decisão médica (BRASIL, 2006).

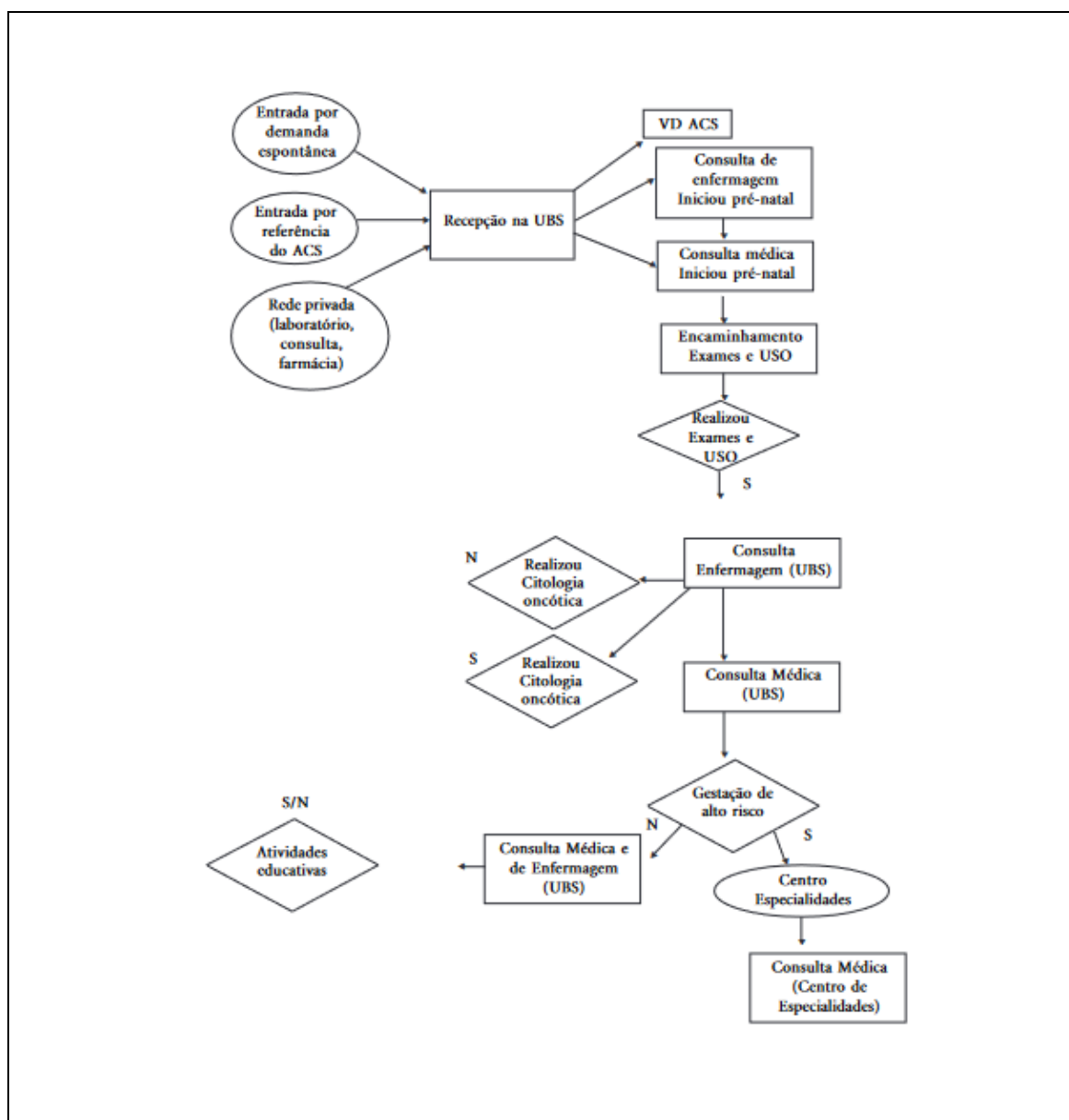
Os manuais e/ou protocolos instrumentalizam a definição de prioridade clínica ao descrever a forma de apresentação de uma doença ou agravo e seus sinais de alerta permite classificar o nível de gravidade e de sofrimento do paciente, e diferenciar emergência de urgência em seus diferentes níveis (FREIRE *et al.*, 2021). Nas situações de urgência e emergências, os manuais e/ou protocolos constituem ferramentas de apoio importantes para a tomada de decisão do enfermeiro, conferindo maior segurança e mesmo um nível de controle para a variabilidade clínica (MENDES, 2011).

O profissional enfermeiro, integrante da equipe, no contexto da Atenção Básica de saúde, tem atribuições específicas entre outras, realizar a consulta de enfermagem, com avaliação integral do indivíduo, prescrevendo cuidados de enfermagem e medicamentos previstos em programas de saúde, manuais e protocolos das instituições de saúde (MACHADO; ANDRES, 2021).

Em pesquisa realizada em 2017, o número de consultas de pré-natal com enfermeiros e médicos em um distrito sanitário planejado da cidade do Rio de Janeiro constatou que enfermeiros realizaram mais consultas (55% no total) do que profissionais médicos (BARROS *et al.*, 2021). Além da ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família pelo município no estudo citado, o convênio de enfermagem por meio da AB também ampliou o aconselhamento pré-natal da AB com maior autonomia por meio do atendimento do enfermeiro (BARROS *et al.*, 2021).

A exemplo, tomamos a consulta do pré-natal, conforme modelo de fluxo de atendimento apresentado na figura 06 (abaixo), em que os enfermeiros exercem um papel importante junto às gestantes para que a adesão ao pré-natal seja contínua. O papel do enfermeiro como cuidador é buscar integralmente a saúde destas mulheres e promover atividades que contribuam para o favorecimento de uma gestação e nascimento saudáveis (SILVA *et al.*, 2012).

Figura 06: Modelo de fluxo de atendimento do pré-natal na AB.



Fonte: (SILVA *et al.*, 2012).

A figura 06 elucida um fluxo de atendimento para atendimento de pré-natal na Unidade Básica de Saúde, sendo a Unidade Básica de Saúde a porta de entrada para esta gestante, que pode acessar o equipamento de saúde por demanda espontânea, referenciada pelo agente comunitário ou vinda da rede privada de saúde (SILVA *et al.*, 2012). Ao ingressar no sistema de atendimento da AB, a gestante é cadastrada e acompanhada por equipe multiprofissional. No caso de gestação sem riscos o enfermeiro pode conduzir as consultas realizando encaminhamento à consulta médica quando necessário, ou ao menos uma consulta mensal (SILVA *et al.*, 2012).

Nos casos de gestão de risco, após a consulta com o enfermeiro, esta gestante passa a ser acompanhada mensalmente pelo médico e pelo enfermeiro. Este sistema de fluxograma é aplicável à diversas patologias ou em atendimentos por ciclo de vida - saúde da criança, adolescente, adulto, ou idoso (SILVA *et al.*, 2012).

Fazem parte das atribuições do enfermeiro na consulta de pré-natal: realizar consulta de pré-natal de gestação de risco habitual; solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhar gestantes identificadas como de risco para a consulta médica; realizar atividades com grupos de gestantes, trabalhando a troca de conhecimento entre elas; fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; realizar coleta de exame citopatológico (SILVA *et al.*, 2012).

Além disso: iniciar o pré-natal o mais precoce possível; utilizar o Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal e Puerpério; registrar no Cartão da Gestante todas as consultas; realizar 6 consultas ou mais sempre que possível; seguir Fluxograma para Pré-natal; entre outras atribuições que apontam a relevância da valorização dos profissionais enfermeiros no âmbito da AB, contribuindo efetivamente para a melhoria da assistência na saúde (SILVA *et al.*, 2012).

Os desafios para a qualificação do SUS e para os modelos assistenciais necessários são muitos e variados, incluindo a formação e qualificação dos profissionais que integram as redes públicas de saúde (TOSO, 2021). Dentre esses profissionais, os enfermeiros brasileiros têm desempenhado um papel de destaque na proteção do SUS diante da reorientação do modelo assistencial, seguindo os princípios da Atenção Básica (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB baseia-se em: permitir o acesso universal e sustentável a serviços de saúde críticos e de qualidade, caracterizados como a principal porta de entrada do sistema de saúde, conforme definido pelos princípios da integralidade; implementar a inclusão em todos os aspectos que envolvam o cuidado aos diferentes ciclos de vida (FREIRE *et al.*, 2021).

Os fundamentos da PNAB compartilham um forte alinhamento conceitual com os fundamentos da Política Nacional Humanitária (PNH). Segundo a PNH, humanidade inclui uma avaliação das diferentes questões envolvidas na produção de saúde com fortalecimento da autonomia e a subjetividade do sujeito e do grupo (FREIRE *et al.*, 2021). Para Freire *et al.*, (2021), a humanização é um tema importante na formação dos profissionais de saúde, pois inclui principalmente o cuidado integral, a avaliação da promoção da saúde e as dimensões subjetivas e a cognição social como importantes no

processo de cuidar em saúde. Diante da amplitude e intersecção da humanização, consideramos positivamente o contexto da formação do enfermeiro, através das habilidades profissionais que ajudam na educação de enfermagem (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O conceito de formação de competências de enfermagem vem após o conceito de qualificação, explica o real conteúdo do trabalho, além da formação, características pessoais, habilidades e valores que envolvem a profissão, tornando-a apta e eficaz na execução das atividades relacionadas à AB (CASSIANO *et al.*, 2021). A educação baseada em competências é um componente essencial do guia de estudo para programas de educação em enfermagem. O conceito de competências aparece com bastante clareza nessa nova ordem mundial, construída para o trabalho e que ressoa no campo da saúde sustentada pelas características do trabalho em saúde.

Portanto, a adoção do modelo de competências visa adequar a formação da mão de obra às novas demandas do sistema produtivo, flexibilizar o mercado de trabalho e padronizar o sistema de qualificação profissional, melhorando resultados em saúde e otimizando custos (FERTONANI *et al.*, 2015; MACHADO; ANDRES, 2021; OCKÉ-REIS, 2008).

As disciplinas relacionadas às humanidades devem estar incorporadas à atenção básica e ao ensino de enfermagem, posição que visa sensibilizar a administração e o mundo profissional, ao invés de dividi-los em programas ou especializações ou transitar para planos de estudos específicos (THUMÉ *et al.*, 2018).

Abordagens baseadas em competências para a educação e interação profissional com um sistema global construído para o trabalho devem ser utilizados como modelos de competências, levando em consideração a formação dos profissionais de saúde (THUMÉ *et al.*, 2018). É possível adequar a formação dos enfermeiros, cada vez mais, às novas demandas do sistema de saúde, com uma abordagem baseada nas competências que permite flexibilidade no mercado de trabalho e consistência nos sistemas de qualificação profissional (THUMÉ *et al.*, 2018).

Embora a atenção primária utilize uma baixa intensidade técnica (equipamentos), sua dinâmica exige tecnologia (conhecimentos) muito sofisticada, o que exige não apenas competência científica e técnica da enfermagem, mas também políticas sociais, educacionais e éticas (MEIRA; KURCGANT, 2008).

A gestão é inerente ao trabalho do enfermeiro, isto aplica-se não só aos serviços burocráticos, mas também às ajudas individuais e coletivas dentro da AB. Desta forma,

os enfermeiros devem ser vistos como atores sociais no trabalho (MEIRA; KURCGANT, 2008).

Alguns autores defendem que uma equipe é um grupo organizado que presta atenção integral à população, mas para isso a equipe precisa ser planejada, organizada e organizada para atingir seus objetivos (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Na Atenção Básica não se atende somente um indivíduo doente (órgãos biologicamente adoecidos). O processo saúde-doença tem outra complexidade, que envolve o social e o subjetivo, e exige outras ferramentas, como a escuta qualificada e a clínica ampliada (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Por essa razão, o atendimento não se esgota em uma única vez (é um processo longitudinal) e não há uma alta programada no serviço. Os registros são de uma equipe multiprofissional e o enfermeiro é um dos componentes dessa equipe, havendo uma interdependência entre os mesmos para ações coletivas e realizações de planos de cuidados (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Dessa forma, realizar o Processo de Enfermagem, que fornece subsídios para a consulta de enfermagem requer olhar para tal especificidade, considerar a Clínica Ampliada desenvolvida pelo Enfermeiro e ser propositivo em relação à Atenção Básica (BRASIL, 2006). O enfermeiro é uma peça fundamental na Atenção Básica e assume diversas frentes nessa área do cuidado, desde o acolhimento até a gestão dos procedimentos e das equipes. Para isso, é importante que se aproprie dos instrumentos gerenciais como o Processo de Enfermagem (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) exige um protagonismo ainda maior do enfermeiro na Atenção Básica. Um exemplo dessa realidade são as visitas domiciliárias que demandam grande integração entre a equipe multidisciplinar e desempenham papel essencial dentro do cuidado à saúde, garantindo que o atendimento adequado chegue ao usuário do SUS (AMARAL; SILVA, 2021).

A consulta de Enfermagem na Atenção Básica é uma importante ferramenta que possibilita ao enfermeiro firmar-se enquanto profissional da equipe da ESF, com ações particulares que integradas as do restante dos profissionais, pode tornar esta estratégia de saúde mais efetiva e contributiva para a saúde da população (COSTA *et al.*, 2012).

Fazem parte das competências específicas para a geração de autonomia do enfermeiro e para o uso de tecnologia leve no gerenciamento de enfermagem, a atividade comunitária e o controle social. Esses são os princípios do SUS institucionalizados para

a democratização da gestão micro e macro política, resguardando direitos e acesso à atenção integral (BARROS *et al.*, 2021).

Em meio a essa luta social, a enfermagem também precisa reavivar sua consciência política e sua capacidade de mobilização social, diante do fortalecimento do campo profissional como uma luta histórica, numa perspectiva multiprofissional e holística (BARROS *et al.*, 2021).

Reconhecendo que o cuidado centrado nas pessoas é o principal eixo norteador da saúde, o resultado pretendido desse movimento é reduzir os gastos com saúde por meio de uma rede de atenção focada na Atenção Básica, que priorize a promoção da saúde e a prevenção de doenças, evitando os altos custos da alta complexidade (BARROS *et al.*, 2021).

Na visão desse espaço social, a prática de educação em saúde é vista como importante ferramenta para a construção de uma consciência política cívica crítica e efetiva (BARROS *et al.*, 2021). Essa prática educativa está relacionada ao desejo de mudar o comportamento dos agentes de troca de saberes com o objetivo de desenvolver novas atitudes benéficas à saúde. Talvez no campo da educação em saúde, a maior significação do conceito de AB esteja diretamente ligada à promoção e proteção da saúde (BARROS *et al.*, 2021).

Além das responsabilidades compartilhadas de todos os profissionais da equipe de AB, as responsabilidades específicas do enfermeiro definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) incluem ações para indivíduos, famílias e comunidades para garantir que a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Para realizar ações tão diversas (comuns e específicas) pelas quais são responsáveis, os enfermeiros precisam desenvolver diferentes habilidades que nem sempre estão disponíveis na graduação e nas especializações da área, à exemplo do treinamento para a realização do acompanhamento de crianças de zero a cinco anos – AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, que será abordada na seção 2.3 deste capítulo (BRASIL, 2006).

Treinamentos e capacitações estabelecidos pelos órgãos de saúde tem objetivo de qualificar a assistência para o perfil epidemiológico e demanda necessários à eficiência dos equipamentos de saúde da AB, incluindo desde a intervenção em saúde, até o manejo clínico das doenças até os casos de prescrição de terapias medicamentosas (FERREIRA, V. R. S; MEDEIROS, J.J., 2016).

Da gama de atividades que esse profissional desempenha na AB, o aconselhamento de enfermagem é considerado um dos mais relevantes, mas pesquisas mostram que nem sempre os enfermeiros conseguem fazê-lo de forma holística (FERREIRA *et al.*, 2018).

Ao transformar uma abordagem clínica em processo educativo, os indivíduos adquirem o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo que permite descortinar realidades e propor ações transformadoras que levem à sua autonomia e libertação como sujeitos históricos e sociais (BARROS *et al.*, 2021). Ainda no âmbito da educação, a formação dos profissionais de saúde no trabalho tem implicações importantes para a transformação da prática em saúde e a consolidação dos princípios do SUS e dos atributos da AB (BARROS *et al.*, 2021).

No Brasil, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (nº 7.498/86) e seu decreto normativo (nº 94.406/87) garantem aos enfermeiros nas consultas de enfermagem o direito de prescrever medicamentos aprovados por convênio institucional. Além disso, a Portaria nº 2.488/11 (PNAB) estabelece:

Consultas de enfermagem, solicitações de exames complementares e prescrição de medicamentos por enfermeiros de acordo com normas e convênios legais profissionais ou outras regulamentações (FERRERIRA *et al.*, 2018).

Na Atenção Básica brasileira, proporcionar novos conhecimentos técnico-científicos são necessários e decisivos para ampliar seu escopo de atuação e potencializar sua capacidade. No entanto, há necessidade de uma declaração legalmente respaldada de sua atribuição, ao invés de uma descaracterização de sua principal referência, que é o cuidado integral (BARROS *et al.*, 2021).

Sobre as dificuldades e limitações da atuação do enfermeiro na AB no Brasil, destaque frequente para o número insuficiente de profissionais de enfermagem no setor saúde, fazendo com que o enfermeiro não consiga realizar tarefas essenciais de enfermagem que suportem o trabalho de todas as outras equipes, comprometendo a execução de suas atribuições específicas e limitando a prática clínica dos enfermeiros da Atenção Básica (KOSTER, 2019).

No escopo da estrutura do atendimento na AB estão os manuais que normatizam as ações da Atenção Básica no Brasil, se expandindo mais fortemente após o ano de 1990, incentivada em primeiro lugar pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas Secretarias Estaduais de Saúde (BARREIRA, 2005). Além disso, ocorreram também

avanços no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações de saúde pública, medidas que auxiliaram a reorganização do Sistema Único de Saúde (FREIRE *et al.*, 2021).


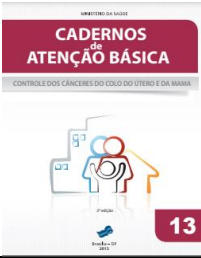
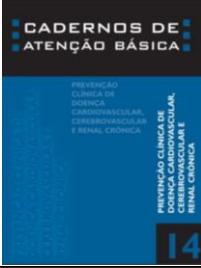

Foram significativas as ações de expansão da Atenção Básica no âmbito do SUS, através das políticas de saúde implementadas pelo governo federal, sobretudo na segunda metade da década de 1990 (BARREIRA, 2005)

Neste cenário de valorização e expansão da Atenção Básica, e investimento do governo em estratégias de Saúde Coletiva, surgiram os Cadernos de Atenção Básica, que têm o papel de contribuir e fortalecer as ações assistenciais desenvolvidas pelos profissionais da saúde pública em todo o Brasil, além de auxiliar na implementação adequada do modelo de assistência à população, sendo uma ferramenta de extrema importância para a valorização das práticas de saúde coletiva (BRASIL, 2006).

Até o momento foram publicados 29 Cadernos de Atenção Básica. Estão disponíveis, no Portal Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, os cadernos 12 ao 41, publicados entre os anos de 2006 e 2018, apresentados no Quadro 04 (abaixo) com algumas características que devem ser ressaltadas da atuação do enfermeiro em cada Caderno de AB (BRASIL, 2006).

Os cadernos (manuais) se concentram não apenas em questões físicas e patológicas, mas também em questões processuais e de planejamento, característica consistente com o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define saúde como “completa saúde física, mental e social, não apenas a ausência de doença” (BRASIL, 2006).

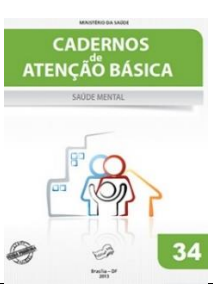
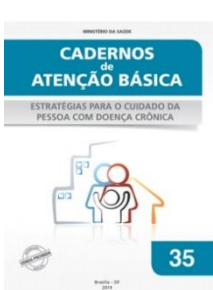
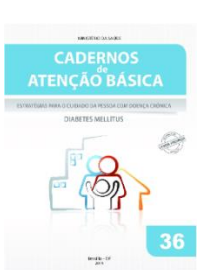
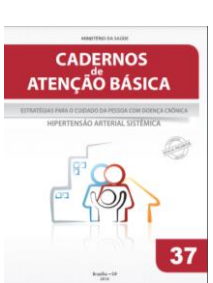
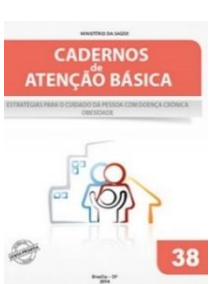
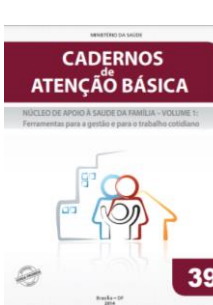
Quadro 04: Programas da Atenção Básica para atuação do profissional Enfermeiro segundo Manuais do MS – Cadernos de Atenção Básica.

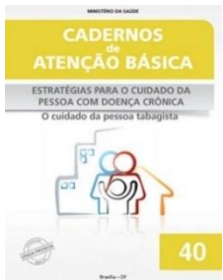
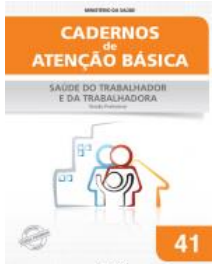
Manual MS	Descrição do documento	Ano de Implantação	Finalidade do documento	Resumo das atribuições do Enfermeiro
	Política Nacional de Atenção Básica	2006	Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território brasileiro.	Construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade.
	Cadernos de Atenção Básica 12 - Obesidade	2006	Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.	Promoção da alimentação adequada e saudável, apoio ao autocuidado, assistência terapêutica multiprofissional. Realização de consultas de enfermagem para o acompanhamento do indivíduo.
	Cadernos de Atenção Básica 13 – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama	2006		Realizar acompanhamento integral, coleta de preventivo e consulta de enfermagem em todas as etapas necessárias ao manejo da saúde.
	Cadernos de Atenção Básica 14 – Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica	2006	Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.	Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.
	Cadernos de Atenção Básica 15 – Hipertensão Arterial Sistêmica	2006	Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.	Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.

<p>CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA MINISTÉRIO DA SAÚDE DIABETES MELLITUS Caderno de Atenção Básica nº 16 Brasília - DF 2006</p>	<p>Cadernos de Atenção Básica 16 – Diabetes Mellitus</p>	<p>2006</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE SAÚDE BUCAL Caderno de Atenção Básica nº 17 Brasília - DF 2008</p>	<p>Cadernos de Atenção Básica 17 – Saúde Bucal</p>	<p>2008</p>		<p>As atribuições do Enfermeiro estão voltadas para as ações educativas relacionadas à prevenção de problemas dentários e higiene.</p>
<p>CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA HIV/aids, Hepatites e Outras DST HIV/aids, Hepatites e Outras DST 18</p>	<p>Cadernos de Atenção Básica 18 – HIV/aids, Hepatites e outras DST</p>	<p>2006</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças transmissíveis.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
<p>CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA 19</p>	<p>Cadernos de Atenção Básica 19 – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa</p>	<p>2007</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
<p>CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA CARÊNCIAS DE MICRONUTRIENTES CARÊNCIAS DE MICRONUTRIENTES 20</p>	<p>Cadernos de Atenção Básica 20 – Carências de micronutrientes</p>	<p>2007</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças relacionadas às questões nutricionais.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA VIGILÂNCIA EM SAÚDE Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária e Tracoma e Tuberculose 21</p>	<p>Cadernos de Atenção Básica 21 – Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose</p>	<p>2008</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças causadas por vetores ou transmissíveis.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>

	<p>Cadernos de Atenção Básica 22 – Vigilância em saúde: zoonoses</p>	<p>2009</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças de origem animal.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 23 – Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar</p>	<p>2015</p>	<p>Qualificar a atenção integrada à saúde da criança, aleitamento materno.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 24 – Saúde na escola</p>	<p>2009</p>	<p>Qualificar a atenção integrada à crianças em idade escolar.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 25 – Doenças respiratórias crônicas</p>	<p>2010</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas transmissíveis.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 26 – Saúde sexual e saúde reprodutiva</p>	<p>2013</p>	<p>Qualificar a atenção integrada à saúde sexual e reprodutiva.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 27 – Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a saúde da família</p>	<p>2010</p>	<p>Qualificar a atenção integrada à estratégia de saúde da família.</p>	<p>Realizar atividades que qualifiquem as diretrizes do NASF.</p>

	<p>Cadernos de Atenção Básica 28 – Acolhimento à demanda espontânea</p>	<p>2013</p>	<p>Qualificar a atenção integrada à demanda espontânea.</p>	<p>Realizar atividades que fortaleçam o acolhimento e a demanda espontânea.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 29 - Rastreamento</p>	<p>2010</p>	<p>Qualificar a atenção integrada no rastreamento de doenças.</p>	<p>Realizar atividades que favoreçam o rastreamento de agravos e doenças.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 30 - Procedimentos</p>	<p>2011</p>	<p>Qualificar a atenção integrada na realização de procedimentos na AB.</p>	<p>Realizar consultas e procedimentos necessários aos agravos de baixa complexidade (curativos, retirada de pontos, etc).</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 31 – Práticas integrativas e complementares: Plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica</p>	<p>2012</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às práticas integrativas e complementares na saúde.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem diante das práticas integrativas e complementares.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco</p>	<p>2013</p>	<p>Qualificar a atenção integrada ao pré-natal de baixo risco.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento</p>	<p>2012</p>	<p>Qualificar a atenção integrada à saúde da criança no crescimento e desenvolvimento.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>

	<p>Cadernos de Atenção Básica 34 – Saúde mental</p>	<p>2013</p>	<p>Qualificar a atenção integrada à saúde mental.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 35 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica</p>	<p>2014</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus</p>	<p>2013</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica</p>	<p>2014</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade</p>	<p>2014</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 39 – Núcleo de apoio à saúde da família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano</p>	<p>2014</p>	<p>Qualificar a atenção integrada ao núcleo de apoio à saúde da família.</p>	<p>Realizar atividades que qualifiquem as diretrizes do NASF.</p>

	<p>Cadernos de Atenção Básica 40 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: O cuidado da pessoa tabagista</p>	<p>2015</p>	<p>Qualificar a atenção integrada às estratégias para o cuidado relacionado ao tabagismo.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>
	<p>Cadernos de Atenção Básica 41 – Saúde do trabalhador e da trabalhadora</p>	<p>2018</p>	<p>Qualificar a atenção integrada à saúde do trabalhador e da trabalhadora.</p>	<p>Realizar consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância.</p>

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2006).

Os Protocolos de enfermagem na Atenção Básica têm objetivo de prover ao profissional de enfermagem a segurança e o compromisso ético necessários para que atuem com autonomia e proporcionem ao usuário do sistema municipal de saúde uma atenção de qualidade (FREIRE *et al.*, 2021). Esta iniciativa visa nortear as ações sem engessá-las, propiciando o acompanhamento de seu desenvolvimento e a avaliação do desempenho profissional, através da sistematização da assistência de enfermagem, com vistas à realização de pesquisas que informem o bem-estar da pessoa cuidada, o grau da humanização no atendimento e a necessidade de treinamento dos profissionais (BRASIL, 2006).

2.3. Possibilidades e limites da consulta de enfermagem

A competência da consulta de enfermagem tem sua origem na pós consulta (realizada após a consulta médica), que era realizada pelo enfermeiro aos clientes atendidos em programas de saúde governamentais, e sua implantação ocorreu ao longo do desenvolvimento histórico da enfermagem (COSTA *et al.*, 2012).

O profissional enfermeiro passa a assumir importância no manejo clínico do cliente, pois são oportunizadas ações de diálogo, orientações e educação em saúde que de fato podem proporcionar melhora na qualidade de vida do paciente e de toda a comunidade assistida. A consulta de enfermagem é além de uma ação de ajuda, uma ação de aprendizado na qual enfermeiro e paciente interagem, buscando solucionar problemas identificados por meio do diagnóstico de enfermagem (COSTA *et al.*, 2012).

A integração dos saberes científicos com saberes adquiridos pelo enfermeiro em sua prática, bem como as percepções do próprio usuário sobre sua condição de saúde ou de doença, contribui efetivamente para o projeto ampliado de saúde proposto pela legislação do SUS (FERTONANI *et al.*, 2015). O profissional enfermeiro atua como mediador entre a comunidade e o sistema de saúde local, tendo como objetivo a educação em saúde. Nessa ótica a consulta de enfermagem constitui ferramenta importante para que o enfermeiro possa propor medidas intervencionistas e de educação em saúde nas comunidades, ambulatorios e outras instituições em que o mesmo atua (COSTA *et al.*, 2012).

Com a aprovação da nova lei do exercício profissional (7.498/86), a consulta de enfermagem foi legitimada como atividade privativa do enfermeiro, possibilitando a sua atuação nos contextos intra e extra hospitalar, com o propósito da educação em saúde (COSTA *et al.*, 2012).

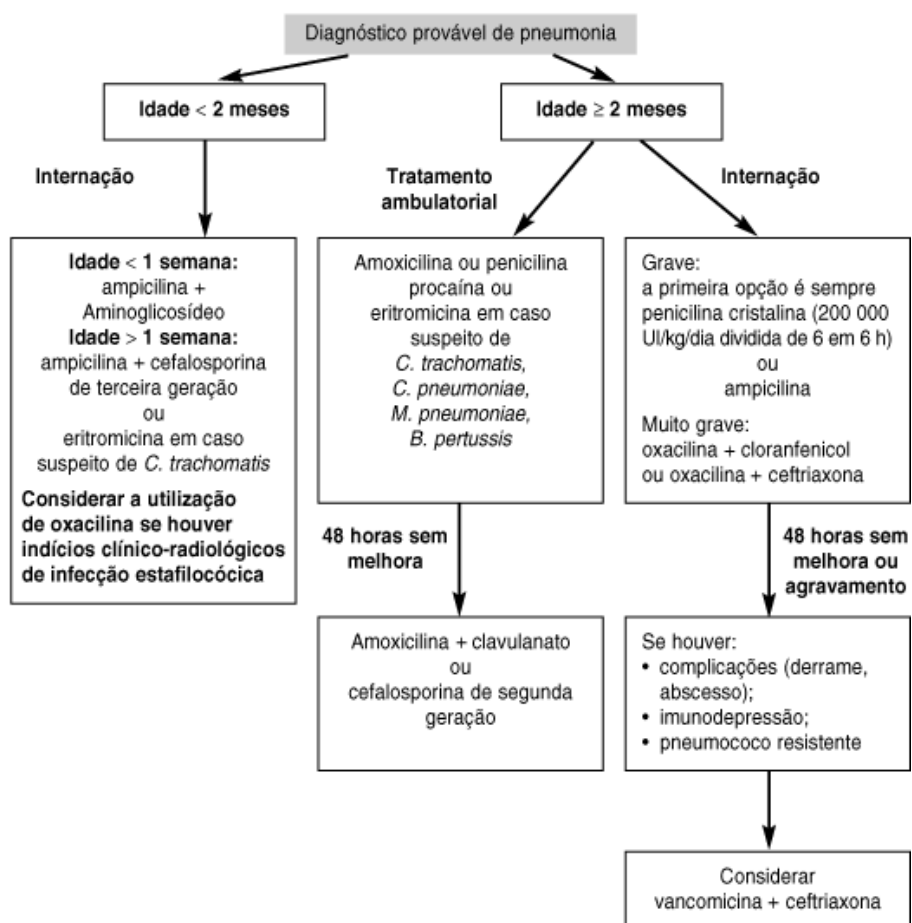
Ainda segundo a Resolução COFEN no. 195/1997 em seu Art. 1º resolve: “O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares, quando no exercício de suas atividades profissionais”, em atividades do setor público de saúde, contempladas em manuais e/ou protocolos instituídos pelos municípios (COSTA *et al.*, 2012). Ao longo dos anos, com a necessidade da ampliação do atendimento da Atenção Básica, foram elaboradas propostas de treinamentos e capacitações clínicas voltadas para enfermeiros em todo o mundo, com o objetivo de ampliar o acesso às consultas e exames (HIGUCHI *et al.*, 2011).

À exemplo da incorporação de mecanismos para a ampliação de consultas, exames e prescrições em locais com escassez de profissionais médicos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem sua origem na África, visando a ampliação do atendimento às crianças vítimas da guerra civil na ocasião, que sofriam de problemas como diarreia, desnutrição, entre outros agravos de saúde (HIGUCHI *et al.*, 2011).

No Brasil, o AIDPI passa a ser incorporado aos serviços de saúde pública a partir de 1996, através de treinamento e capacitação para os enfermeiros egressos da Escola de Enfermagem da USP, sendo considerada ferramenta importante na atenção à saúde infantil, com consultas, exames e prescrições realizadas por enfermeiros para crianças de zero a cinco anos de idade (HIGUCHI *et al.*, 2011). A iniciativa de implantação da estratégia teve como objetivo reduzir a mortalidade infantil na região norte e nordeste do Brasil, com oferta de profissionais qualificados para os atendimentos às crianças (HIGUCHI *et al.*, 2011).

O AIDPI apresenta em seu manual um conjunto de critérios simplificados para avaliar, classificar e tratar as doenças prevalentes nas crianças, e apresenta estrutura em forma de árvores decisórias (Figura 07), com sinais e sintomas identificados através da anamnese e exame físico do enfermeiro, com indicativos do nível de complexidade do quadro clínico possibilitando a tomada de decisão (HIGUCHI *et al.*, 2011).

Figura 07: Algoritmo para tratamento antimicrobiano inicial para crianças com pneumonia comunitária (AIDPI).



Fonte: (MACHADO; ANDRES, 2021).

A figura 07 apresenta o algoritmo sugerido pela cartilha do AIDPI para casos de pneumonia comunitária em crianças de zero a cinco anos, sendo aplicada por profissionais enfermeiros capacitados e com competências e habilidades para a realização da consulta de enfermagem, com seu registro em conselho de enfermagem do país ativo.

A conduta do enfermeiro está relacionada desde o acolhimento da família e da criança, passando pelas etapas sistemáticas da consulta de enfermagem (que serão descritas mais adiante deste capítulo) e prescrição medicamentosa prevista no algoritmo descrito no manual do AIDPI (HIGUCHI *et al.*, 2011).

Além dos casos de pneumonia, o AIDPI inclui tratamento para doenças diarreicas, desnutrição, infecção ouvidos, desidratação, infecções respiratórias. Ainda há muito que se caminhar no sentido da aplicação dos algoritmos, pois a implantação de estratégias como esta estão estreitamente ligadas à melhoria na formação dos enfermeiros e na pactuação política dos municípios e regiões para a ampliação dos sistemas de saúde (HIGUCHI *et al.*, 2011; NASCIMENTO-CARVALHO; SOUZA-MARQUES, 2004).

A partir de parecer CFM n. 27/ 2015 do Conselho Federal de Medicina elaborado em 2015, o enfermeiro não pode solicitar exames de rotina ou complementares e somente pode prescrever medicamentos previamente estabelecidos nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (CFM, 2015).

Ainda segundo o Conselho Federal de Medicina (2015):

A prescrição está entre as ações descritas para serem realizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e pelo Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), se feitas em conformidade com o preconizado no Manual de Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para o Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde (Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS).

Sendo assim, o profissional enfermeiro pode desenvolver dentro da legalidade no âmbito profissional consultas e prescrições previstas nos manuais do Ministério da Saúde (MS) relacionados à saúde da criança, bem como nos manuais do MS relacionados à saúde da mulher, em conformidade com as normas previstas nos serviços de saúde (MACHADO; ANDRES, 2021).

Para as demais áreas de atuação clínica (doenças crônicas, dengue, doenças infecto contagiosas, saúde do trabalhador, planejamento familiar, gestação de baixo risco), o enfermeiro deve seguir as rotinas estabelecidas nos manuais da Atenção Básica

(Cadernos de Atenção Básica), que foram apresentados na unidade 2.2 deste capítulo (MACHADO; ANDRES, 2021).

Segundo Machado & Andres (2021), um obstáculo observado na aceitação por parte da população na consulta realizada pelo profissional enfermeiro não está centrado no fato do usuário não querer ser atendido pelo enfermeiro, mas sim de não compreender que os médicos e os enfermeiros desempenham diferentes papéis dentro do cuidado dispensado ao paciente e da importância que a consulta de enfermagem tem na manutenção da sua saúde.

A Lei do exercício profissional N.º 7498, de 25 de junho de 1986, artigo 11, inciso I, alínea “i”, legitima o enfermeiro para o pleno exercício dessa atividade, com o indivíduo, família e a comunidade, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou em consultório particular (COSTA *et al.*, 2014).

É no momento da consulta de enfermagem na Atenção Básica que problemas relativos à saúde do cliente, bem como os possíveis cuidados despendidos ao mesmo podem ser avaliados e direcionados pelo enfermeiro, permitindo-se promover educação em saúde, através da pactuação de ações entre as políticas de saúde, o profissional, o cliente, e muitas vezes a sua família e comunidade (TOSO, 2021).

É uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade (FERTONANI *et al.*, 2015).

Esta atividade envolve um processo de interação entre o profissional enfermeiro e o assistido, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano, no entanto, o desconhecimento em relação a sua importância limita seu potencial, uma vez que os profissionais que têm a chance de utilizá-la não o fazem, ou não compreendem a forma correta de lidar com esta poderosa ferramenta para a práxis do profissional de enfermagem (TOSO, 2021).

De acordo com Costa (2012), a consulta de enfermagem ainda se apresenta como importante ferramenta para condução da Atenção Básica no Brasil diante do contexto de saúde dos pacientes, porém ainda é subvalorizada e subaproveitada em unidades de saúde, especialmente diante da potencialidade da Estratégia de Saúde da Família (COSTA *et al.*, 2012).

Dentro das atividades de atuação dos enfermeiros na AB, o plenário do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou a Resolução 679/2021, que permite a realização de ultrassonografia à beira do leito e no ambiente pré-hospitalar por enfermeiro. O exame já é normatizado para ser praticado por enfermeiro obstétrico em maternidades e outros locais de assistência à gestante, como auxílio na tomada de decisões rápidas e seguras (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016) .

A atividade de realização de ultrassonografia é privativa do profissional enfermeiro, que deve estar registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e ter capacitação específica em ultrassonografia. É vedada, porém, a emissão de laudo de ultrassonografia e a utilização para diagnóstico nosológico pelo enfermeiro (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente conforme as etapas de processo de enfermagem (AMARAL; SILVA, 2021).

Assegurada pela legislação de enfermagem, a consulta de enfermagem deve ser repensada na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa aprimorar e assegurar os princípios do Sistema Único de Saúde (SAPAROLLI; ADAMI, 2007). A aplicação desta estratégia possibilita reorganizar a Atenção Básica para desenvolver áreas de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade; identificar precocemente a necessidade de tratamento das doenças, por meio da atuação de equipes de saúde com caráter multiprofissional, capacitadas tecnicamente a prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

O profissional de enfermagem atuante na ESF deve estar atento às necessidades não só do indivíduo assistido, mas também a comunidade que ele vive tendo em vista que o atendimento deve atender aos princípios do SUS (COSTA *et al.*, 2012). As equipes que atuam na Atenção Básica, segundo portaria do Ministério da Saúde, podem realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrever medicações, conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas (AMARAL; SILVA, 2021).

A implementação da ESF promoveu o avanço da implantação da consulta de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, devido à contratação de maior número de enfermeiros que realizam esta atividade, de forma contínua aos usuários destas unidades,

constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família (FERTONANI *et al.*, 2015).

Esta prática assistencial, inserida no processo do trabalho coletivo em saúde, possibilita diagnosticar necessidades de saúde, prescrever e prestar cuidados de enfermagem resolutivos e qualificados (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

A consulta de enfermagem, especialmente na ESF, integrada aos Programas de Saúde locais, habitualmente intercalada com a consulta médica, segundo cronogramas de atendimentos pré-estabelecidos, contribuem para a melhoria da qualidade da assistência prestada, com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde da população (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

Dentro do escopo de atuação privativa do enfermeiro nas consultas de enfermagem, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) divulgou uma nota de esclarecimento sobre a competência dos profissionais de enfermagem para prescreverem medicamentos antimicrobianos (MACHADO; ANDRES, 2021). A norma em vigor que dispõe sobre o controle de medicamentos antimicrobianos de uso sob prescrição é a RDC nº 20/2011, que substituiu todas as normas anteriores que abrangiam o tema e revogou a RDC nº 44/2010. No capítulo II da atual norma, está previsto que a prescrição dos medicamentos abrangidos pela resolução deverá ser realizada por profissionais legalmente habilitados (MACHADO; ANDRES, 2021).

Desta forma, o entendimento da Anvisa é que, conforme a Lei Nº 7498/86, os profissionais enfermeiros devidamente habilitados poderão prescrever os medicamentos antimicrobianos quando estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, à exemplo da estrutura do AIDPI apresentada anteriormente, somente nos setores públicos de saúde (MACHADO; ANDRES, 2021).

Na AB a relação multiprofissional é de extrema importância para o sucesso das ações, eficácia dos tratamentos, vínculo da população com conseqüente aceitação positiva dos equipamentos de saúde para assistência e resolução dos casos de menor complexidade, bem como encaminhamento das necessidades de maior complexidade (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

A atuação do profissional médico está centrada no diagnóstico clínico, voltado com maior frequência para a doença, já os enfermeiros, tem o foco nos diagnósticos de cuidado, conduzindo o manejo clínico das doenças, com foco na integralidade das ações (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Ambos os profissionais, bem como toda a equipe multiprofissional que orienta as estratégias da AB tem como objetivo final a prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, portanto, a atuação deve ser de continuidade, comunicação e de intercâmbio das ações, sejam elas para grupos populacionais ou demandas clínicas específicas (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Em ação civil pública movida pelo Conselho Federal de Medicina no ano de 2020, houve a tentativa de anular o aparato legal que garante, entre as competências privativas dos enfermeiros, a realização de consultas de Enfermagem, porém, no entendimento da justiça, o profissional enfermeiro apresenta competência técnica e legal, que asseguram a legalidade da consulta de enfermagem (MACHADO; ANDRES, 2021).

O respaldo técnico e legal para a realização da consulta de enfermagem é um direito do profissional enfermeiro, assegurado pela Lei 7.498/86, art. 11, inciso I, alínea “i”, pelo Decreto 94.406/87, art. 8º, inciso I, alínea “e”, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e normatizada pela Resolução COFEN 358/2009. A Resolução 568/2018 regulamenta a atuação dos consultórios, trazendo mais segurança aos profissionais (GARBUIO CAVALHEIRO, 2021).

Estudos realizados anteriormente (AMARAL; SILVA, 2021; BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; COSTA *et al.*, 2012; GARBUIO CAVALHEIRO, 2021) demonstram que a atuação do enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, melhora a adesão ao tratamento, acelera o restabelecimento do paciente e, acredita-se, diminui o custo final da assistência.

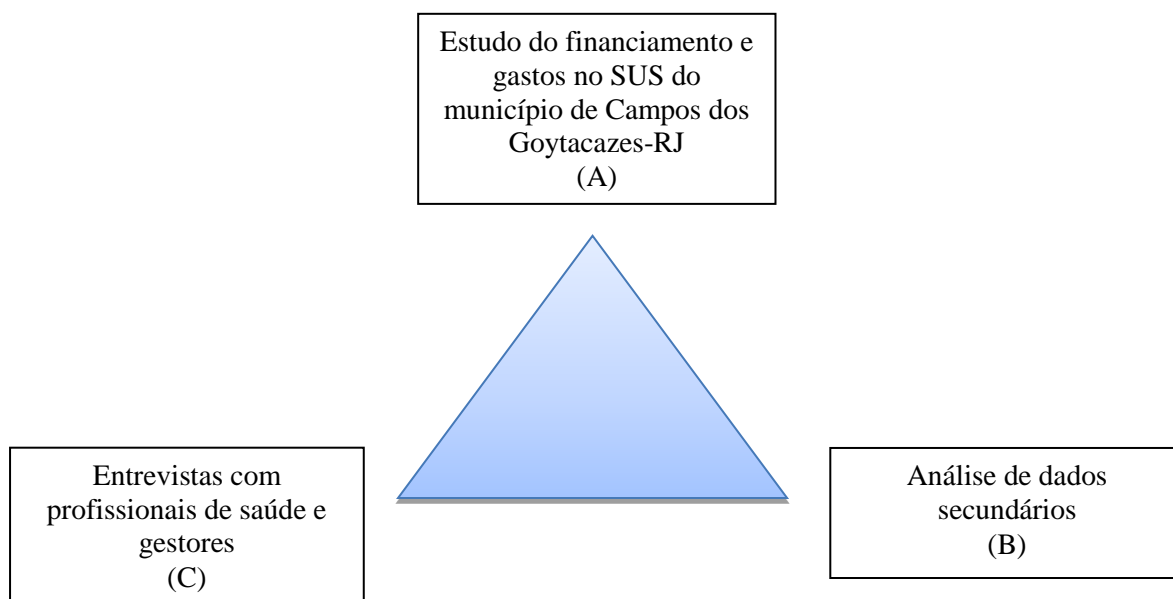
Capítulo 3

Ampliação do acesso à Atenção Básica através da consulta de enfermagem no município de Campos dos Goytacazes - RJ

3.1. Percursos metodológicos para o estudo da importância dos enfermeiros na ampliação do acesso à AB no município de Campos dos Goytacazes-RJ

A fim de propor maior atuação dos enfermeiros na garantia da ampliação das ações da Atenção Básica para a população, o estudo utilizou método de análise qualitativa e a coleta de dados se deu por meio de triangulação: estudo dos indicadores de financiamento e gasto no SUS do município de Campos dos Goytacazes –RJ dos últimos dez anos; análise de dados secundários envolvendo o empenho dos *royalties* municipais no financiamento das ações de saúde; dados relacionados ao envelhecimento populacional e indicadores que impactam diretamente na qualidade de acesso aos serviços de saúde do município pesquisado; além de entrevistas com profissionais e/ou gestores que pudessem atender aos questionamentos da pesquisa, conforme apresentado na figura 08.

Figura 08: Desenho esquemático da metodologia de triangulação.



A análise de dados por triangulação é uma técnica utilizada para verificar a validade e a confiabilidade dos dados coletados em uma pesquisa, por meio da comparação e da combinação de diferentes fontes de informação ou de diferentes métodos de coleta e análise. A triangulação pode ser realizada de diversas maneiras, como por exemplo: a triangulação de dados, utilizada nesta tese, que consiste na utilização de diferentes fontes de dados, tais como questionários, entrevistas, observações e análise de documentos, para analisar um mesmo fenômeno ou problema de pesquisa. A combinação desses dados permite uma melhor compreensão e validação dos resultados obtidos (MINAYO, 2010).

Para realizar uma análise de dados utilizando o método de triangulação, foi importante seguir alguns passos, como:

1. Definir o problema de pesquisa e as questões de pesquisa, compreendido neste estudo como a introdução da consulta de enfermagem na Atenção Básica, de modo a ampliar o acesso dos usuários aos serviços de baixa complexidade que se constituem em cerca de 85% dos problemas de saúde da população (MENDES, 2001).
2. Selecionar as fontes de dados e os métodos de coleta de dados adequados ao problema de pesquisa, através do estudo sobre financiamento e gastos no SUS do município de Campos dos Goytacazes-RJ, impactos das restrições orçamentárias e do envelhecimento populacional, abordados no capítulo 1 desta tese; atuação do enfermeiro diante da Política Nacional de Atenção Básica, abordada no capítulo 2; dados sobre a gestão da saúde sob a óptica dos *royalties* do petróleo no município de Campos dos Goytacazes – RJ e a influência do envelhecimento populacional na demanda de atendimentos da AB do município, ambos discutidos no capítulo 3; além disso, a realização de entrevistas com profissionais de saúde e gestores, apresentadas e discutidas no capítulo 4, a seguir.
3. Combinar os resultados obtidos em uma análise integrada, utilizando técnicas de síntese e de interpretação adequadas, como apresentados na figura 08, onde o item (A) foi apresentado ao longo do desenvolvimento do capítulo 1, o item (B) permeou a construção global do estudo e auxiliou na interpretação de diferentes fontes de dados, sendo utilizada como técnica nos capítulos 1, 2, 3 e 4 desta tese. Além do item (C), que será apresentado mais adiante no capítulo 4, de modo a auxiliar na interpretação da construção do tipo ideal de Weber,

uma técnica que permite a elaboração de um conceito ideal-típico de uma realidade empírica a partir da seleção e combinação de suas características mais relevantes (LÖWY, 2010).

Nesse sentido, é possível construir um tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem, com base nos seguintes elementos:

- I. Acesso facilitado: o tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem deve permitir que a população tenha acesso facilitado aos serviços de saúde, por meio de diferentes estratégias, como a ampliação dos horários de atendimento dos diferentes profissionais, a ampliação da estrutura física das unidades de saúde e o uso de tecnologias de informação e comunicação.
- II. Integralidade do cuidado: o tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem deve garantir a integralidade do cuidado, ou seja, a atenção às necessidades de saúde do indivíduo em sua totalidade, considerando as dimensões biopsicossociais e culturais.
- III. Enfoque na prevenção: o tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem deve ter um enfoque na prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio da realização de atividades educativas e preventivas que envolvam toda a comunidade.
- IV. Trabalho em equipe: o tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem deve estimular o trabalho em equipe e a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos e assistentes sociais, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças.
- V. Uso de tecnologias de saúde: o tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem, deve utilizar tecnologias de saúde que possam otimizar o processo de atendimento e aumentar a eficiência do serviço.

Com base nesses elementos, pode-se construir o tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem, como um modelo de atenção à saúde que valoriza o acesso facilitado, a integralidade do cuidado, o enfoque na prevenção, o trabalho em equipe e o uso de tecnologias de saúde. Esse modelo pode servir como referência para o planejamento e a implementação de políticas públicas e programas de

saúde que visem à promoção da saúde e ao atendimento de qualidade à população do município de Campos dos Goytacazes-RJ.

A história da investigação social encontra-se repleta de esforços para combinar, numa única investigação diferentes métodos de escolha e análise de informação. Nos últimos anos, têm surgido e sido discutidas diferentes formas de combinar metodologias, recorrendo a noções como as de “triangulação”, tratada por autores como MINAYO (2010), como um conceito central na integração metodológica.

O estudo do financiamento e gasto no SUS do município de Campos dos Goytacazes-RJ foi realizado através de entrevistas com profissionais de saúde e/ou gestores, além de análise em fontes de dados secundárias, disponíveis nas plataformas digitais do município, estado e Governo Federal.

Nas entrevistas com profissionais de saúde e/ou gestores, foi utilizada a metodologia de análise do discurso, contemplando informações que pudessem elucidar tópicos como: fortalecimento, descentralização e centralidade dos eixos de atenção à saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ.

A análise da dinâmica do envelhecimento populacional do município de Campos dos Goytacazes-RJ, e seus impactos e desdobramentos, demonstrou-se um forte fator na relação assistencial do SUS municipal, somando informações para a análise global dos impactos da crise econômica para o município.

Metodologicamente, encontramos em WEBER (2003) definições claras a respeito da coleta de dados empíricos. O ato de recortar um elemento da realidade e examiná-lo já implica numa certa perspectiva, uma escolha, um relacionamento com valores, ideologias ou visões de mundo. Os tipos ideais (metodologia utilizada por Max Weber para definir o modelo ideal) cumpririam duas funções principais: selecionar explicitamente a dimensão do objeto em análise e apresentar essa dimensão de uma forma pura, despida de suas nuances concretas. Nas palavras de LÖWY (2010: 64):

Para Max Weber, o tipo ideal é um instrumento para estudar a realidade. Sua construção do tipo ideal se faz a partir de uma relação de valores, é a relação a valores que vai fornecer os critérios, as motivações para a construção do tipo ideal.

Para Max Weber, o tipo ideal é um instrumento para estudar a realidade. Sua construção do tipo ideal se faz a partir de uma relação de valores, é a relação a valores que vai fornecer os critérios, as motivações para a construção do tipo ideal. No sentido de

compreender a causa de fatos, de acordo com uma análise Weberiana, ou seja, a explicação dos fenômenos a partir da interpretação do sentido das ações dos sujeitos e da análise das implicações, intencionais ou não, dessas ações supõe a utilização de três principais recursos metodológicos:

a) os tipos ideais, que permitem isolar artificialmente dimensões da realidade empírica e avaliá-las, em maior ou menor grau, em diversas configurações concretas;

b) o tipo ideal de ação racional, que forneceria uma espécie de padrão previsível de comportamento a partir do qual se podem identificar desvios;

c) a noção de possibilidade objetiva, que permite avaliar o peso relativo de várias causas possíveis na determinação de um acontecimento.

Uma análise weberiana sobre a ampliação do acesso aos serviços de saúde através da consulta de enfermagem na AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ pode ser realizada utilizando os tipos ideais, em sua totalidade pelos três recursos metodológicos acima apresentados, com maior ênfase ao item (a), que segundo LÖWY (2010): “*permite isolar artificialmente dimensões da realidade empírica e avaliá-las, em maior ou menor grau, em diversas configurações concretas*”. Nesse sentido, é possível identificar alguns pontos de interesse da perspectiva weberiana sobre a ampliação do acesso aos serviços de saúde por meio da implementação da consulta de enfermagem na AB do município, tais como:

- I. A relação entre o acesso aos serviços de saúde e a burocracia: a partir da perspectiva weberiana, é possível analisar como a ampliação do acesso aos serviços de saúde através da consulta de enfermagem na AB pode ser afetada pela burocratização dos serviços de saúde. De acordo com Weber, a burocracia pode trazer benefícios em termos de eficiência, mas também pode levar a um excesso de formalismo e rigidez, o que pode dificultar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Assim, torna-se importante avaliar como a ampliação do acesso aos serviços de saúde pode ser realizada sem burocratizar excessivamente os serviços de saúde, garantindo a eficiência e a eficácia do atendimento.
- II. O papel da racionalização no acesso aos serviços de saúde: a perspectiva weberiana pode ser utilizada para avaliar como a racionalização pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde através da consulta de enfermagem na AB. Segundo Weber, a racionalização pode trazer benefícios em termos de eficiência, mas também pode levar a uma

padronização excessiva dos serviços de saúde, o que pode afetar a qualidade do atendimento e a capacidade dos profissionais de saúde em lidar com as particularidades de cada caso. Assim, é importante avaliar como a racionalização pode ser utilizada de forma adequada para ampliar o acesso aos serviços de saúde sem comprometer a qualidade do atendimento.

- III. A relação entre o acesso aos serviços de saúde e a desigualdade social: a perspectiva weberiana pode ser utilizada para analisar como a ampliação do acesso aos serviços de saúde através da consulta de enfermagem na AB pode contribuir para reduzir as desigualdades sociais em saúde. Segundo Weber, a sociedade é marcada por desigualdades sociais, e o acesso aos serviços de saúde não é uma exceção a essa regra. Assim, é importante avaliar como a ampliação do acesso aos serviços de saúde pode ser utilizada como uma estratégia para reduzir as desigualdades sociais em saúde, garantindo o acesso aos serviços de saúde para todos, independentemente de sua posição social.
- IV. A relação entre o acesso aos serviços de saúde e a participação popular: a perspectiva weberiana pode ser utilizada para avaliar como a ampliação do acesso aos serviços de saúde através da consulta de enfermagem na AB pode contribuir para aumentar a participação popular na gestão dos serviços de saúde. Segundo Weber (2003), a participação popular é uma das características fundamentais da democracia, e é importante que a população tenha voz ativa na definição das políticas públicas e na gestão dos serviços de saúde.

Evidenciando o emprego dos tipos ideais por WEBER (2003), as características sociológicas de um evento poderiam ser definidas em função da probabilidade de que se repetem certas ações típicas, do ponto de vista do seu sentido, que, supostamente, estão envolvidas e, inclusive, são as responsáveis pela existência de fenômenos macrossociais. Weber (2003) afirma que a Ciência Social que ele pretende exercitar é uma “Ciência da Realidade”, voltada para a compreensão da significação cultural atual dos fenômenos e para o entendimento de sua origem histórica.

O termo “Ciência da Realidade”, tal como utilizado por Weber, aponta, na verdade, para uma concepção específica do objeto e do método das Ciências Sociais, aqui

tratado como “Qualificação e ampliação do acesso à Atenção Básica no município de Campos dos Goytacazes-RJ”.

No sentido da qualificação e ampliação, o envelhecimento populacional passa a ser um fenômeno global e preocupante, que vem ocorrendo nas últimas décadas, representando um grande desafio para os sistemas de saúde. Com o aumento da expectativa de vida, a proporção de idosos na população tem crescido em todo o mundo, o que tem impactado diretamente no aumento dos gastos com saúde.

No município de Campos dos Goytacazes-RJ, esse cenário não é diferente. O envelhecimento populacional tem se tornado cada vez mais evidente, e isso tem gerado um aumento no gasto com saúde. No entanto, é importante ressaltar que nem sempre esse gasto é bem direcionado, e muitas vezes ocorre um desperdício de recursos.

Nesse sentido, os enfermeiros podem contribuir de maneira significativa para melhorar a atenção básica sem expandir demasiadamente os gastos. Através de uma atuação mais qualificada e eficiente, é possível prevenir doenças e evitar o agravamento de quadros de saúde, o que pode reduzir a necessidade de internações hospitalares e procedimentos caros. Portanto, é importante ressaltar que não se considera neste estudo a economia de recursos financeiros com a remuneração dos profissionais enfermeiros que poderiam substituir o trabalho de médicos, mas sim na redução significativa de procedimentos de alto custo nos níveis mais avançados de atenção à saúde.

Além disso, os enfermeiros podem atuar com bastante propriedade na promoção da saúde e na prevenção de doenças, através de atividades como campanhas de vacinação, orientação sobre hábitos saudáveis de vida, e acompanhamento regular de pacientes com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, sendo atividades muito exploradas nas graduações de enfermagem, conforme será apresentado no capítulo 4. Isso pode contribuir para a redução dos gastos com saúde a longo prazo, já que a prevenção é sempre mais eficiente e econômica do que o tratamento de doenças já estabelecidas.

É importante ressaltar que a atuação dos enfermeiros na Atenção Básica pode contribuir para melhorar a qualidade de vida da população idosa, evitando internações e procedimentos invasivos desnecessários. Com uma AB mais qualificada e eficiente, é possível garantir um atendimento mais humanizado e individualizado, o que pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir os gastos com saúde.

A primeira premissa do modelo epistemológico Weberiano é, portanto, a do caráter inexorável da referência do conhecimento a valores e interesses. Não existiriam

problemas ou objetos que seriam intrinsecamente relevantes para o conhecimento humano (WEBER, 2003).

De uma forma ou de outra, o sujeito/usuário sempre partiria de um conjunto específico de referências e pressupostos culturalmente definidos. É uma questão secundária o fato de que se trate de um sistema ético, de um conjunto de postulados metafísicos, de um modelo teórico ou de um conjunto de crenças e interesses religiosos ou econômicos. Em todos esses casos, a situação seria, basicamente, a mesma, um conjunto de perspectivas ou referenciais subjetivos que orientam os investigadores nas atividades do conhecimento. A segunda premissa fundamental seria a de que essas referências não poderiam jamais ser validadas e nem mesmo hierarquizadas segundo critérios que pudessem ser chamados de objetivos. A adesão a determinados valores ou a uma visão de mundo específica seria, em última instância, uma questão de fé (WEBER, 2003).

Uma vez construído um tipo ideal, aqui traduzido como a participação ativa dos profissionais enfermeiros nas ações da Atenção Básica, incluindo as consultas de enfermagem nos diferentes Programas de Saúde, ampliando o acesso, melhorando os níveis de saúde da população, e equilibrando os custos em saúde, contribuindo para o equilíbrio do financiamento, com valorização profissional, formula-se perguntas a partir de seus valores, formula-se a problemática, porém, a resposta que deve ser dada às perguntas deve ser científica, neutra, livre de juízos de valor, aceitável para todos os cientistas (LOWY, 2010).

Neste terceiro capítulo da tese, intitulado “Ampliação do acesso à Atenção Básica através da consulta de enfermagem no município de Campos dos Goytacazes – RJ”, além do tipo de abordagem metodológica, acima apresentada, será discutido no item 3.2: a “Gestão e financiamento da saúde: implicações para a qualificação e ampliação do acesso à saúde em Campos dos Goytacazes – RJ” (abaixo), propondo uma análise da crise econômica da saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ, tendo por base o financiamento e o gasto do SUS.

No item 3.3, a tese analisa a fragilidade da saúde frente à enorme dependência orçamentária do município de Campos dos Goytacazes em relação aos recursos dos royalties de petróleo. A seção 3.4, por sua vez, faz uma avaliação da importância da ampliação da rede de Atenção Básica em função do envelhecimento da população do município. Com uma população idosa cada vez mais numerosa, é necessário investir em um atendimento mais qualificado e eficiente, capaz de prevenir e tratar doenças de forma

rápida e eficaz, evitando assim a necessidade de internações hospitalares e procedimentos de alto custo aos cofres públicos.

Além disso, a ampliação da rede de Atenção Básica também pode contribuir para melhorar a qualidade de vida da população idosa em Campos dos Goytacazes – RJ, oferecendo um atendimento mais humanizado e individualizado, que respeite as necessidades e particularidades de cada paciente. Isso pode contribuir para a redução do número de internações hospitalares e procedimentos invasivos desnecessários, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir os gastos com saúde.

Por fim, neste capítulo 3, no item 3.5, a tese apresenta uma análise da importância da “Formação profissional e as competências para a realização da consulta de enfermagem na Atenção Básica”, apontando para a importância de profissionais capacitados e preparados para realizar essa atividade (consulta de enfermagem) de forma segura, eficaz e humanizada. Na formação dos enfermeiros, é importante que sejam abordados conteúdos teóricos e práticos relacionados à consulta de enfermagem, tais como anamnese, exame físico, avaliação de sinais vitais, identificação de fatores de risco, entre outros. Além disso, é necessário que os profissionais tenham conhecimento sobre a legislação referente à saúde e aos direitos do paciente.

As competências para a realização da consulta de enfermagem na Atenção Básica em Campos dos Goytacazes-RJ, incluem a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com o paciente, a habilidade de coletar dados de forma precisa e completa, a capacidade de realizar diagnósticos de enfermagem, a habilidade de planejar e implementar ações de enfermagem, além da capacidade de avaliar resultados.

3. 2. Gestão e financiamento da saúde: implicações para a qualificação e ampliação do acesso à saúde em Campos dos Goytacazes – RJ

O Município de Campos dos Goytacazes-RJ está localizado na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, composto dos distritos de Santo Amaro, São Sebastião, Mussurepe, Travessão, Morangaba, Ibitioca, Dores de Macabu, Morro do Coco, Santo Eduardo, Serrinha, Tocos, Santa Maria e Vila Nova (IBGE, 2022).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Campos dos Goytacazes possuía 389.109 habitantes em 1991, passando, em 2000, para 406.279 habitantes, e em 2021 para 514.643 habitantes aproximadamente, com

uma população urbana estimada em 90%, o que evidencia a necessidade de ampliação da rede de atenção à saúde (IBGE, 2022).

Suas principais atividades econômicas são o cultivo e indústria da cana-de-açúcar, a pecuária (de corte e leiteira) e a pesca. No entanto, nas duas últimas décadas, a extração do álcool, gás e petróleo impulsionou a economia do município e região (SILVA, 2012). Outras atividades podem ser citadas, como o cultivo do arroz, feijão, milho, frutas, mandioca; a extração de mármore e granito; indústria de cerâmica, vestuário, doces, artefatos para construção civil, móveis, metal-mecânica e indústria de beneficiamento e produção de derivados de leite. Destaca-se também a prestação de serviços nas áreas de Educação e Saúde (SILVA, 2012).

Ainda segundo o IBGE (BRASIL/ IBGE 2023), o município se destaca no cenário político por abrigar a maior bacia petrolífera brasileira, a Bacia de Campos, representa polo de serviços e comércio e mais recentemente já apresenta características sociais diferenciadas devido à sua proximidade com o Complexo Industrial do Açú, que está localizado em São João da Barra/ RJ (divisa com Campos dos Goytacazes a leste).

O município possui dois grandes hospitais de referência regional, exclusivos para o Sistema Único de Saúde (SUS): Hospital Ferreira Machado, localizado à margem direita do Rio Paraíba do Sul, em área central do município; e o Hospital Geral de Guarus, localizado à margem esquerda do Rio Paraíba do Sul e em área periférica do município (BRASIL/ CNES, 2022).

Os dois hospitais referenciados estão sob administração municipal, através da Fundação Municipal de Saúde (FMS), e realizam atendimentos de nível secundário e terciário à saúde (assistência a grandes emergências, internações por diversas condições de doenças e procedimentos cirúrgicos), além do atendimento nas diversas especialidades médicas. Ambos contam ainda com leitos de UTI Geral e Pediátrica (BRASIL/ CNES, 2022).

A Gestão e financiamento da saúde em Campos dos Goytacazes – RJ têm implicações significativas para a qualificação e ampliação do acesso à saúde na região. Alguns elementos essenciais necessários neste contexto são (SIMÃO & ORELLANO, 2015):

1. Gestão descentralizada: a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) permite que os municípios tenham mais autonomia na administração dos recursos e serviços de saúde. Em Campos dos Goytacazes-RJ, essa gestão é feita pela Secretaria Municipal de Saúde.

2. Financiamento público: o financiamento da saúde em Campos dos Goytacazes é feito com recursos públicos provenientes do Orçamento Geral do Município e das transferências do governo federal, por meio do Fundo Nacional de Saúde, além dos valores de arrecadação dos *royalties* do petróleo, também empregados na saúde.
3. Investimento em infraestrutura: esses investimentos são importantes para garantir que a população tenha acesso a serviços de saúde próximos às suas residências.
4. Fortalecimento da atenção básica: a atenção básica é considerada a porta de entrada para o SUS e é fundamental para a prevenção e o tratamento de doenças. A qualificação dos profissionais que atuam na Atenção Básica e a ampliação do número de equipes de saúde da família são fatores essenciais para garantia de acesso à saúde.
5. Parcerias com entidades filantrópicas e privadas: Essas parcerias podem incluir a gestão compartilhada de unidades de saúde e a realização de convênios para a realização de exames e procedimentos.

Percebe-se, por um lado, no município de Campos dos Goytacazes-RJ, um congestionamento de atendimentos em Unidades de Emergência, e por outro lado, Unidades Básicas de Saúde em número insuficiente para acompanhar a demanda dos bairros e localidades, desfavorecendo a política de descentralização prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os atendimentos que inicialmente seriam sensíveis aos recursos de Nível Primário da Atenção são recebidos nas grandes emergências municipais, deslocando-se o foco da atenção (ALFRADIQUE, 2009).

Tais atendimentos que apresentam sensibilidade à AB, e podem ser orientados ou solucionados no nível básico de atenção à saúde, são conhecidos como Doenças Sensíveis à Atenção Primária (DSAP), referenciadas pela Lista Internacional de DSAP, e adaptadas à realidade brasileira através da Lista Nacional de DSAP, que dão origem às internações por condições sensíveis à Atenção Primária, conforme estudo de SILVA (2012), representado no gráfico 02 (abaixo).

Tal estudo realizou levantamento de doze meses de internações na Clínica Médica (adulto) dos hospitais Ferreira Machado e Hospital Geral de Guarus, ambos em Campos dos Goytacazes-RJ, através de sistema de informação digital (na ocasião do estudo o sistema era locado pela gestão municipal de saúde), considerando a causa da internação hospitalar em comparação com a Lista Nacional de DSAP (GIOVANELLA, 2009).

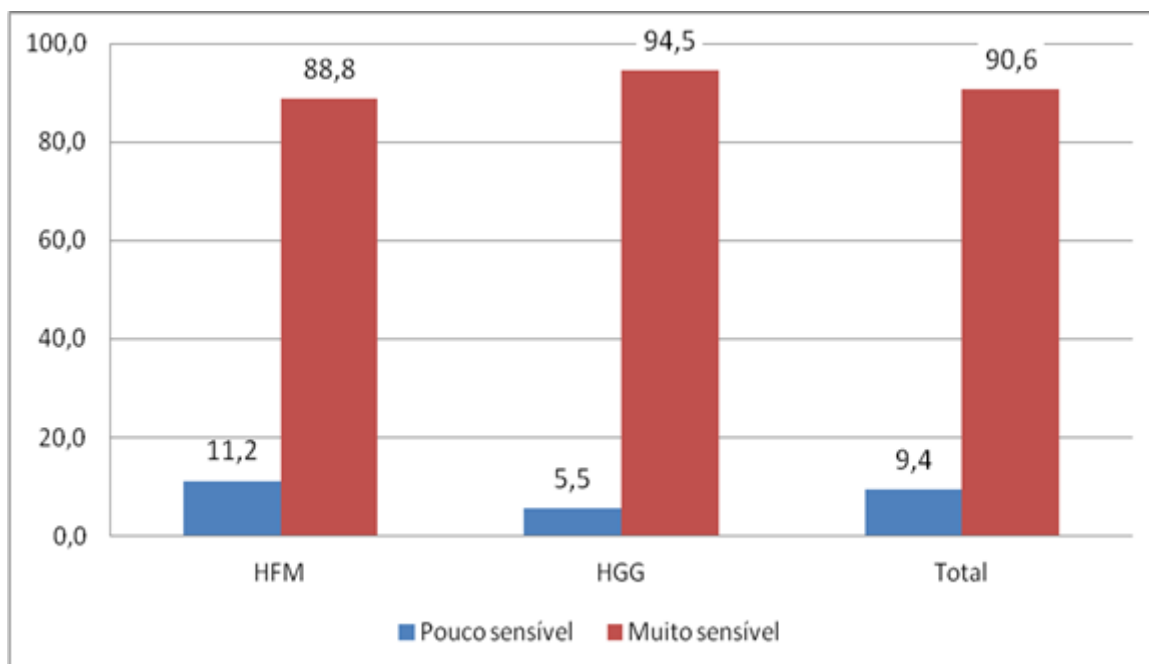
Entre os resultados apontados, evidenciou-se a importante média de 90,6% de internações por DSAP, o que nos revela a ineficiência resolutive da AB do município, embora o gerenciamento de recursos seja do tipo Gestão Plena (desde 2009), com alocação de recursos plenamente municipal e de acordo com a percepção da gestão pública de saúde (SILVA, 2012).

Neste sentido, destaca-se ainda que no ano de 2009, o município de Campos dos Goytacazes-RJ foi o município que mais arrecadou royalties do petróleo naquele ano, 27,5 milhões de reais, somente no mês de março, com projeções superiores, tendo em vista a descoberta de dois novos campos de produção petrolífera - Marlim Leste e Marlim Sul – (VASCONCELOS, 2009).

Logo, no ano de 2009, o município de Campos dos Goytacazes tem um incremento na arrecadação municipal em virtude do aumento na exploração do petróleo, somado ao fato de passar para Gestão Plena dos recursos de saúde no município, o que infere aos gestores municipais todas as escolhas de alocação de recursos nos diferentes níveis de complexidade da saúde (desde a Atenção Básica, até a Alta Complexidade) (SILVA, 2012).

O gráfico 02, elaborado com informações entre 2010 e 2011 aponta para escolhas da gestão pública em saúde pautadas em baixos investimentos na Atenção Básica, com consequente aumento na demanda hospitalar, marcada por alto índice de Internação por Doenças Sensíveis à Atenção Primária (IDSAP) – (GIOVANELLA, 2009).

Gráfico 02: Indicadores de sensibilidade dos grupos de doenças encontradas nas internações dos hospitais HFM e HGG de Campos dos Goytacazes/ RJ (2010/ 2011).



Fonte: (SILVA, 2012).

O gráfico 02 aponta o direcionamento das políticas municipais focadas em níveis de intervenção de maior complexidade, que necessitam de internação hospitalar, grande aparato de tecnologias, e conseqüentemente altos custos em relação à AB, revelados pelo dado de 90,6% das internações no HGG e HFM terem ocorrido por doenças muito sensíveis à AB (SILVA, 2012).

Os dados do Hospital Ferreira Machado, entre os anos de 2010 e 2011, sugerem que 88,8% dos diagnósticos da Clínica Médica foram de DSAP, já no Hospital Geral de Guarus, o total de internações por Doenças Sensíveis à Atenção Primária foi de 94,5%, e apenas 5,5% de doenças que demandariam, de fato, internação hospitalar sem prévio contato com a rede básica de saúde do município (SILVA, 2012).

Estudos recentes avaliando aspectos da estrutura, ações e serviços de saúde no trabalho da AB encontraram associação entre essas características e a redução da incidência de internações por condições sensíveis à atenção primária (CASTRO *et al.*, 2020; GARCIA *et al.*, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2009; MAEDA *et al.*, 2011).

No aspecto relacionado à oscilação da oferta de ações e serviços de saúde, o estudo realizado por Castro *et al.*, (2020) aponta que o horário de funcionamento das unidades de saúde e a disponibilidade de vacinas foram fatores de redução de internações por condições sensíveis na AB, demonstrando a necessidade de ampliação da oferta de ações

e serviços, que para serem realizadas, necessariamente precisam estar em consonância com a ampliação de recursos humanos qualificados (DIAS, 2009).

A participação na receita dos *royalties* pela exploração do Petróleo da Bacia de Campos representa um relevante direcionamento das ações de gestão pública dos serviços de saúde. Estudo recente da parceria entre UENF-Petrobrás-IBAMA apresenta série histórica entre os anos de 2012 e 2020 da receita em comparação com Macaé-RJ, município que também tem uma participação importante nesta receita e apresenta uma rede de saúde extensa e integrada, com uma Estratégia de Saúde da Família atuante, que garante ao menos, a descentralização das ações em saúde (TERRITÓRIOS DO PETRÓLEO, 2020).

A gestão e o financiamento da saúde são fundamentais para a qualificação e ampliação do acesso à saúde em Campos dos Goytacazes-RJ. A qualidade dos serviços de saúde prestados à população está diretamente relacionada à eficiência da gestão, que deve ser capaz de coordenar e integrar as diversas políticas e ações de saúde no município (PEREIRA & OLIVEIRA, 2018).

O financiamento adequado também é essencial para garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade e ampliação do acesso da população aos mesmos. Para isso, é preciso que haja investimentos em infraestrutura, equipamentos, recursos humanos e materiais, bem como na capacitação dos profissionais da área de saúde, com melhor aproveitamento da mão de obra instalada, que já está inserida no custo em saúde, não causando impacto relevante ao orçamento de saúde planejado (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

Para qualificar e ampliar o acesso à saúde em Campos dos Goytacazes-RJ, é necessário investir em políticas públicas que visem à prevenção e promoção da saúde, além do tratamento das doenças. É importante desenvolver programas de educação em saúde, campanhas de vacinação, programas de prevenção e controle de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e obesidade, entre outros, especialmente, as ações que estejam mais próximas da população, sendo estas, realizadas em sua maior parte via Atenção Básica (FRACOLLI & CASTRO, 2012).

A ampliação do acesso à saúde também passa pela descentralização dos serviços e pela criação de unidades de saúde nos bairros e distritos mais distantes da área central. Além disso, é importante investir em tecnologia leve (aquela que se refere à informação da população, executadas também em sua maioria na Atenção Básica) e inovação na área

da saúde, para garantir a eficiência e qualidade dos serviços prestados à população (LIMA *et al.*, 2018).

Por fim, é fundamental que haja transparência na gestão e no financiamento da saúde em Campos dos Goytacazes-RJ, com a participação ativa da sociedade na definição das políticas e ações de saúde no município. Dessa forma, pode ser possível garantir a efetividade das ações e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população (FRACOLLI & CASTRO, 2012).

3.3. Gestão da saúde sob a óptica dos *royalties* do petróleo no município de Campos dos Goytacazes – RJ

Os *royalties* do petróleo têm uma participação significativa na saúde do município de Campos dos Goytacazes-RJ, porque a cidade é um importante polo de exploração de petróleo no país, com a presença de diversas empresas do setor, como a Petrobrás. Os repasses das rendas de petróleo são compensações financeira pagas pelas empresas que exploram o petróleo na região, em virtude da utilização dos recursos naturais. Esses recursos são destinados aos estados e municípios produtores, com o objetivo de minimizar os impactos sociais e ambientais causados pela exploração (CARNICELLI & POSTALI, 2014).

No caso de Campos dos Goytacazes-RJ, a arrecadação de *royalties* do petróleo é uma das principais fontes de recursos para o município, e tem um impacto direto na área da saúde. Os recursos oriundos dos *royalties* são utilizados para financiar programas, projetos e ações na área da saúde, como a construção e manutenção de unidades de saúde, aquisição de equipamentos e insumos, capacitação de profissionais, entre outras iniciativas (MADUREIRA, 2016).

Com relação aos *royalties*, é interessante para a sua compreensão, uma breve introdução sobre a sua natureza, constituindo-se em receita indenizatória pela exploração de recursos naturais nos rios, lagos, mar territorial e plataforma continental das localidades onde existe petróleo. Essa indenização tem como objetivo compensar os danos ambientais que surgem e surgirão com a exploração. Todavia a sua natureza não se resume somente a esse aspecto indenizatório (MADUREIRA, 2016).

A função dos *royalties* também é compensatória para os estados e municípios produtores, pois estes não são autorizados a cobrar ICMS (Impostos de Circulação de Mercadorias e Serviços) do petróleo, gás, lubrificantes e produtos derivados quando do

envio para outras regiões. O ICMS seria normalmente cobrado na origem da operação de envio da mercadoria para o seu destino. Assim, por disposição constitucional (CF, 155, parágrafo segundo inciso X, alínea a), os estados produtores não podem cobrar o referido imposto, devendo assim receber as rendas de royalties e reparti-la com os seus municípios.

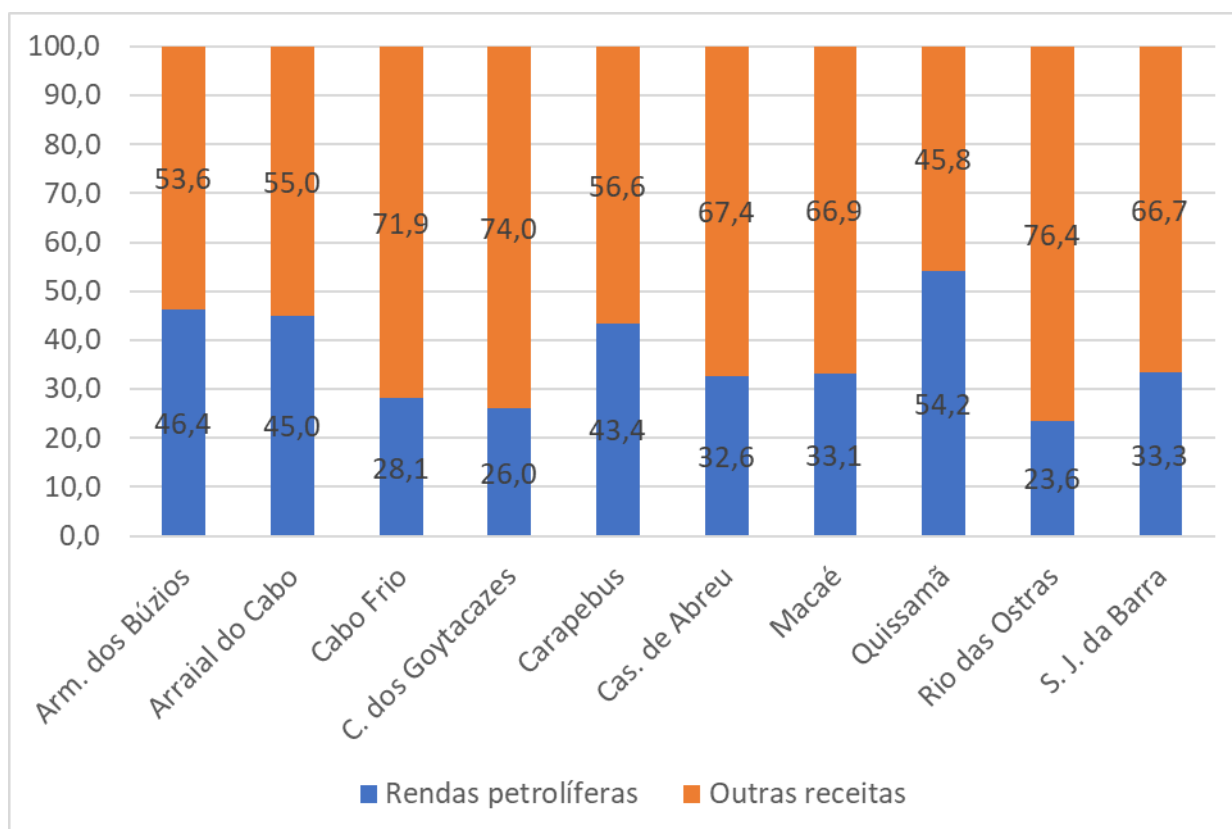
De acordo com a Lei nº 12.734/2012, que instituiu o novo regime de distribuição de *royalties* do petróleo no Brasil, a distribuição é feita da seguinte forma: 75% são destinados ao estado produtor de petróleo, que no caso do Rio de Janeiro, é o estado que mais produz petróleo no país. Dos 75% destinados ao estado produtor, 25% são destinados ao Fundo Especial do Petróleo (FEP), que é gerido pelo estado e utilizado para investimentos em áreas como educação, saúde, segurança pública e meio ambiente.

Os outros 50% dos *royalties* destinados ao estado produtor são divididos da seguinte forma: 33% são destinados aos municípios produtores de petróleo, de acordo com critérios como a produção e o impacto ambiental da atividade, por exemplo; e os outros 17% são destinados aos demais municípios do estado, de acordo com critérios como a extensão territorial e a população.

Dessa forma, os municípios produtores de petróleo do Rio de Janeiro recebem uma parcela maior dos *royalties* do que os municípios que não produzem petróleo, mas todos os municípios do estado recebem uma parte dos recursos provenientes desse recurso de arrecadação (CARNICELLI & POSTALI, 2014).

A figura 09 apresenta a participação percentual das rendas petrolíferas no total da Receita Corrente Líquida dos municípios fluminenses produtores de petróleo da região Norte Fluminense e região dos lagos, que participam da divisão dos *royalties* do petróleo produzido pela bacia de Campos, no ano de 2021. Os dados revelam uma enorme dependência do poder público local, mostrando que uma forte queda dos repasses de petróleo tende a atingir profundamente a sua arrecadação, prejudicando a prestação de serviços públicos para a população, particularmente em relação à saúde.

Figura 09: Participação percentual das rendas petrolíferas (*royalties* e participações especiais) na Receita Corrente Líquida dos municípios fluminenses produtores de petróleo na Bacia de Campos, em 2021.



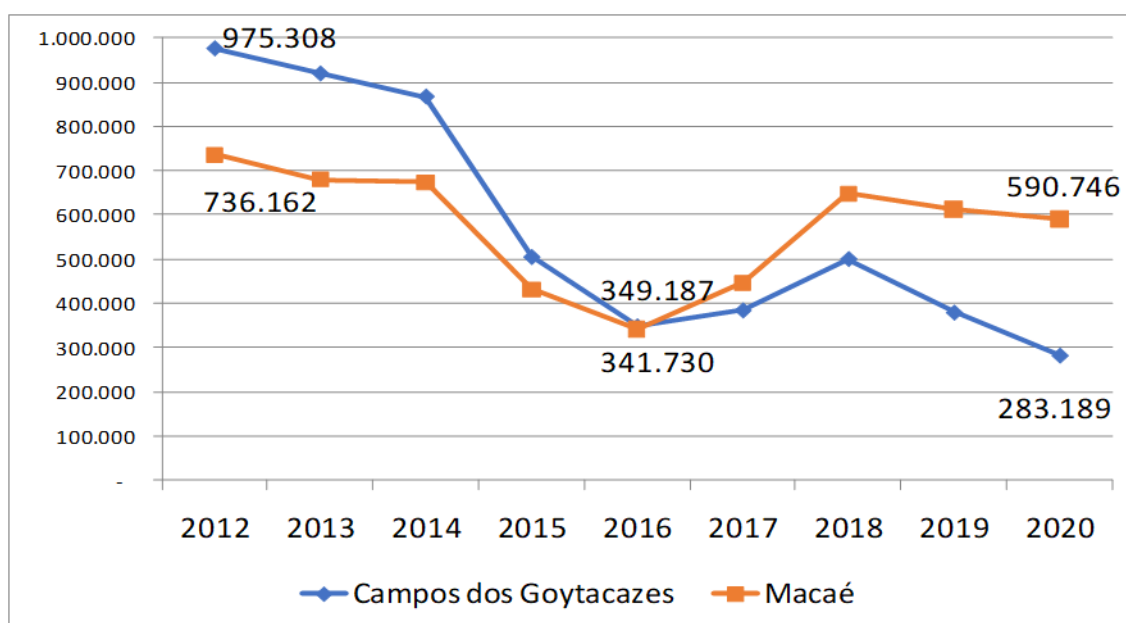
Fonte: (Territórios do Petróleo, 2020).

De acordo com a figura 09, acima apresentada, os municípios mais dependentes da receita dos *royalties* no ano de 2021 foram: Quissamã (54,2%), Armação de Búzios (46,4%), Arraial do Cabo (45%) e Carapebus (43,4%). Sendo os menos dependentes Campos dos Goytacazes (26%), Cabo Frio (28,1%) e Rios das Ostras (23,6%), que embora tenham as maiores parcelas de sua receita oriundas de outros impostos, por exemplo, impostos municipais e fundos de participação dos municípios, ainda assim têm grande dependência da produção de petróleo (SILVA, 2012).

Ainda assim, com a queda da arrecadação proveniente dos *royalties* do petróleo, o município de Campos dos Goytacazes-RJ, que é o maior produtor de petróleo do Brasil, ainda baseia 26% de sua receita nos *royalties*, destacando que esta arrecadação é variável e volátil, sofrendo consequências da exploração e valores de mercado, além de ser uma fonte não renovável, com consequências para a continuidade neste tipo de arrecadação (MADUREIRA, 2016).

Como a receita dos *royalties* pode variar significativamente de um ano para outro, conforme a figura 10 (abaixo), torna-se difícil planejar e manter um investimento consistente na saúde, podendo ocasionar cortes orçamentários e redução de investimentos em momentos de baixa receita (MADUREIRA, 2016). De acordo com a figura 10, entre os anos de 2012 e 2020 o município de Campos dos Goytacazes sofre uma importante queda na receita dos *royalties* do petróleo, indo da arrecadação de R\$975.308,00 para R\$283.189,00, com uma redução de cerca de 70% da arrecadação, bem menor do que a redução da receita de Macaé de aproximadamente 20%.

Figura 10: Evolução do valor real das receitas de royalties recebidas pelos municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé, de 2012 a 2020 (em R\$ 1.000).



Fonte: (Territórios do Petróleo, 2020).

Tendo nos *royalties* grande fonte de arrecadação para implementação de serviços de educação e saúde, como prevê a Lei Federal 12.258 de 2013, que vincula os gastos municipais de arrecadação petrolífera em 75% com educação e, 25% com saúde, torna-se fundamental a utilização de tal arrecadação para a correção de erro histórico ancorado na ausência de critérios para utilização de tais recursos financeiros anteriores à Lei (SMIDERLE; NEY, 2022). O problema é que a lei só vincula os recursos de royalties aos gastos com saúde e educação das receitas originárias de contratos realizados a partir de dezembro de 2012, e a totalidade da produção de petróleo e gás campista vem de contratos anteriores à data.

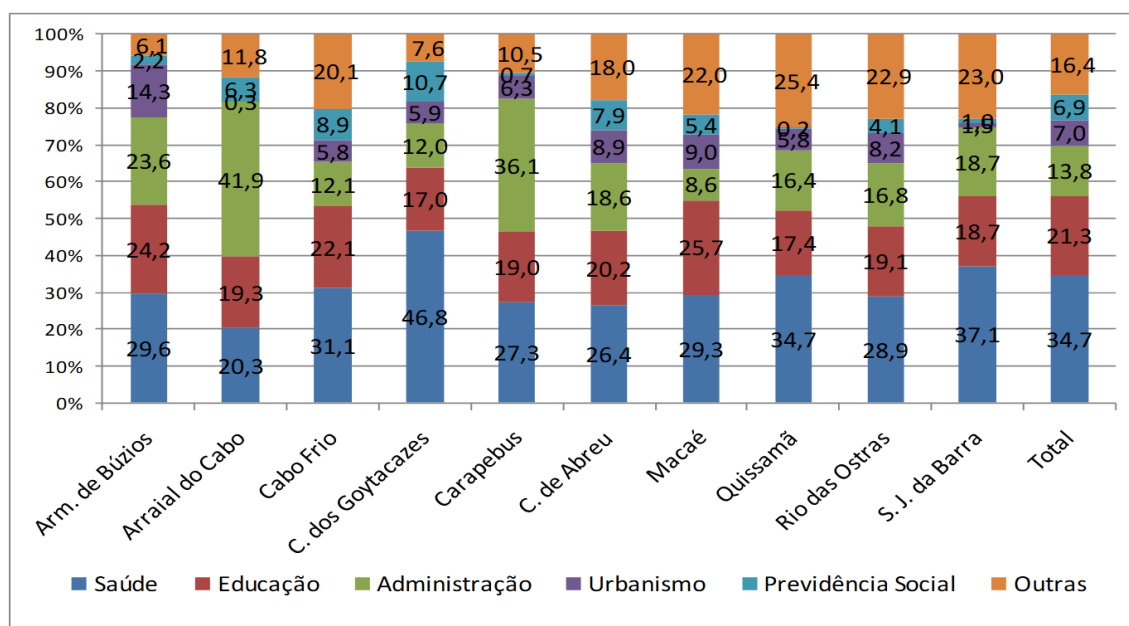
É necessário alertar que a receita dos *royalties* é sujeita a variações constantes, uma vez que o preço do barril de petróleo é condicionado a fatores de sua comercialização no mercado externo que implicam em grande variação de seu preço, ora com as receitas ascendentes, ora com receitas descendentes, assim a previsão de sua utilização deve ser baseada em critérios racionais, científicos e que priorizem a manutenção dos serviços públicos de maneira estável e contínua (BRASIL/IPEA, 2019).

Além disso, a dependência da receita dos *royalties* como fonte de arrecadação municipal, pode levar a uma falta de diversificação econômica na região, o que pode torná-la vulnerável a mudanças no mercado de petróleo, afetando negativamente a saúde financeira da região, reduzindo-se sua capacidade de investir na saúde (BRASIL/IPEA, 2019).

Outra questão é a priorização do investimento em saúde com base na receita dos *royalties*, que pode levar à negligência em outras áreas importantes, como educação, infraestrutura e desenvolvimento econômico em geral. Isso pode afetar negativamente a qualidade de vida dos moradores da região, bem como a capacidade de atrair investimentos e gerar empregos, retomando à uma cadeia de novos (ou antigos) problemas de saúde (CARNICELLI & POSTALI, 2014).

Em relação à dinâmica de despesas liquidadas em saúde do município de Campos dos Goytacazes, apresentamos dados obtidos no estudo realizado pelo Programa de Educação Ambiental Territórios do Petróleo da Bacia de Campos (Figura 10), uma parceria UENF-Petrobrás-IBAMA (2020). A figura 11 (abaixo) apresenta o percentual das cinco principais despesas por função no total das despesas liquidadas dos municípios no exercício de 2020. Especificamente nesta tese, vamos estabelecer relações entre necessidades e gastos em saúde que possam apresentar implicações na ampliação e acesso aos serviços de saúde a partir das despesas calculadas para o município de Campos dos Goytacazes, foco de nossa proposição.

Figura 11: Participação percentual das cinco principais despesas por função nas despesas liquidadas dos municípios fluminenses produtores de petróleo na Bacia de Campos (2020).



Fonte: (Territórios do Petróleo, 2020).

Do total de despesas do município de Campos dos Goytacazes no ano de 2020, 46,8% representaram despesas com a saúde (em todos os níveis de complexidade), enquanto as despesas de educação representaram, 17%, seguidas de 12% de gastos em administração, 10,7% em previdência social, 7,6% outras despesas e 5,9% em urbanismo. Nota-se que o gasto do município com saúde é bem maior do que o dos demais municípios. Em Macaé, por exemplo, segundo maior município da região, o gasto total com saúde não chega a 30% das despesas liquidadas.

Embora o município de Campos dos Goytacazes apresente maior contingente populacional entre os municípios apresentados, com 511.168 habitantes, seguido por Macaé com 261.501 habitantes e Cabo Frio com 230.378, e na análise comparativa, o gasto em saúde seja 20 pontos percentuais superior ao de Macaé, e 16% superior ao de Cabo Frio, a percepção é de uma visão da administração pública interessada em ampliar o aporte de recursos na saúde do município, mesmo com as oscilações orçamentárias e de forma desordenada (IBGE, 2020). Como o montante e a distribuição dos recursos financeiros são decisivos para a alocação de outros recursos no sistema de saúde, conhecê-lo é uma atividade essencial para compreender as prioridades dos governantes para a saúde (RATHE *et al.*, 2022).

As análises do desempenho orçamentário e financeiro das administrações públicas são úteis, pois permitem um amplo entendimento das prioridades de atuação governamental. Além disso, os orçamentos públicos explicam a alocação de recursos financeiros para financiar políticas, programas, bens e serviços e são, portanto, uma ferramenta para revelar as escolhas políticas dos governos (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

Outro fator que demonstra real necessidade de preocupação com o uso racional das receitas advindas dos *royalties* é o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4917, proposta pelo Governador do Rio de Janeiro em 2013, em face da Lei federal 12.734 - 2012, especificamente aos artigos 42-B, 42-C, 48, II, 49-A, 49-B, 49-C, 50, 50-B, 50-C, 50-D e 50-E. O referido dispositivo legal visa a redistribuição dos *royalties* entre os estados e municípios produtores e não produtores, com perda de arrecadação para os municípios produtores e incremento para os municípios não produtores (PLANALTO, 2021).

A citada Ação Direta de Inconstitucionalidade encontra-se no Supremo Tribunal Federal apta para julgamento, todavia a referida lei está com a sua vigência suspensa desde abril de 2013, em virtude de decisão liminar da Ministra Carmen Lúcia que acatou o pleito do Estado do Rio de Janeiro, que dentre outras razões, demonstrou que a divisão da maneira como estava sendo proposta, importaria em perda de receita para o estado do Rio de Janeiro, bem como para os municípios produtores no período compreendido entre 2013-2020, o valor de R\$ 27 bilhões de reais (PLANALTO, 2021).

Diante do quadro apresentado, o redimensionamento das políticas públicas de saúde deve ser repensado, sob um viés de eficiência-efetividade para a manutenção e continuidade de tais políticas, inseridas num contexto atual de baixa resolutividade e ausência de vínculo com os usuários (LIMA *et al.*, 2018).

Neste cenário, a implementação, com adequada qualificação, das consultas de enfermagem na Atenção Básica mostra-se como um caminho viável, na medida em que pode utilizar a capacidade instalada de recursos humanos para potencializar atendimentos e resolver grande parte dos problemas de baixa complexidade da população, evitando o agravamento de doenças, e conseqüentemente, a *hiper* utilização da rede hospitalar, o que demanda custos maiores em toda a cadeia da máquina pública (FRACOLLI & CASTRO, 2012).

Com base na Lei Federal nº 7.990/89, despesas municipais com o quadro de pessoal não podem ser custeadas com os recursos das compensações financeiras,

incluindo nestas compensações as receitas adquiridas pelos *royalties* do petróleo (CARNICELLI & POSTALI, 2014), o que demonstra a necessidade de qualificar as práticas de saúde através da potencialização dos recursos humanos já existentes, no sentido de implementar novas práticas, através da Atenção Básica, ampliando o acesso aos serviços de saúde.

A qualificação, implementação e fortalecimento da estratégia das consultas na Atenção Básica por enfermeiros mostra-se um caminho viável e recomendável. Com as ações focadas na qualificação profissional e valorização do capital humano, aqui defendidos através da implantação da consulta de enfermagem na Atenção Básica para ampliação do acesso às intervenções em saúde de baixa complexidade (SANTOS *et al.*, 2008).

Através de tal implantação, espera-se alcançar uma redução significativa no número de hospitalizações, com melhor controle dos custos em saúde, com eficiência das ações em saúde, e melhor alocação de recursos orçamentários para a novas contratações e melhoria da infraestrutura de trabalho (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

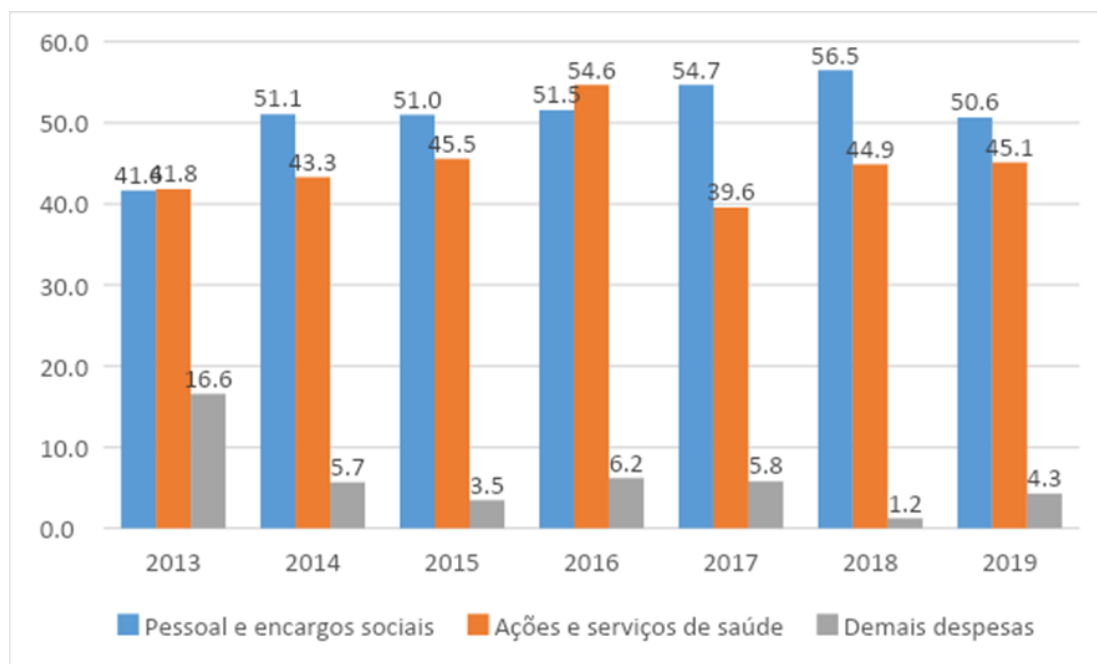
Tal proposta elaborada por este estudo, pretende demonstrar que a capacidade instalada de capital humano na rede municipal de saúde do município de Campos dos Goytacazes, uma vez qualificada, pode contribuir efetivamente para a ampliação do acesso à saúde, controle de custos e otimização de resultados que permitirá a prestação de melhores serviços, descongestionamento da rede hospitalar e valorização dos profissionais, especialmente os enfermeiros, com especial foco na Atenção Básica (SANTOS *et al.*, 2008).

Sendo a Atenção Básica considerada essencial para a organização do sistema de saúde e para promoção de saúde da população, atendendo mais de 80% das necessidades da população (MENDES, 2011), reduzindo a necessidade de internações hospitalares e diminuindo a carga de doenças incapacitantes da população, torna-se relevante fornecer à gestão municipal de Campos dos Goytacazes-RJ, subsídios científicos que norteiem novos direcionamentos para a gestão pública de saúde.

Na Atenção Básica (AB), o capital humano (recursos humanos) é a essência da capacidade produtiva, representando a maior densidade tecnológica disponível para atender às necessidades das pessoas. Considerando a responsabilidade social das finanças públicas, torna-se necessário o estudo e a análise de possibilidades concretas para a garantia constitucional das ações em saúde (MAEDA *et al.*, 2011).

Informações obtidas através do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em 2022, apresentam os gastos por tipo de despesa com a saúde no município de Campos dos Goytacazes (figura 12).

Figura 12: Participação especial dos tipos de despesas no total de gastos com saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ (2013 a 2019).



Fonte: (SIOPS, 2022).

Na figura 12, dados do SIOPS apresentam entre os anos de 2015 e 2018 uma variação positiva na ampliação de recursos para *Pessoal e encargos sociais* e para *Ações e serviços de saúde*, com redução no gasto com ações e serviços em 2017, seguida por redução em ambos setores entre 2018 e 2019, apresentando ainda aumento nos gastos com *Demais despesas* entre 2018 e 2019.

A despesa com *Pessoal e encargos sociais* no município de Campos dos Goytacazes-RJ (figura 12), sofre uma queda entre os anos de 2018 e 2019, passando de 56,5% para 50,6%, apesar do impacto do crescimento populacional, do aumento de doenças crônicas (hipertensão e diabetes, por exemplo), da crise econômica e do envelhecimento populacional (MAEDA *et al.*, 2011), o que pode inferir riscos para a qualidade e ampliação dos serviços públicos de saúde oferecidos pelo município.

Porém, ainda assim, a maior despesa em saúde no município, refere-se à despesa com recursos humanos (*Pessoal e Encargos sociais*), superando as *Ações e Serviços e Demais despesas* em praticamente toda a série histórica apresentada entre 2013-2019. Tal

fato demonstra que a capacidade instalada de recursos humanos pode ser melhor qualificada para alcançar maior capilaridade da rede de serviços de saúde através da AB.

Somado a esses fatores, a Lei de Responsabilidade Fiscal (artigos 18 a 23), delimita as despesas com pessoal por parte dos municípios em 60%, e por parte da União em 50%, o que permitiria um incremento de pessoal para ampliação dos atendimentos em saúde, uma vez que a contratação de pessoal não está associada aos *royalties* municipais que sofreram redução entre os anos (DIAS, 2009).

As práticas médicas contemporâneas vivem uma grande crise, pois enfrentam severas limitações para atender com eficácia às complexas necessidades de saúde de indivíduos e comunidades. Os serviços de saúde lutam para criar o que é essencial: o cuidado qualificado e ampliado (MAEDA *et al.*, 2011).

Decisões políticas e determinadas necessidades, como a formação de especialistas devidamente qualificados, interferem na gestão dos serviços para atender às necessidades de saúde, levando, por exemplo, à dispersão de esforços na produção do cuidado (MAEDA *et al.*, 2011).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Campos dos Goytacazes-RJ, está envelhecendo. Em 2010, a cidade tinha cerca de 463 mil habitantes, dos quais 8,8% tinham 65 anos ou mais. Já em 2021, a população estimada era de aproximadamente 499 mil habitantes, com a proporção de idosos aumentando para 11,6% (IBGE, 2022).

Além disso, a expectativa de vida ao nascer em Campos dos Goytacazes tem aumentado nos últimos anos. Em 2010, a média era de 71,7 anos. Já em 2021, a estimativa é de 75,3 anos. Isso significa que as pessoas estão vivendo mais tempo, o que contribui para o envelhecimento populacional da cidade (IBGE, 2022), o que demanda novas políticas de saúde para o enfrentamento de problemas crônicos de saúde, típicos do envelhecimento.

Essa mudança no perfil demográfico da população traz desafios para a cidade em áreas como saúde, previdência e assistência social, pois a demanda por serviços específicos para a terceira idade tende a aumentar (FERTONANI *et al.*, 2015).

3.4. A importância da ampliação da rede de Atenção Básica frente ao envelhecimento populacional no Brasil e em Campos dos Goytacazes - RJ

De acordo com o IBGE (2022), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, divulgada pelo IBGE.

Em 2019, o número de idosos no Brasil chegou a 32,9 milhões. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a tendência de envelhecimento da população vem se mantendo e o número de pessoas com mais de 60 anos no país já é superior ao de crianças com até 09 anos de idade (IBGE, 2023).

A pirâmide etária brasileira, que representa a distribuição da população por faixas etárias, é um importante indicador demográfico que pode influenciar a formulação de políticas públicas de saúde, especialmente aquelas relacionadas ao acesso a serviços de saúde. A relevância da pirâmide etária está relacionada às mudanças na estrutura populacional de um país, como o processo de envelhecimento populacional, que pode ter implicações significativas na demanda e nas necessidades de cuidados de saúde (SILVA *et al.*, 2014).

No caso do Brasil, a pirâmide etária tem passado por uma transição nos últimos anos, com um aumento na proporção de idosos e uma diminuição na proporção de jovens, resultando em uma população mais envelhecida. Isso tem implicações diretas nas políticas de saúde, uma vez que o envelhecimento populacional está associado a um maior risco de doenças crônicas e condições de saúde complexas, que requerem cuidados de saúde especializados (SILVA *et al.*, 2014).

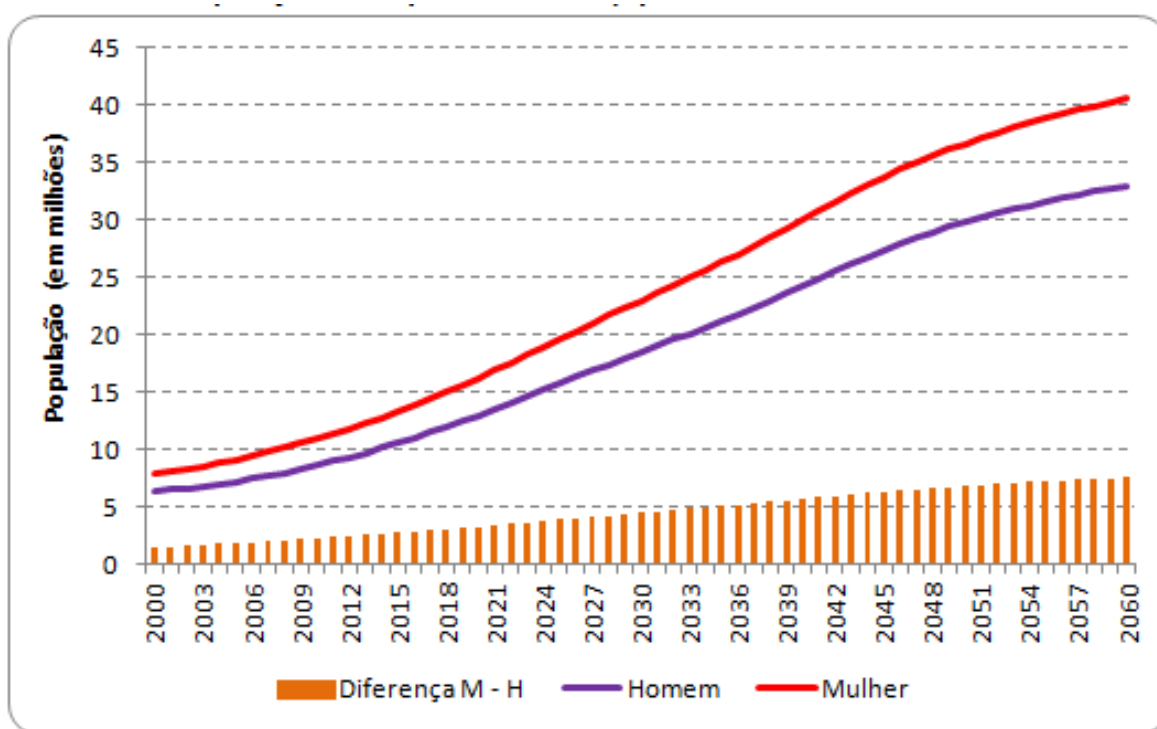
Dessa forma, a pirâmide etária brasileira pode influenciar a formulação de políticas públicas de saúde voltadas para a ampliação do acesso à população de diferentes maneiras, tais como: aumento de serviços de saúde voltados para o atendimento de doenças crônicas e cuidados geriátricos, como centros de referência para idosos e programas de atenção domiciliar; implementação de políticas de prevenção e promoção da saúde voltadas para a população idosa, como programas de vacinação, ações de promoção de hábitos saudáveis e prevenção de quedas (SILVA *et al.*, 2014).

Além disso, investimentos em políticas de saúde voltadas para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão,

doenças cardiovasculares e outras condições prevalentes na população idosa e fortalecimento da Atenção Básica em saúde, com ações de promoção, prevenção e cuidados integrados, visando garantir um atendimento mais abrangente e acessível à população em geral, incluindo os idosos (SILVA *et al.*, 2014).

De acordo com estudo populacional realizado pelo Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG no ano de 2016, o envelhecimento populacional é uma realidade indiscutível, com aumento significativo até o ano de 2060, além disso, os dados de projeção (figura 13), apontam para um número ainda maior de mulheres idosas, o que demandará políticas de saúde específicas para estes grupos populacionais (UFJF, 2016).

Figura 13: População idosa (60 anos ou mais) por sexo no Brasil 2000 – 2060.



Fonte: (UFJF, 2016).

A mudança na estrutura etária da população, com um aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais e um conseqüente aumento na proporção de idosos em relação à população total, é uma realidade (UFJF, 2016).

De acordo com a figura 13, em 2000, o número de idosos no Brasil era de 14,2 milhões (incluindo homens e mulheres), que correspondiam a 8,1% da população. As

estimativas apontam que, em 2040, esse número deve chegar a 54,2 milhões, o que corresponderá a 23,6% da população total brasileira. Esses dados apontam para um envelhecimento acelerado da população brasileira, com aumento no número de mulheres idosas superando o de homens idosos (UFJF, 2016).

Esse cenário apresenta uma série de desafios para as políticas públicas, especialmente no que se refere à saúde da população idosa. A população idosa é mais vulnerável a doenças crônicas e incapacidades físicas, o que demanda uma atenção especial por parte do sistema de saúde. Além disso, o envelhecimento populacional está associado a um aumento nos custos de saúde, em razão do aumento da demanda por serviços médicos e hospitalares (MAEDA *et al.*, 2011).

Para lidar com esses desafios, é necessário repensar as políticas públicas de saúde para garantir que a população idosa tenha acesso a cuidados de saúde de qualidade e de forma acessível. Isso inclui a melhoria da infraestrutura de saúde, com a ampliação do número de leitos hospitalares, a formação de mais profissionais de saúde e a oferta de serviços de saúde preventivos (MAEDA *et al.*, 2011).

De acordo com Silva *et al.* (2014), o envelhecimento da população brasileira é um fenômeno demográfico que tem ocorrido nas últimas décadas e que se caracteriza pelo aumento da proporção de pessoas idosas em relação à população mais jovem.

Esse processo é resultado de uma série de fatores, como o aumento da expectativa de vida, diminuição da taxa de fecundidade, a melhoria das condições de saúde e os avanços da medicina. O envelhecimento populacional produz uma série de desafios, tais o aumento da demanda por serviços de saúde, a necessidade de políticas públicas voltadas para a terceira idade, a garantia de previdência social e a adaptação do mercado de trabalho (SILVA *et al.*, 2014).

O envelhecimento da população também afeta a economia do país, uma vez que a população idosa tende a demandar mais recursos do estado, desde a manutenção da saúde, até questões relacionadas à previdência social, que devem estar na previsão orçamentária brasileira (BRASIL/IPEA, 2019).

Tal imperativo corrobora com a importância do debate sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde do SUS, tendo como elemento central a discussão sobre a qualificação e ampliação do acesso à AB, com importantes proposições para sua melhoria, tendo em vista uma política de saúde descentralizada, idealizada pelo Ministério da Saúde (MS), no momento em que se percebe uma contradição entre a prática vivenciada, através dos serviços de emergências superlotadas e de uma AB

marcada pela insuficiência de Programas como a Estratégia de Saúde da Família (SILVA, 2012).

A partir dos dados apresentados pelo IBGE referentes ao crescimento e envelhecimento populacional, ao arranjo político, econômico e de gestão da saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ, e, considerando as restrições orçamentárias que sobrecarregam cada vez mais o SUS, é imperativa a discussão da ampliação da resposta em saúde para os usuários do Serviço de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do município (SILVA, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2050, haverá 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo, o que representará um quinto da população mundial. No Brasil a estimativa é de que em 2030 alcançaremos 90 milhões de pessoas idosas. Acompanhando a tendência do país como um todo, os dados oficiais também mostram o envelhecimento da população do município de Campos dos Goytacazes, localizado na região Norte do estado do Rio de Janeiro.

O gráfico 03 apresenta o número de idosos em Campos dos Goytacazes-RJ entre 2021 e sua projeção para 2030, com evidências a partir da expectativa nacional de que seja cada vez menor o número de nascimentos, e cada vez maior o número de idosos, impactando sensivelmente na rede de serviços de saúde, desde a Atenção Básica até demandas de maior complexidade, que requerem maior alocação de recursos financeiros (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

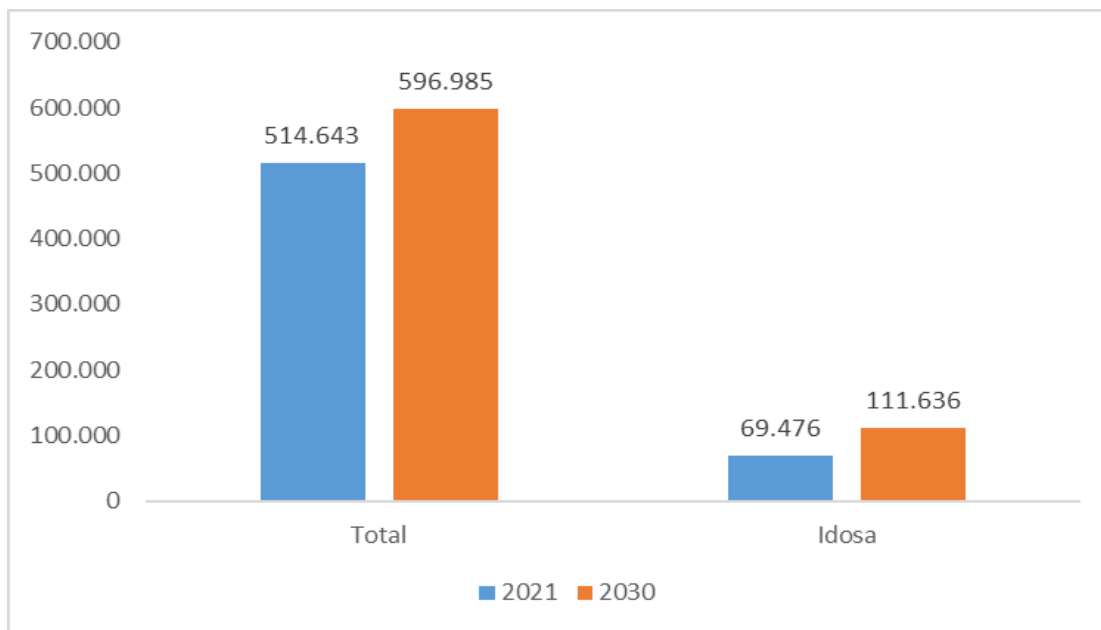
De acordo com as projeções populacionais mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de envelhecimento no Brasil está prevista para aumentar significativamente até 2030. Em 2020, a taxa de envelhecimento no Brasil era estimada em cerca de 13,5%, ou seja, aproximadamente 13,5% da população era composta por idosos. Já para 2030, a projeção é que essa taxa alcance cerca de 18,7%, o que representa um aumento considerável na proporção de idosos em relação à população total do país (IBGE, 2023).

Considerando-se o último censo demográfico do IBGE (2021), e seguindo as projeções brasileiras, Campos dos Goytacazes-RJ apresentou em 2021 uma população de 514.643 pessoas, com estimativa de 13,5% de idosos, o que totalizou 69.476 idosos. Já a estimativa para 2030 prevê um acréscimo da população brasileira de 1,88% a.a., e para a população idosa brasileira de 18,7% até 2030.

Seguindo a estimativa brasileira, o município de Campos dos Goytacazes-RJ contará em 2030, com uma população total de 596.985 pessoas (ver gráfico 3). Mantendo-

se a projeção de 18,7% de idosos, em 2030 teremos em Campos dos Goytacazes-RJ, um total de 111.636 idosos (IBGE, 2023).

Gráfico 03: População total x população idosa em Campos dos Goytacazes-RJ (2021-2030).



Fonte: Adaptação de (IBGE, 2023).

As inferências sobre o envelhecimento no município demonstram a relevância da implantação de novas políticas públicas de saúde para que o sistema de saúde possa suportar o atendimento a esta parcela da população, uma vez que a ausência de serviços preventivos poderá ocasionar assistências de alto custo em saúde (BRASIL/IPEA, 2019).

Ampliar o acesso à AB, através da consulta de enfermagem, é fundamental por várias razões, entre elas: o processo de envelhecimento populacional, com um aumento significativo na proporção de idosos na população, resultado do aumento da expectativa de vida e da diminuição da taxa de natalidade (BRASIL/IPEA, 2019). Com mais idosos na sociedade, é fundamental garantir um acesso adequado à saúde para atender às suas necessidades específicas e promover um envelhecimento saudável e com qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2014).

Além das necessidades específicas como: vulnerabilidade social, garantia do direito à saúde, impacto econômico. A garantia do acesso adequado à saúde pode ajudar a prevenir complicações e reduzir os custos associados aos cuidados de saúde, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo (SILVA *et al.*, 2014).

3.5. A formação profissional e as competências para a realização da consulta de enfermagem na Atenção Básica

A consulta de enfermagem na Atenção Básica é uma atividade essencial para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Para realizar a consulta de enfermagem na Atenção Básica em Campos dos Goytacazes-RJ, os profissionais de enfermagem precisam possuir uma formação adequada e desenvolver competências específicas (SANTOS *et al.*, 2008).

Algumas das competências necessárias para a realização da consulta de enfermagem na Atenção Básica são (MAGNAGO & PIERANTONI, 2020):

1. **Conhecimento técnico-científico:** Os profissionais de enfermagem precisam possuir um conhecimento aprofundado sobre as bases teóricas e científicas da enfermagem, incluindo anatomia, fisiologia, farmacologia, epidemiologia, saúde coletiva, entre outros. É fundamental compreender a fisiopatologia das doenças, identificar sinais e sintomas, realizar diagnósticos de enfermagem e planejar e implementar intervenções adequadas.
2. **Habilidades clínicas:** Os profissionais de enfermagem precisam desenvolver habilidades clínicas para a realização da consulta de enfermagem, incluindo a obtenção de histórico de saúde, o exame físico, a realização de procedimentos técnicos, como coleta de amostras para exames laboratoriais, administração de medicamentos, curativos, entre outros. É importante também saber interpretar exames e resultados de laboratório para auxiliar no diagnóstico e tratamento das condições de saúde.
3. **Abordagem humanizada:** A consulta de enfermagem na Atenção Básica deve ser realizada com uma abordagem humanizada, considerando as necessidades, expectativas e valores dos usuários do serviço. Os profissionais de enfermagem devem demonstrar empatia, escuta ativa, respeito e ética profissional, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e sua família.
4. **Educação em saúde:** Os profissionais de enfermagem devem ser capazes de realizar atividades de educação em saúde, orientando os pacientes e suas famílias sobre hábitos saudáveis, prevenção de doenças, autocuidado, uso adequado de medicamentos, entre outros temas relevantes para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

5. Trabalho em equipe: A Atenção Básica é uma estratégia de saúde que envolve uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais. É importante que os profissionais de enfermagem saibam trabalhar em equipe, colaborando com os demais membros da equipe na promoção da saúde dos usuários do serviço.
6. Conhecimento do sistema de saúde local: É essencial que os profissionais de enfermagem conheçam o sistema de saúde local, incluindo as diretrizes e protocolos estabelecidos para a Atenção Básica em Campos dos Goytacazes-RJ. Isso inclui o conhecimento sobre a organização dos serviços de saúde, as redes de atenção à saúde, as políticas de saúde vigentes e os recursos disponíveis na região.

Tais competências e habilidades estão previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em enfermagem, e são exigências básicas para a conclusão de um curso superior nesta área (MAGNAGO & PIERANTONI, 2020).

A semelhança do ciclo básico da enfermagem com o ciclo básico da graduação de medicina assegura ao enfermeiro graduado as habilidades mínimas para o manejo adequado das consultas na Atenção Básica, executando condutas de baixa complexidade, que podem minimizar o agravamento de doenças e evitar hospitalizações desnecessárias (FRACOLLI & CASTRO, 2012).

Fazendo inferência à formação de profissionais de saúde no ensino superior, o aumento do número de enfermeiros no Brasil supera o número de médicos, havendo desta forma mão de obra disponível para ser empregada em novos projetos que possam garantir saúde à população. De acordo com o Cadastro Nacional de Instituições de Saúde (CNES), o número de enfermeiros registrados no Brasil, regulamentados a partir de 1986, aumentou significativamente de 90.000, em 2007, para 230.000, em 2017 (VIACAVA *et al.*, 2018).

O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013 foi uma tentativa de suprir atendimento em saúde em áreas remotas do Brasil, especialmente na AB, incluindo o município de Campos dos Goytacazes, porém, resistências políticas, culturais e sociais fizeram com que o PMM sofresse alterações e, em 2018, Cuba encerrou o convênio com o Brasil, colocando cerca de 1.479 municípios brasileiros em risco, tendo em vista seus atendimentos de AB executados por médicos do PMM (BRASIL/IPEA, 2021).

Com a ausência de médicos no atendimento da AB, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu junto ao governo federal, entre os anos de 2020 e 2021, novas

formas contratuais para os médicos da AB, com remuneração inicial de R\$12 mil adicionados R\$ 3 mil ou R\$ 6 mil dependendo do local de atuação (BRASIL/IPEA, 2021).

Para médicos com formação em medicina de família e comunidade a remuneração estaria estabelecida por contratos via CLT, tendo como salário base R\$ 14 mil, com níveis de remuneração chegando a R\$ 30 mil após 3 anos de atuação, sendo gerenciado pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps), que ainda está em fase de implantação no Brasil (BRASIL/IPEA, 2021).

A média salarial base de um enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família no Brasil atualmente é de R\$ 4.815,00, podendo variar entre as regiões do país. Em Campos dos Goytacazes o salário médio base de um enfermeiro da AB é de R\$ 3.415,00, já os médicos têm salário em torno de R\$5.356,00 (As informações salariais foram obtidas através de consulta ao Fundo Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes em junho de 2022).

Já um médico que atue em média e alta complexidade tem uma média salarial de R\$ 9.500,00/ mês para atuar num plantão de 24 horas semanais, podendo desta forma ter outros vínculos para composição de renda. A diferença salarial e de carga horária fazem com que haja um esvaziamento de profissionais médicos da Atenção Básica, especialmente da Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista a carga horária de 40 horas semanais, que acaba impedindo a vinculação a outra fonte de renda durante a semana (Informações obtidas junto ao Fundo Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes em junho de 2022).

A implementação de políticas de ampliação do acesso pode influenciar diretamente na valorização e qualificação dos profissionais enfermeiros, otimizando substancialmente os recursos financeiros do município e ampliando acesso através do sistema orientador das ações de políticas públicas de saúde através da AB (BOUSQUAT, 2017).

A análise de dados permitiu contextualizar a crise econômica da saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ, tendo como elementos fundamentais a implementação dos *royalties* no orçamento da saúde municipal, o aumento na demanda dos usuários idosos, que passam a depender exclusivamente do SUS, explicitando a implantação das consultas de enfermagem como possíveis saídas para o enfrentamento da crise neste setor, ampliando a qualificação da oferta de serviços e conseqüentemente o acesso através da Atenção Básica.

No próximo capítulo (capítulo 4), será estudada a tipologia da infraestrutura e do acesso à Atenção Básica no município de Campos dos Goytacazes- RJ, analisando até que ponto ela pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida da sua população. Considera-se a Atenção Básica como porta de entrada do sistema de saúde, sendo fundamental que o acesso a esse serviço seja facilitado e que haja uma infraestrutura adequada para a realização das atividades de saúde.

Será discutido ainda no capítulo 4, a qualificação da prática clínica do enfermeiro como forma de ampliação do acesso à saúde no município de Campos dos Goytacazes- RJ através da *Prova de Competência Avançada na AB (PCA- AB)*. Para isso, é necessário que as matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem sejam mais valorizadas, no sentido de ampliar as competências do ciclo básico, a fim de produzir no profissional enfermeiro um olhar diferenciado sobre o manejo clínico das doenças, uma vez que os componentes relacionados à prevenção e promoção em saúde são bastante estimulados na formação dos enfermeiros.

Uma forma de aprimorar a prática clínica do enfermeiro, sugerida por esta tese, propõe a realização da *Prova de Competência Avançada na Atenção Básica (PCA-AB)*. Essa prova, teria como objetivo avaliar as habilidades e competências dos enfermeiros em relação ao atendimento na Atenção Básica, com foco na resolução de problemas clínicos e no acompanhamento da saúde da população. Ao realizar a Prova de Competência Avançada, os enfermeiros teriam a oportunidade de avaliar suas habilidades e competências, identificar pontos de melhoria e aprimorar suas práticas clínicas. Além disso, a realização da prova é uma forma de valorização do profissional de enfermagem, uma vez que reconhece sua competência e importância na assistência à saúde.

Por fim, no capítulo 4 será discutida a implantação da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Campos dos Goytacazes - RJ, que tem como base legal a Política Nacional de Atenção Básica, que preconiza a organização de serviços de saúde que atuem de forma integral, resolutiva e com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. A consulta de enfermagem na AB é proposta como uma estratégia que visa ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, proporcionando maior resolutividade e qualidade no atendimento.

Capítulo 4

Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ: limites e possibilidades de qualificação e ampliação através da consulta de enfermagem

4.1. Tipologia da infraestrutura e do acesso à Atenção Básica *versus* qualidade de vida no município de Campos dos Goytacazes- RJ

Neste capítulo 4, a tese apresenta um modelo de tipo ideal a partir do recorte de uma realidade, segundo a proposta weberiana, considerando o acesso aos serviços de saúde na AB através da consulta de enfermagem. Para a formulação dos resultados foram utilizados recursos metodológicos de análise de infraestrutura da rede de Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ, bem como análise da função dos recursos humanos, especialmente envolvendo profissionais médicos e enfermeiros, que podem executar ações de baixa complexidade no atendimento aos pacientes.

No sentido de compreender o pensamento de profissionais que atuam na rede de saúde do município e dos gestores da Atenção Básica sobre a implementação das consultas de enfermagem na AB, foram realizadas entrevistas com estes profissionais. A partir das respostas foram construídas as seguintes categorias analíticas: gestão e financiamento da AB; ampliação do acesso à AB; e realização de consultas de enfermagem na AB.

A análise weberiana da construção do tipo ideal refere-se à construção de uma idealização ou modelo teórico de um objeto de estudo que permite comparar diferentes casos empíricos com o intuito de verificar até que ponto eles se aproximam ou se afastam desse modelo. Dessa forma, a tipologia da infraestrutura e do acesso à Atenção Básica pode ser vista como um tipo ideal que busca descrever as características ideais dos serviços de saúde disponíveis em um determinado município.

De acordo com Weber, um tipo ideal não deve ser confundido com uma descrição realista ou factual da realidade, mas sim como uma ferramenta analítica que permite simplificar a complexidade do objeto estudado para fins de comparação. Assim, a tipologia da infraestrutura e do acesso à Atenção Básica em Campos dos Goytacazes-RJ deve levar em consideração os diferentes aspectos que compõem essa esfera, com destaque para a estrutura física dos serviços de saúde e a qualificação dos recursos humanos.

A partir dessa análise, é possível avaliar até que ponto esse tipo ideal de ampliação da oferta de consultas na AB através do profissional enfermeiro é aproximado ou distante da realidade. Além disso, a tipologia da infraestrutura e do acesso à Atenção Básica pode ser utilizada como uma ferramenta para avaliar as políticas públicas voltadas para a saúde e propor medidas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde no município.

A tipologia da infraestrutura e do acesso à Atenção Básica se refere à classificação dos serviços de saúde disponíveis no município de Campos dos Goytacazes-RJ, levando em consideração a estrutura física, equipamentos, recursos humanos e tecnologia disponíveis para atendimento na esfera da AB. A disponibilidade de serviços de saúde de qualidade na Atenção Básica é uma das variáveis que pode influenciar positivamente a qualidade de vida da população (BOUSQUAT, 2017).

O tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem deve permitir que a população tenha acesso facilitado aos serviços de saúde, por meio de diferentes estratégias, como a ampliação dos horários de atendimento dos diferentes profissionais, a ampliação da estrutura física das unidades de saúde e o uso de tecnologias de informação e comunicação, sendo o modelo de tipo ideal defendido nesta tese, como apontamento de qualificação e ampliação do acesso à saúde do município de Campos dos Goytacazes-RJ.

O progresso da Atenção Básica é inegável, com o avanço considerável da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além das Unidades Básicas (UBS), que operam em todo o país. No entanto, desafios importantes permanecem, destacando-se: a inadequação da rede física das unidades, o financiamento insuficiente, a dificuldade de integração da AB à rede que possa garantir a continuidade e a coordenação na rede de atenção e a integração de recursos humanos qualificados (BOUSQUAT, 2017).

No contexto do acesso aos serviços de saúde, tal abordagem enfatiza que o acesso não é apenas um resultado final, mas também um processo que pode ser avaliado em relação à estrutura do sistema de saúde. A estrutura inclui fatores como a disponibilidade de recursos, a organização do sistema de saúde e a distribuição geográfica desses serviços. Já o processo refere-se ao conjunto de ações e procedimentos que ocorrem entre o paciente e o prestador de serviços de saúde, e o resultado é o impacto final da intervenção na saúde do paciente (DONABEDIAN, 2003).

De acordo com Donabedian (2003), o acesso aos serviços de saúde deve ser avaliado em relação a três dimensões: a disponibilidade, a acessibilidade e a aceitabilidade. A disponibilidade refere-se aos serviços de saúde em termos de

quantidade, distribuição geográfica e disponibilidade de recursos humanos, com especial enfoque deste estudo para a qualificação do trabalho dos profissionais enfermeiros no sentido de ampliar a oferta de serviços de saúde.

A acessibilidade refere-se à capacidade do paciente de obter serviços de saúde, levando em consideração as barreiras financeiras, geográficas, sociais e culturais que podem impedir o acesso e a aceitabilidade refere-se à satisfação do paciente com os serviços de saúde, levando em consideração fatores como a qualidade do atendimento, a capacidade de comunicação com o prestador de serviços de saúde e o respeito aos direitos do paciente (DONABEDIAN, 2003).

Para a construção da tipologia das UBS em Campos dos Goytacazes-RJ, foram definidas duas dimensões estruturais consideradas fundamentais para o processo de acessibilidade: resolutividade e atendimento à saúde. Para tal análise, consideramos recursos humanos e estrutura física como dois aspectos importantes para a qualificação e ampliação do acesso à AB no município (BOUSQUAT, 2017).

A avaliação da estrutura da AB precisa incluir a falta de recursos humanos, especialmente aqueles que podem contribuir efetivamente para resolução da maioria dos problemas da população, no caso desta proposição, a ampliação dos serviços através da consulta de enfermagem. A composição da equipe é, portanto, central para analisar o acesso à AB em Campos dos Goytacazes-RJ (BOUSQUAT, 2017).

No âmbito do sistema de saúde, a AB é prioridade, já que a Unidade Básica de Saúde (UBS), especialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser o principal equipamento de saúde em nível local, capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde da comunidade (MENDES, 2011). Assim, uma das formas de se efetuar esse tipo de análise é relacionar a composição dos equipamentos básicos de saúde locais aos recursos humanos alocados (KASHIWAKURA *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2013).

No sentido de alcançar maior cobertura de assistência na AB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está associada ao melhor acesso à saúde e à redução da desigualdade social, além da redução significativa na mortalidade infantil, hospitalização evitável e mortalidade evitável, que podem ser evitadas com cuidados de saúde qualificados, tempo e eficiência. Estudos recentes mostram os benefícios da ESF na redução das desigualdades em saúde e na proteção dos efeitos da recente crise econômica no Brasil (MASSUDA *et al.*, 2022).

A tabela 01 considera a tipologia da estrutura da Atenção Básica no município de Campos dos Goytacazes-RJ, através do quantitativo de Unidades de Saúde pertencentes

à AB do município, um dos recursos metodológicos utilizados nesta tese, considerando a infraestrutura deste nível de atenção à saúde como forma de ampliação do acesso aos serviços de saúde (BOUSQUAT, 2017).

Tabela 01: Quantitativo de Unidades de Atenção Básica em Campos dos Goytacazes-RJ.

Tipo de Unidade	Quantidade	Sem profissional médico
UBS (exclusiva)	20	0
ESF (exclusiva)	0	0
Mista (24 horas)	08	04
UBS + ESF	15	07
Total	43	11

Fonte: (SMS, 2022).

Como propõe a tabela 01, o funcionamento da AB no município de Campos dos Goytacazes-RJ, ocorre em quatro diferentes infraestruturas: Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidade Mista e Unidade Básica (UBS) + Estratégia de Saúde da Família (ESF). As UBS + ESF caracterizam-se por utilizar os mesmos espaços físicos, onde são realizadas todas as ações de saúde.

No município de Campos dos Goytacazes-RJ foram mapeadas no ano de 2022, um total de 43 Unidades que formavam a AB, sendo 20 Unidades Básicas exclusivas (sem mapeamento populacional, sem população adscrita), nenhuma unidade exclusiva para Estratégia de Saúde da Família, 15 Unidades que funcionam com UBS + ESF concomitantes, e 08 Unidades Mistadas (SMS, 2002).

Uma Unidade Básica de Saúde (UBS) caracteriza-se por um serviço da AB que tem como objetivo oferecer serviços de baixa densidade tecnológica, que não exijam aparatos tecnológicos como um aparelho de raio-x por exemplo. Nesta estrutura são realizadas consultas de médicos generalistas, algumas vacinas que são descentralizadas à critério de decisão da vigilância epidemiológica municipal, atendimentos de saúde da criança com acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, atendimento de pré-natal de baixo risco, atendimento de coleta de preventivo, entre outros serviços que não exijam densidade tecnológica.

As UBSs têm uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cabendo ao município a ampliação das equipes com outros profissionais como: dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, e outros profissionais que se fizerem necessários a partir das necessidades em

saúde levantadas pela AB local. O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira, em horário comercial.

Já as Unidades Mistas são Unidades de Saúde que oferecem serviços desenvolvidos na AB, além de alguns serviços relacionados à urgência e emergência, incluindo atendimento 24 horas. Elas são mais abrangentes do que as UBSs e geralmente são maiores em tamanho e equipe. Nas Unidades Mistas, é possível receber atendimento médico de urgência e emergência para procedimentos mais simples como pequenas suturas, além de serviços como laboratório (em dias agendados para coletas itinerantes), bem como alguns raros serviços de radiologia, especialmente dentária.

Portanto, a principal diferença entre as duas é que a UBS se concentra em fornecer serviços básicos de saúde à comunidade, enquanto a Unidade Mista atende não só a AB, mas também alguns casos de urgência e emergência. Nota-se que, no município, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (Mendes, 2011).

A UBS é uma estratégia de saúde que busca promover a saúde da população, prevenir doenças e oferecer tratamento às enfermidades de menor complexidade, e conta com uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal (RATHE *et al.*, 2022). Dentre os serviços oferecidos pelas unidades estão: consultas médicas, atendimentos de enfermagem (curativos, vacinas, educação em saúde através de palestras), atendimento odontológico, vacinação, coleta de exames laboratoriais, distribuição de medicamentos, planejamento familiar, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, acompanhamento de gestantes e puérperas, entre outros (CASTRO *et al.*, 2020).

A UBS é considerada uma estratégia fundamental para a garantia do acesso universal e integral à saúde, promovendo a equidade e a qualidade da assistência em saúde, sobretudo para as populações mais vulneráveis. Além disso, ela é o ponto de partida para a organização da Rede de Atenção à Saúde, que compreende outros níveis de atenção em saúde, como os serviços de média e alta complexidade e a atenção domiciliar (BOUSQUAT, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, a estrutura física de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Brasil deve ser adequada para garantir a qualidade dos serviços oferecidos e o conforto dos usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2022). Algumas das diretrizes para a construção e reforma das unidades de saúde incluem: área construída mínima de 250 metros quadrados e ser adaptada para pessoas com deficiência, ter

acessibilidade e segurança para usuários e profissionais de saúde, consultórios médicos e de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinação, sala de esterilização, sala de procedimentos, sala de espera, recepção, banheiros e copa (BRASIL, 2022).

Além disso, é importante que a estrutura física da UBS esteja em conformidade com as normas de segurança e higiene, garantindo a saúde e a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde que trabalham na unidade. A manutenção regular dos equipamentos e das instalações também é fundamental para garantir o bom funcionamento da UBS (GIL, 2006).

Segundo Giovanella *et al.*, (2009), em relação aos recursos humanos, a ESF tem como base a equipe multiprofissional de saúde, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, entre outros profissionais. Essa equipe trabalha em uma Unidade de Saúde da Família (USF), que é responsável por um determinado território e por um número de famílias previamente definido, tendo ainda como principais características:

1. Atendimento integral e humanizado: a equipe de saúde busca conhecer as necessidades e especificidades de cada família, realizando atendimento integral e humanizado;
2. Visita domiciliar: a equipe de saúde realiza visitas domiciliares para conhecer as condições de vida e saúde das famílias, identificando possíveis problemas e orientando sobre cuidados preventivos;
3. Ações de promoção e prevenção: a equipe de saúde realiza ações de promoção e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação, orientações sobre alimentação saudável, atividades físicas, entre outras;
4. Trabalho em equipe: a equipe de saúde trabalha em conjunto, de forma integrada e interdisciplinar, para garantir a atenção integral à saúde das famílias;
5. Participação da comunidade: a ESF busca envolver a comunidade no processo de cuidado à saúde, por meio de reuniões, grupos de discussão, conselhos de saúde, entre outras iniciativas.

A ESF é considerada uma das principais estratégias do SUS, pois busca garantir a universalidade, equidade e integralidade do atendimento em saúde, promovendo a melhoria da qualidade de vida das famílias e comunidades. Ao contrário do que é indicado para a ampliação e universalização dos serviços de saúde, o município de Campos dos Goytacazes-RJ não apresenta nenhuma unidade exclusiva para o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ausência desse serviço tende a tornar a prestação de cuidado à saúde frágil e insuficiente para a demanda populacional, agravada pela crise do financiamento dos serviços de saúde, pelo envelhecimento populacional, que aumenta a demanda por esses serviços, além da fragilidade no auxílio de financiamento dos *royalties* do petróleo. A ausência de unidades exclusivas de saúde da família (ESF), ainda pode causar ao município:

1. Dificuldade no acesso à AB à saúde: as unidades de saúde da família são responsáveis por oferecer atendimento básico e preventivo à população, como consultas médicas, exames, vacinas e orientações sobre hábitos saudáveis. Sem essas unidades em funcionamento, a população pode ter dificuldade em acessar esses serviços, o que pode resultar em agravamento de condições de saúde e maior demanda por atendimento hospitalar de urgência.
2. Sobrecarga do sistema de saúde: com a falta de atendimento primário, a demanda por serviços de urgência e emergência pode aumentar, sobrecarregando o sistema de saúde. Isso pode levar a longas filas de espera e atrasos no atendimento, além de aumentar os custos para o município.
3. Agravamento de problemas de saúde pública: sem um sistema de saúde eficaz, o município pode ter dificuldades em lidar com problemas de saúde pública, como epidemias, surtos de doenças infecciosas e questões relacionadas à saúde mental.
4. Impacto na qualidade de vida da população: a falta de acesso a serviços de saúde básicos pode impactar a qualidade de vida da população, especialmente de grupos mais vulneráveis, como idosos, crianças e pessoas com doenças crônicas. Isso pode levar a uma piora da saúde geral da população e redução da expectativa de vida.

No município de Campos dos Goytacazes-RJ, a estrutura física para Unidades Básicas de Saúde, em sua maioria (15 Unidades, do total de 20), funcionam em concomitância de estrutura física com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no mesmo espaço físico. Essas unidades contam também com duas equipes de saúde, a equipe da UBS e a equipe da ESF, dividindo os mesmos espaços físicos para finalidades específicas de cada estratégia, porém 07 delas não apresentam em sua equipe o profissional médico, segundo dados de 2022, apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A co-utilização do espaço físico para uma UBS e uma ESF pode apresentar vários desafios e problemas (GIL, 2006), tais como:

1. Limitação do espaço: unidades de Saúde da Família (USF) requerem um espaço físico maior do que o utilizado pelas unidades básicas de saúde (UBS). Assim, é possível que o espaço físico disponível seja insuficiente para atender a demanda das duas equipes.
2. Dificuldades para a privacidade: as equipes da USF realizam visitas domiciliares, e os profissionais podem ter dificuldade para realizar a consulta de maneira reservada e sem interrupções no mesmo espaço em que os pacientes aguardam atendimento na UBS.
3. Dificuldades na organização: as equipes da USF podem precisar organizar seus materiais e equipamentos de maneira diferente dos profissionais da UBS, e essa divergência pode dificultar a organização do espaço físico de maneira adequada para ambos.
4. Sobrecarga da equipe: se as equipes da UBS e da USF compartilharem o mesmo espaço, pode haver sobrecarga de trabalho para os profissionais que precisam lidar com a demanda de duas equipes diferentes.
5. Dificuldades de convivência: as equipes da UBS e da USF podem ter objetivos e rotinas diferentes, o que pode causar conflitos de convivência e gerar tensões entre os profissionais.

A co-utilização desses espaços (UBS + ESF) pode trazer ainda prejuízos importantes, tais como:

1. Dificuldade de coordenação: compartilhar o mesmo espaço pode levar a desafios de coordenação entre as equipes de ESF e UBS, especialmente se houver diferentes protocolos e sistemas de trabalho.
2. Sobrecarga: compartilhar o mesmo espaço pode levar a uma sobrecarga de trabalho nas equipes de ESF e UBS, especialmente se houver uma demanda alta por serviços de saúde na unidade.
3. Distinções culturais: as equipes de ESF e UBS podem ter culturas de trabalho e práticas diferentes, o que pode levar a conflitos e desafios de integração.
4. Dificuldade de acesso: a co-localização pode ser difícil para pacientes que precisam de serviços específicos prestados por uma das equipes, mas não pela outra.

Algumas possíveis medidas que a gestão municipal da saúde de Campos dos Goytacazes-RJ pode tomar para solucionar o problema incluem:

A. Realizar um diagnóstico da situação: é importante avaliar a situação das UBS e ESF em Campos dos Goytacazes-RJ, identificando as principais dificuldades e demandas da população, bem como as condições de trabalho dos profissionais de saúde e as limitações estruturais das unidades.

B. Investir na estruturação das unidades de saúde: para garantir que as UBS e ESF possam atuar de forma eficaz, é importante investir na estruturação dessas unidades, providenciando recursos adequados, equipamentos, insumos e profissionais qualificados.

C. Capacitar os profissionais de saúde, especialmente através da consulta de enfermagem: os profissionais de saúde que atuam nas UBS e ESF precisam estar capacitados para oferecer atendimento de qualidade à população, com conhecimentos atualizados sobre os principais problemas de saúde que afetam a população, bem como as melhores práticas de prevenção e tratamento.

D. Melhorar a comunicação e a integração entre as unidades: a gestão de saúde pode adotar medidas para melhorar a comunicação e a integração entre as UBS e ESF, promovendo a troca de informações e experiências entre os profissionais de saúde e facilitando o acesso da população aos serviços de saúde.

E. Priorizar a atenção primária à saúde: a Atenção Básica à saúde é essencial para a promoção da saúde e prevenção de doenças, e deve ser uma prioridade para a gestão de saúde em Campos dos Goytacazes-RJ. Isso pode envolver a adoção de políticas de incentivo à prevenção e promoção da saúde, bem como a oferta de serviços de qualidade e acessíveis à população.

No entanto, das 08 Unidades Mistas, apenas 04 contam com profissional médico em sua equipe, o que sugere uma falta de assistência aos pacientes que procuram tais serviços, sendo apenas transportados para outras unidades, quando há necessidade de atendimentos de média e alta complexidade, sem resolução do seu problema na AB.

Do total de 43 Unidades de Saúde (entre UBS, ESF e Unidades Mistas), que compõem a AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ, 11 não possuem o profissional médico em sua equipe de atendimento, o que, somado às questões de infraestrutura, pode ser apontado como fator de redução do acesso aos serviços de saúde, impactando no nível de qualidade de vida da população.

Ainda com foco na análise da infraestrutura (serviços e recursos humanos), um dos condicionantes para ampliação do acesso aos serviços da AB no município de

Campos dos Goytacazes-RJ, o quadro 05 (abaixo), apresenta a tipologia da infraestrutura da AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ.

O quadro 05 foi construído com base na análise documental das informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde e coordenação da AB do município de Campos dos Goytacazes no ano de 2022, através das entrevistas realizadas aos gestores, bem como através dos dados colhidos nas entrevistas aos profissionais das Unidades de Saúde.

Quadro 05: Tipologia da infraestrutura da AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ, segundo os serviços e profissionais.

Tipo de Unidade	Serviços ofertados	Equipe Profissional	Equipamentos
UBS (exclusiva)	Consulta médica (clínico geral e especialidades), curativos, vacinas, atendimentos básicos em geral.	Médico clínico geral e médicos especialistas, enfermeiro generalista, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário.	Consultórios
ESF (exclusiva)	Consulta médica (Clínico geral), curativos, vacinas, visita domiciliar, atendimentos básicos em geral.	Médico (clínico geral), enfermeiro generalista, técnico de enfermagem, dentista, agentes comunitários de saúde, auxiliar de consultório dentário.	Consultórios
Mista (24 horas)	Consulta médica (Clínico geral e especialidades), curativos, vacinas, atendimentos básicos em geral, administração de medicamentos.	Médico clínico e/ou especialistas 24 horas, enfermeiro generalista 24 horas, técnicos de enfermagem 24 horas.	Consultórios, repouso para medicações, transporte.
UBS + ESF	Consulta médica (Clínico geral e especialidades), curativos, vacinas, atendimentos básicos em geral.	Médico clínico e/ou especialistas, enfermeiro generalista, agentes comunitários, técnicos de enfermagem.	Consultórios

Fonte: Informações cedidas pela SMS (2022).

Uma particularidade no funcionamento da Atenção Básica em Campos dos Goytacazes-RJ se refere à criação das *Unidades Mistas* de atendimento, caracterizadas

por unidades não hospitalares, que permanecem em funcionamento por 24 horas, sendo a única estratégia que apresenta veículo para transporte de pacientes na AB municipal, conforme apresentado no quadro 05, portanto, a referência para remoção de pacientes da AB para a rede hospitalar dos casos mais graves de saúde.

Analisando o quadro 05, sobre a tipologia de infraestrutura para serviços e profissionais, serviços como curativos e vacinas estão descritos nas atividades das Unidades (UBS, UBS + ESF, ESF, Mistas), porém, nem todas as Unidades ofertam tais serviços, devido à falta de estrutura (geladeira de vacinas, materiais para curativos).

O profissional médico não está presente em 11 Unidades da AB mapeadas no município de Campos dos Goytacazes-RJ. Já o profissional enfermeiro está presente em 100% das Unidades da Rede Básica de Campos dos Goytacazes-RJ, o que aponta para uma das importantes alternativas de ampliação do acesso através da qualificação desses profissionais para atender aos casos de baixa complexidade, reduzindo assim a transferência de casos para a rede hospitalar, com conseqüente aumento de custos em saúde.

Não há uma legislação específica que exija a permanência de médicos em todas as unidades básicas de saúde. No entanto, a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelece que a atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser prestada por equipes multiprofissionais, que incluam médicos e outros profissionais de saúde (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por sua vez, estabelece as diretrizes e objetivos para a organização da atenção básica no país e prevê a presença de médicos nas equipes de saúde da família, que atuam nas unidades básicas de saúde e desenvolvem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento de doenças mais comuns e acompanhamento de pacientes crônicos (PNAB, 2023).

Além disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) possui normas éticas que orientam a atuação dos médicos na atenção básica, como a Resolução CFM nº 1.821/2007, que dispõe sobre a responsabilidade ética do médico na assistência ambulatorial e hospitalar, e a Resolução CFM nº 2.156/2016, que estabelece as competências do médico na atenção básica à saúde (CFM, 2007; CFM, 2016). Essas normas orientam os médicos a prestarem uma assistência de qualidade, respeitando os princípios éticos e as boas práticas médicas, e a atuarem em equipe multiprofissional,

valorizando a integração entre os diferentes profissionais de saúde e a importância da atenção básica para a promoção da saúde da população.

Já a presença de enfermeiros na equipe multiprofissional das Unidades Básicas de Saúde é prevista por diversas normas legais e regulamentares. A Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, estabelece que cabe ao enfermeiro a prestação de assistência de enfermagem a pacientes em todas as áreas de atuação, incluindo a Atenção Básica. Portanto, este profissional deve estar presente durante todo o período de funcionamento das Unidades de Saúde que pertencem à Atenção Básica (COFEN, 2023).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece as diretrizes para a organização da AB no país, prevê a atuação de enfermeiros nas equipes de Saúde da Família, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e desenvolvem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento de doenças mais comuns e acompanhamento de pacientes crônicos (PNAB, 2023). Além disso, a Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre as atribuições privativas do enfermeiro na Atenção Básica em Saúde, como a realização de consultas de enfermagem, prescrição de medicamentos, execução de procedimentos de enfermagem, elaboração de plano de cuidados e gerenciamento do cuidado em enfermagem (COFEN, 2017).

Portanto, a presença do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde, incluindo-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), é uma exigência legal e regulamentar, sendo fundamental para a prestação de um atendimento integral e de qualidade na atenção básica. Tais estruturas de funcionamento, quando adequadas podem contribuir para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciando seus resultados e são condicionantes decisivos para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços (KASHIWAKURA *et al.*, 2021).

A atuação do enfermeiro na Atenção Básica de Campos dos Goytacazes-RJ deve seguir as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pela Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017). Em análise ao tipo ideal de ampliação do acesso à AB através da consulta de enfermagem, com o objetivo de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, o enfermeiro seria responsável por realizar consultas de enfermagem, elaborar e implementar o plano de cuidados, procedimentos de enfermagem (como aferição de sinais vitais, curativos,

administração de medicamentos e vacinas), além de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Dados coletados por este estudo apontam para ações dos enfermeiros do município de Campos dos Goytacazes-RJ, pouco pautadas nas questões que envolvam os procedimentos clínicos junto ao paciente, com atuação muito mais ampla em gerenciamento de Unidades e ações educativas, fator preocupante, uma vez que, através destes profissionais, poderíamos ampliar as ações especificamente na AB. Atualmente, os enfermeiros da Atenção Básica de Campos dos Goytacazes-RJ realizam atividades de educação em saúde, como palestras, grupos de discussão e orientações individuais aos pacientes, com o objetivo de promover hábitos saudáveis e prevenir doenças.

O profissional enfermeiro que está presente durante todo o tempo de funcionamento das Unidades da AB, ao receber qualificação adequada, sugerida neste estudo através da *PCA-AB – Prova de Competência Avançada na Atenção Básica*, após o cumprimento de um ano (no mínimo) de residência exclusivamente na AB do município (tema que será abordado ainda neste capítulo), teria em suas ações a potencialidade para resolução de problemas de menor complexidade, podendo receber incremento salarial de acordo com a produtividade, aumentando a resolutividade da AB, assim como a valorização profissional, evitando dessa forma hospitalizações desnecessárias e otimizando os recursos em saúde (BARROS *et al.*, 2021; MENDES, 2015).

Além do conhecimento da estrutura da rede de AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ, visando maior aproximação e caracterização com o tipo ideal, proposto nesta tese pela ampliação do acesso através da realização da consulta de enfermagem na AB, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde e/ou gestores (n= 15, sendo 11 profissionais da AB e 04 gestores da AB), no sentido de compreender o quanto seria importante e aceitável, tanto para os profissionais, quanto para os gestores, a introdução da consulta de enfermagem no auxílio ao tratamento e acompanhamento das condições de saúde de baixa complexidade da população. As respostas aos formulários foram categorizadas para análise segundo os principais tópicos da tese (Quadro 06).

Quadro 06: Categorização analítica dos resultados.

Categorias	Descrição
A	Gestão e Financiamento da AB
B	Ampliação do acesso à AB
C	Realização de consultas de enfermagem na AB

A categoria A contou com perguntas que relacionam a proporcionalidade de recursos alocados (infraestrutura, ações e serviços oferecidos pela AB do município estudado e recursos humanos). Na categoria B as perguntas fizeram referência à descentralização das ações da AB reduzindo a sobrecarga dos hospitais com o manejo adequado das doenças sensíveis à AB. Já na categoria C, os questionamentos foram relativos à realização de consultas de enfermagem na AB e a capacidade da formação na graduação em enfermagem para a realização das mesmas.

Os profissionais entrevistados foram enfermeiros (07), médicos (02), fisioterapeutas (02), e serão identificados por siglas (P- Profissionais; G- Gestores): P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11; os gestores entrevistados foram: enfermeiros (02), médicos (02), identificados pelas siglas: G1, G2, G3, G4.

Considerando a categoria A, e como ponto de partida analítica desta tese, a maior parte dos entrevistados (60%), um profissional ligado à assistência direta aos pacientes e outro, gestor, referem que a gestão e o financiamento municipal não estão alinhados:

“Recursos existem, mas sua gestão é uma questão complexa pois envolve interesse político, que pode sobrepor as necessidades da população”. P8 - enfermeiro

“O município por meio dos seus gestores tem autonomia administrativa para uso dos recursos financeiros”. G1- enfermeiro

O crescente aumento com gastos em saúde e a alocação de recursos públicos tem sido alvo de preocupação de natureza acadêmica e orçamentária em muitos países, inclusive no Brasil, não sendo diferente na percepção de profissionais da saúde e gestores do município de Campos dos Goytacazes-RJ, reforçados pelos relatos:

“Teríamos um paciente melhor assistido, ajudaria a desafogar as Unidades de Pronto-Socorro, teríamos uma redução nas

internações hospitalares, além de uma diminuição de custos”.
P2- enfermeiro

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, e o Brasil não é exceção. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), a população idosa no país deve triplicar até 2050. Diante desse cenário, a consulta de enfermagem se torna uma ferramenta fundamental para o cuidado e a promoção da saúde dessa população, através de um processo sistemático que visa identificar as necessidades de saúde do paciente e elaborar um plano de cuidados individualizado (TOSO *et al.*, 2021), o que se confirma nos relatos sobre a introdução da consulta de enfermagem na AB:

“Extremamente benéfica desde que não gere riscos a casos com evoluções clínicas moderadas a graves”. G1 - enfermeiro

“Facilitaria demais o andamento dos atendimentos de saúde do município”. P3 – fisioterapeuta

Na prática, a consulta de enfermagem pode envolver a realização de exames, avaliação da funcionalidade e cognição, orientações sobre medicação e alimentação, sendo uma atividade fundamental na Atenção Básica à saúde, que tem como objetivo promover a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o cuidado integral dos pacientes.

Entre as atividades realizadas na consulta de enfermagem, destaca-se a avaliação da saúde do paciente, que inclui a aferição dos sinais vitais, como temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, além da avaliação da aparência física e do estado emocional. Com base nessas informações, o enfermeiro pode identificar possíveis problemas de saúde e orientar o paciente sobre os cuidados necessários.

Outra atividade importante na consulta de enfermagem é a realização de exames, como o teste de glicemia capilar, que permite a avaliação dos níveis de glicose no sangue, e o teste rápido para detecção de doenças infectocontagiosas, como HIV e sífilis. Esses exames são realizados com o objetivo de identificar precocemente possíveis problemas de saúde e garantir o tratamento adequado. Além disso, a consulta de enfermagem pode incluir a avaliação da funcionalidade do paciente, por meio da aplicação de escalas de avaliação padronizadas. Essa avaliação permite identificar possíveis limitações ou dificuldades do paciente e orientar sobre as melhores formas de cuidado.

A consulta de enfermagem na Atenção Básica à saúde é uma atividade ampla e diversificada, que envolve diversas atividades com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar dos pacientes. A atuação do enfermeiro nesse contexto é fundamental para garantir a qualidade e a efetividade do cuidado em saúde, porém, é marcada por desinformação, acarretando uma demanda reprimida no atendimento em saúde, conforme o fragmento do enfermeiro P4 (abaixo):

“A rede pública é sobrecarregada, principalmente, em função da desinformação da população”. P4 – enfermeiro

No contexto do envelhecimento populacional, a consulta de enfermagem se torna ainda mais importante, pois essa população apresenta demandas específicas e complexas em relação à saúde. Muitos idosos possuem doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, que requerem cuidados contínuos e específicos (SILVA *et al.*, 2014).

“O SUS cada vez mais necessita de ampliação do acesso à população, sendo, portanto, as consultas de profissionais não médicos essenciais, desde que regulamentadas pelos órgãos gestores”. P5 - médico

Outro aspecto relevante da consulta de enfermagem é o papel do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de doenças, através de orientações aos pacientes sobre hábitos saudáveis de vida, como atividade física, alimentação saudável e cuidados gerais com o paciente (FRACOLLI & CASTRO, 2012).

Os enfermeiros desempenham um papel importante na promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas na Atenção Básica. Algumas das maneiras pelas quais os enfermeiros podem atuar nessa área incluem: realização de avaliações e monitoramento de saúde, rastreamento de câncer de colo de útero e câncer de mama, informações sobre o uso adequado de medicamentos, além de possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas, que poderão garantir a adesão ao tratamento proposto, evitando assim, complicações das doenças.

Os profissionais enfermeiros podem também, monitorar pacientes com doenças crônicas para identificar complicações e intervir precocemente para evitar a progressão da doença, realizar o encaminhamento dos pacientes para outros profissionais de saúde quando necessário. Ao identificar fatores de risco para doenças e encaminhar o paciente

para exames e para outros profissionais de saúde, quando necessário, esses profissionais auxiliam na manutenção da integralidade das ações do SUS (KAHL *et al.*, 2018). Diante desses aspectos, fica claro que a consulta de enfermagem é fundamental para o cuidado e a promoção da saúde da população.

Tendo em vista a categoria analítica B, sobre a ampliação do acesso à AB relacionada à infraestrutura (discutidos anteriormente neste capítulo), os resultados das entrevistas apontam:

“O SUS necessita de urgente reformulação (física) para uma melhor distribuição dos serviços oferecidos”. P3- enfermeiro

“A ausência de profissionais ocorre principalmente pelo sucateamento da rede de saúde e da má remuneração profissional”. P5 – médico

A tipologia da estrutura do SUS e índice de esforço da AB para resolver os problemas da população, podem ser fatores que interferem diretamente na relação custo-benefício em saúde, considerando que estruturas mais simples de atendimento à saúde com predominância nas ações de promoção e prevenção da saúde, quando bem estruturados e qualificados, produzem melhores resultados em saúde (BOUSQUAT, 2017).

Logo, na categoria analítica B: ampliação do acesso à AB, para a relação estrutura/recursos humanos na construção da tipologia da AB no município de Campos dos Goytacazes-RJ, sugere-se a ampliação das Unidades de Saúde e implementação de profissionais de saúde que tenham condições de resolver os problemas de baixa complexidade da população, consideradas nesta tese a partir da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), estabelecida pelo Ministério da Saúde, através da Portaria N°. 221/ 2008. O quadro 07 apresenta os 88 diagnósticos clínicos que são consideradas CSAP no Brasil. Essas doenças podem ter seu manejo clínico na AB, com o objetivo de evitar hospitalização desnecessária (BRASIL, 2008).

Quadro 07: Lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

N.	Diagnósticos
01	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis
02	Coqueluche
03	Difteria
04	Tétano
05	Parotidite
06	Rubéola
07	Sarampo
08	Febre Amarela
09	Hepatite B
10	Meningite por <i>Haemophilus</i>
11	Meningite Tuberculosa
12	Tuberculose miliar
13	Tuberculose Pulmonar
14	Outras Tuberculoses
15	Febre reumática
16	Sífilis
17	Malária
18	Ascaridíase
19	Gastroenterites Infecciosas e complicações
20	Desidratação
21	Gastroenterites
22	Anemia
23	Anemia por deficiência de ferro
24	Deficiências Nutricionais
25	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico calórica
26	Outras deficiências nutricionais
27	Infecções de ouvido, nariz e garganta
28	Otite média supurativa
29	Nasofaringite aguda [resfriado comum]
30	Sinusite aguda
31	Faringite aguda
32	Amigdalite aguda
33	Infecção Aguda VAS
34	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas
35	Pneumonias bacterianas
36	Pneumonia Pneumocócica
37	Pneumonia por <i>Haemophilus influenzae</i>
38	Pneumonia por <i>Streptococcus</i>
39	Pneumonia lobar
40	Asma
41	Doenças pulmonares
42	Bronquite aguda
43	Bronquite não especificada como aguda ou crônica
44	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta
45	Bronquite crônica não especificada

46	Enfisema
47	Bronquectasia
48	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas
49	Hipertensão
50	Hipertensão essencial
51	Doença cardíaca hipertensiva
52	Angina
53	Angina pectoris
54	Insuficiência Cardíaca
55	Edema agudo de pulmão
56	Doenças Cerebrovasculares
57	Diabetes melitus
58	Diabetes melitus com coma ou cetoacidose
59	Diabetes melitus com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas)
60	Sem complicações específicas
61	Epilepsias
62	Infecção no Rim e Trato Urinário
63	Nefrite túbulo-intersticial aguda
64	Nefrite túbulo-intersticial crônica
65	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica
66	Cistite
67	Uretrite
68	Infecção do trato urinário de localização NE
69	Infecção da pele e tecido subcutâneo
70	Erisipela
71	Impetigo
72	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo
73	Celulite
74	Linfadenite aguda
75	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo
76	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
77	Salpingite e ooforite
78	Doença inflamatória do útero exceto o colo
79	Doença inflamatória do colo do útero
80	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas
81	Doenças da glândula de Bartholin
82	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva
83	Úlcera gastrointestinal
84	Úlcera gastrointestinal
85	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto
86	Infecção no Trato Urinário na gravidez
87	Sífilis congênita
88	Síndrome da Rubéola Congênita

Fonte: Brasil (2008).

No quadro 07 foi apresentada a lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) na íntegra, que também podem ser identificadas como Doenças Sensíveis à Atenção Básica, com total de 88 doenças que podem ser tratadas por profissionais da AB, no sentido de ampliar a cobertura para tais doenças. Muitas dessas doenças são infecciosas (tuberculose, sífilis, rubéola), que demandam muito tempo de tratamento, e têm como consequência custos elevados para as gestões em saúde, especialmente as gestões municipais.

O desempenho da saúde deve ser avaliado no sentido de erradicar doenças de manejo clínico que exigem pouca densidade tecnológica, mas muito conhecimento técnico e científico por parte dos profissionais. Para tal, é necessário que as grades curriculares para a formação dos enfermeiros estejam em consonância com as intervenções exigidas pela AB, no sentido de contemplar as ações para as práticas eficazes na consulta de enfermagem.

Neste sentido, a Portaria Ministerial N° 221/2008, pela qual são estabelecidas as doenças que são sensíveis à AB, ressalta que:

“A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal” (BRASIL, 2008).

A inclusão das consultas de enfermagem no *rol* de atividades das Unidades Básicas poderia se apresentar como uma possibilidade de ampliação ao acesso, tendo em vista o grande espectro de doenças que podem ter seu desfecho na AB, evitando hospitalizações desnecessárias, impactando positivamente nos custos em saúde e no desempenho do sistema de saúde.

O enfermeiro graduado pode realizar avaliações clínicas e prescrições de medicamentos de acordo com sua área de atuação, com base na autorização através do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e legitimação dos gestores municipais na pactuação de tais práticas. É inegável que a consulta médica é importante para a detecção precoce de doenças, avaliação de sintomas, realização de exames complementares e definição de tratamentos adequados (MACHADO; ANDRES, 2021).

No Brasil, a prescrição de medicamentos era uma atividade privativa de alguns profissionais de saúde, como médicos e dentistas. No entanto, desde 2013, com a

publicação da Lei 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da medicina, o enfermeiro graduado passou a ter suas competências ampliadas, desde que obedecidos os critérios estabelecidos em normas técnicas e em protocolos clínicos acordados em cada município (BRASIL, 2013).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou essa competência por meio da Resolução COFEN nº 585/2018, que estabelece critérios para a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros. De acordo com a resolução, o enfermeiro pode prescrever medicamentos de acordo com as seguintes condições:

1. O medicamento deve estar incluído em protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria de Saúde do estado ou do município em que o enfermeiro atua;
2. A prescrição deve ser baseada na avaliação clínica do paciente, em dados de exames laboratoriais e em outros exames complementares;
3. Deve-se ter competência técnica e científica;
4. A prescrição deve estar registrada no prontuário do paciente, com todas as informações necessárias para a correta identificação do medicamento, a posologia e a duração do tratamento.

A Atenção Básica é considerada uma estratégia fundamental para garantir o acesso à saúde de qualidade e promover a integralidade do cuidado em todo o sistema de saúde. Ela é o principal ponto de entrada para a rede de serviços de saúde, sendo responsável por prover cuidados essenciais e resolver a maioria dos problemas de saúde da população.

A efetividade da Atenção Básica tem um papel importante na promoção de uma melhor qualidade de vida da população assistida. Quando os serviços de saúde são integrados e acessíveis, é possível prevenir doenças, tratar problemas de saúde mais precocemente e oferecer cuidados de forma mais eficiente e efetiva. Isso pode resultar em uma redução dos custos com saúde, na diminuição da morbidade e mortalidade, e em uma melhoria da qualidade de vida da população. Dessa forma, a consulta de enfermagem pode ser considerada uma importante estratégia para ampliar o acesso à Atenção Básica de saúde e melhorar a efetividade da assistência prestada (SANTOS *et al.*, 2008).

4.2. Formação acadêmica de enfermeiros para o atendimento às Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): uma realidade possível para a Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ?

A formação acadêmica dos cursos de graduação em enfermagem é orientada pelas normativas do Ministério da Educação e Cultura (MEC), através da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), assim como pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) específicas para a enfermagem e pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), além de levar em conta o comportamento epidemiológico de cada região do país e condicionantes sociais, culturais e econômicos. Os currículos de graduação em enfermagem são adaptados de acordo com a evolução da realidade sanitária local, as oportunidades de emprego e as tecnologias educacionais disponíveis. O ensino de enfermagem é manifestado através do Projeto Político-Pedagógico (PPP), e os tópicos abordados devem ser escolhidos com base na análise da situação local e das suas exigências (PETRY *et al.*, 2021).

Os cursos de graduação em enfermagem, em nível de bacharelado, tem seus princípios nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) através da Resolução 03/2001/CNE, somadas às Diretrizes para a Educação em Enfermagem emanadas dos Seminários Nacionais de Educação em Enfermagem (SENADEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e nos princípios da Reforma Sanitária – integralidade, universalidade, equidade, descentralização e controle social das ações -, tendo em vista a construção do SUS que atenda às necessidades de saúde do cidadão brasileiro (BRASIL, 2001).

O tempo de formação do bacharelado em enfermagem é de quatro anos, ou oito semestres. Durante os quatro anos de formação, os estudantes de enfermagem têm contato com disciplinas teóricas e práticas, que os preparam para atuar em diversas áreas da saúde. Entre as disciplinas estudadas estão anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia, farmacologia, nutrição, ética e legislação em saúde, além de diversas disciplinas específicas da enfermagem, como fundamentos de enfermagem, semiologia e semiotécnica, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, urgência e emergência.

Ao longo do curso, os estudantes também realizam estágios supervisionados em diversas áreas da saúde, como hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas e outros serviços de saúde, para aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos na teoria. Os estágios devem perfazer 20% da carga horária total do curso, ou seja, no mínimo 800 horas (BRASIL, 2001).

Ao final do curso, os graduados em Enfermagem (bacharelado), estão aptos a atuar em diversas áreas, como: hospitais, unidades de pronto-atendimento, centros de saúde, consultórios, empresas e organizações de saúde, desempenhando funções de planejamento, coordenação, gerenciamento e execução de ações de enfermagem, com o objetivo de promover, prevenir, cuidar e reabilitar a saúde das pessoas.

O projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem deve então estar voltado para a formação de um profissional qualificado para atuar em todas as situações que envolvem o processo saúde-doença, de acordo com o perfil epidemiológico nacional com ênfase regional. Para tanto, os marcos que norteiam as atividades acadêmicas estão voltados desde a atenção preventiva - nível primário -, passando pelos processos tecnológicos envolvendo o nível secundário de atenção à saúde, que se situa entre o nível primário (atenção básica) e o nível terciário (atenção especializada de alta complexidade). O nível de atenção secundário tem como objetivo oferecer serviços de saúde mais especializados e avançados do que aqueles fornecidos na atenção primária, mas menos complexos e intensivos em comparação com a atenção terciária.

Os serviços de atenção secundária podem incluir consultas ambulatoriais especializadas, exames diagnósticos mais complexos (como ressonância magnética, tomografia computadorizada e endoscopia), internações hospitalares de curta duração para cirurgias ou tratamentos especializados, reabilitação e terapia ocupacional., até a aprendizagem aplicada à recuperação e reabilitação - nível terciário de atenção à saúde – (BRASIL, 2001).

O nível terciário de atenção à saúde é a camada mais avançada e especializada do sistema de saúde. Este nível se concentra no tratamento de doenças complexas e de alto risco, geralmente exigindo recursos tecnológicos avançados e equipes médicas altamente especializadas. O nível terciário envolve o atendimento a pacientes com condições graves, crônicas ou raras, que requerem cuidados altamente especializados, incluindo procedimentos cirúrgicos complexos. Essa camada de atendimento é fornecida em hospitais de referência e centros de saúde especializados, que têm a capacidade de lidar com doenças e condições de alta complexidade.

Ao longo do tempo, a enfermagem adaptou-se para atender às políticas públicas de educação e saúde em constante evolução. Como resultado, o currículo foi aprimorado para fornecer um ensino de qualidade e atender às demandas do mercado de trabalho. Há um compromisso em aprimorar o conhecimento científico em enfermagem, com impacto

direto na prestação de cuidados de qualidade, especialmente voltados para o SUS (PETRY *et al.*, 2021).

A proposta do SUS altera completamente o enfoque de atenção, amplia o conceito de saúde, para além da doença e da intervenção individualizada, compreendendo saúde como direito de cidadania que implica na qualidade de vida e ações voltadas para o sujeito em seu contexto da coletividade. Diante desse novo contexto, os cursos de graduação em enfermagem devem introduzir modificações na prática da formação profissional, estabelecendo relações de coerência entre o ensino da enfermagem e as políticas sociais, redimensionando o processo de formação do enfermeiro, com uma formação voltada para a atuação nos níveis de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo a integralidade, como eixo estruturante do cuidado em saúde e o território como espaço organizativo das suas ações.

A formação em enfermagem tem por objetivo geral dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais (BRASIL, 2001):

I - Atenção à saúde: os profissionais de Enfermagem, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética.

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecem um perfil geral para a formação de enfermeiros, e foi a partir das DCN de 2001 que surgiram debates sobre currículos voltados para a transição do modelo hospitalar para a Atenção Básica. Essas discussões destacam a necessidade de formação para trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) e para fortalecer a consolidação desse sistema (PETRY *et al.*, 2021).

Já os cursos de medicina - estabelecida esta comparação pelo fato de legalmente serem profissionais que atendem demandas de saúde em todos os níveis de complexidade e executam prescrição de medicamentos sem limitações legais (*à priori*) -, tem carga horária mínima de 7.200 horas, com prazo mínimo de integralização de seis anos, ou doze semestres (DCN, 2014), com mínimo de 2.700 horas para estágios supervisionados, sendo as competências e habilidades gerais, idênticas às exigidas aos profissionais enfermeiros, com diferenças nas competências e habilidades específicas, conforme o quadro 08.

Quadro 08: Comparação entre competências e habilidades específicas das graduações de enfermagem e medicina.

Competências e habilidades específicas	Graduação em enfermagem	Graduação em medicina
Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.	X	X
Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário.	X	X
Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas.	-	X
Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.	X	X

Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico.	-	X
Atuar em equipe multiprofissional.	X	X
Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais.	X	-
Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente.	-	X
Atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico.	X	X
Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças.	-	X

Fonte: Adaptado das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Enfermagem e Medicina.

A partir da comparação do quadro 08, as graduações de enfermagem e medicina apresentam competências e habilidades específicas que são distintas, mas complementares para o atendimento à saúde. Ambas têm o objetivo comum de formar profissionais capacitados para promover, prevenir, tratar e reabilitar os pacientes, de acordo com suas especialidades. A formação de enfermagem está voltada para o cuidado direto ao paciente, com ênfase em aspectos psicossociais e humanitários. O enfermeiro é capacitado (segundo as DCN de 2001), a prestar assistência integral ao paciente, incluindo a administração de medicamentos e curativos, a realização de procedimentos invasivos (como cateteres e sondas), além da atuação em emergências, não estando autorizado a realizar suturas ou cirurgias.

Já a formação em medicina possui foco voltado para o diagnóstico e o tratamento de doenças, podem realizar cirurgias (desde que estejam habilitados para tal), suturas e instalar dispositivos invasivos que estejam no âmbito do seu conhecimento. Ambas as formações devem ter o objetivo de atender à maior demanda orientada pela AB, resolvendo desta forma os problemas de menor complexidade da população, sendo estas as CSAP. Nesse sentido, a integração das disciplinas do ciclo básico e profissional é um desafio na formação do enfermeiro. Ao longo do tempo, as instituições de ensino superior têm organizado o currículo em disciplinas isoladas e desvinculadas da prática profissional, com foco na formação tecnicista e em especialidades (PETRY *et al.*, 2021).

Petry *et al.*, (2021) ainda ressaltam que essa fragmentação curricular dificulta a articulação entre os conteúdos das diferentes disciplinas e a aplicação dos saberes na prática. É necessário construir um currículo integrado desde o primeiro até o último período, com qualidade e especificidade para a enfermagem, articulado de forma interdisciplinar tanto no ciclo básico quanto no profissional, com abordagem clínica a partir de apontamentos cada vez mais científicos, para que esse profissional tenha condições de desenvolver todas as habilidades necessárias à resolução dos problemas de saúde da população.

Outro ponto que podemos destacar está centrado na diferença de carga horária dos estágios supervisionados das formações de enfermagem e médica, com mínimo de 800 horas para a primeira, e 2.700 horas para a segunda. A diferença confere à formação médica uma observação e aprendizagem maiores - considerando apenas o tempo, e não as relações de qualidade - dos aspectos clínicos do paciente, ampliando a abordagem às doenças, o que ainda não é uma realidade para a formação dos enfermeiros. Nesta diferença de formação pode estar centrada certa fragilidade na abordagem clínica do profissional enfermeiro, embora ambas as profissões tenham exatamente as mesmas competências gerais segundo as DCN dos cursos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

Para o atendimento às Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), o profissional enfermeiro pode, além das atribuições relacionadas ao cuidado, executar a prescrição de medicamentos, uma responsabilidade que exige formação específica e mais aprofundada nas disciplinas do ciclo básico de formação, como: citologia, fisiologia, farmacologia, fisiopatologia e diagnóstico, que muitas vezes não é abordada de forma suficiente nos cursos de graduação em enfermagem, em função da carga horária menor que a formação dos cursos de medicina.

Diante das competências adquiridas pelo enfermeiro ao longo da formação acadêmica, em comparação às competências e habilidades específicas atribuídas à graduação em medicina, relevantes para o manejo clínico das doenças na AB, faz-se necessária, além da ampliação na carga horária das disciplinas acima descritas, a inclusão de disciplinas específicas na residência em AB, cujas ementas, possam dar maior suporte à assistência de doenças consideradas Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) – quadro 07 - , como por exemplo: nefrites, cistites, amigdalites, entre outras doenças listadas.

O quadro 09 sugere a implantação de disciplinas com suas respectivas ementas, que podem ser propostas na proposição da residência específica em AB para os

enfermeiros, capacitando-os tanto para a execução da PCA-AB, quanto para a atendimento no nível primário de atenção à saúde, incluindo abordagem do manejo clínico das CSAP, bem como a prescrição medicamentosa com maior prática e habilidade na abordagem destas doenças.

Quadro 09: Disciplinas sugeridas para a formação em residência de enfermagem na AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ.

Disciplina	Ementa
Farmacologia Clínica das CSAP	Princípios farmacológicos, interações medicamentosas, posologia, efeitos colaterais e contraindicações dos medicamentos, permitindo ao enfermeiro tomar decisões seguras e embasadas ao prescrever medicamentos.
Prescrição e Terapêutica para as CSAP	Avaliação adequada do paciente, considerando seu histórico médico, exames laboratoriais e sintomas, tomada de decisões clínicas apropriadas em relação à prescrição de medicamentos. Conhecimentos sobre a escolha do medicamento correto, a dose adequada e a duração do tratamento para as CSAP.
Semiologia e Semiotécnica Avançada	Habilidades clínicas aprimoradas, avaliação detalhada dos sinais e sintomas, interpretação de exames complementares e monitoramento da resposta ao tratamento medicamentoso.
Farmacoterapia nas CSAP	Aplicação prática dos medicamentos e no monitoramento da terapia farmacológica das CSAP. Compreensão dos diferentes grupos de medicamentos, seus mecanismos de ação, indicações clínicas, monitoramento de efeitos colaterais e ajuste de doses.
Gestão do Cuidado Farmacêutico	Capacidade de gerenciar o uso racional de medicamentos, incluindo a elaboração de protocolos de prescrição, práticas de segurança, registro e acompanhamento das prescrições, e educação do paciente sobre o uso correto dos medicamentos.
Ética e Legislação em Prescrição de medicamentos	Compreensão das responsabilidades éticas e legais ao prescrever medicamentos, incluindo conhecimento das leis e regulamentos locais relacionados à prescrição de medicamentos por enfermeiros na AB.

Fonte: Adaptado das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Enfermagem e Medicina.

O quadro 09 apresenta conjunto de disciplinas com suas ementas, cujos conteúdos são sugeridos para a residência mínima de um ano na AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ, no sentido de ampliar o conhecimento dos enfermeiros a respeito da abordagem e manejo clínico voltados para as CSAP. As disciplinas de Farmacologia Clínica das CSAP, Prescrição e Terapêutica para as CSAP, Farmacoterapia nas CSAP envolvem conteúdo específico para suporte pleno na prática prescritiva da abordagem às CSAP, tendo em vista a necessidade de uma abordagem direcionada para estes agravos que, a partir da implantação da residência em AB, passariam a ter seu atendimento pleno pelo profissional enfermeiro nas UBS municipais.

No Brasil, a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que estabelece critérios para a realização dessa atividade, incluindo a necessidade de uma especialização em Enfermagem em Prescrição, que deve ser realizada após a graduação em enfermagem, garantindo desta forma, uma formação adicional em farmacologia, diagnóstico e terapêutica, que lhe permita avaliar de forma precisa e individualizada as necessidades do paciente, e colaborar de forma efetiva com os demais profissionais de saúde envolvidos no tratamento. Porém, a ausência de fiscalização eficaz coloca essa exigência muito mais num espaço teórico do que de fato numa normativa prática a ser cumprida.

De acordo com Alencar *et al.*, (2017), a conscientização do enfermeiro quanto às habilidades prescritivas é necessária para a implementação da consulta de enfermagem, uma vez que essa atividade exige habilidades específicas para além da formação atual de enfermagem. Na Atenção Básica, a consulta de enfermagem é ainda mais específica (como será apresentado na próxima seção deste capítulo), pois é desenvolvida com pacientes portadores de doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, que necessitam de tratamentos contínuos e frequentemente utilizam mais de um medicamento.

Romper com o modelo biologicista de educação em saúde, centrado na doença e na orientação clínico-médica, é outro grande desafio. É necessário ampliar o contexto de saúde, contemplando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em articulação com o desenvolvimento da pós-graduação para formação de profissionais, além do desenvolvimento científico, para que os profissionais enfermeiros possam, de fato, auxiliar na resolução da maioria dos problemas de saúde da população através da AB, nas suas consultas de enfermagem, sejam elas com ou sem prescrição medicamentosa (PETRY *et al.*, 2021).

Os cenários de aprendizagem das formações em enfermagem deverão, dessa forma, privilegiar a realidade da produção dos serviços de saúde em Campos dos Goytacazes-RJ, espaço de conformação da política municipal de saúde articulada às políticas de saúde de âmbito estadual e federal, associadas à estratégia de implementação de regime de residência de um ano (no mínimo), exclusiva na AB após a graduação. Para que o profissional enfermeiro esteja ainda apto a atender e produzir respostas positivas às Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo a Lista brasileira de CSAP, dentro da legalidade dos Programas Públicos de Saúde, considera-se necessária a aprovação numa avaliação criteriosa, com abordagem centrada na resolução de problemas da AB e nas CSAP. Esta avaliação é sugerida nesta tese como *Prova de Competência Avançada para a Atenção Básica (PCA-AB)*, forma de ampliar o preparo dos enfermeiros para o atendimento às CSAP do município.

4.3. A consulta de enfermagem na Atenção Básica como recurso para a ampliação do acesso à saúde no município de Campos dos Goytacazes – RJ

A enfermagem desempenha um papel fundamental nos programas de saúde pública, pois atua diretamente com os usuários nos diversos serviços de saúde, oferecendo uma abordagem holística e individualizada. Nesse sentido, a consulta de enfermagem deve ter como foco principal a identificação e prevenção dos fatores de risco que influenciam no tratamento e controle das doenças crônicas. Muitas vezes, os usuários enfrentam dificuldades para seguir o tratamento devido à falta de conhecimento sobre os agravos e possíveis complicações de sua doença, o que dificulta o controle e pode causar danos irreversíveis à saúde (AZEVEDO *et al.*, 2021).

A implantação da consulta de enfermagem na Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ pode ser considerada uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, bem como para a ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população. A consulta de enfermagem na Atenção Básica deve ser realizada por enfermeiros qualificados, que possuam competências para realizar uma avaliação clínica completa do paciente (BARROS *et al.*, 2021).

O principal objetivo da consulta de enfermagem na AB é identificar as necessidades de saúde do paciente e promover o autocuidado e a prevenção de doenças. Através da consulta de enfermagem, o enfermeiro pode realizar a avaliação inicial do paciente, levantar seu histórico de saúde, realizar exames físicos e diagnósticos, orientar

sobre a prevenção de doenças e encaminhar para serviços especializados quando necessário (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Para a implantação da consulta de enfermagem na AB, são necessários a organização da rede de saúde e o treinamento dos profissionais de enfermagem, bem como a disponibilização de equipamentos e materiais adequados para a realização dos procedimentos clínicos necessários. Além disso, é importante que haja uma articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, para que os pacientes possam ser encaminhados para serviços especializados quando necessário (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Machado & Andres (2021) consideram a formação do enfermeiro na graduação um aspecto fundamental para a garantia da qualidade do atendimento na Atenção Básica de saúde para que este profissional possa atuar de forma efetiva nesse contexto, sendo necessário que a formação contemple uma série de competências e habilidades específicas, além de garantir o estabelecimento da promoção do autocuidado e a participação ativa do paciente no cuidado à sua saúde.

Além disso, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os principais problemas de saúde da população e sobre as estratégias de prevenção e promoção da saúde. É importante que ele saiba identificar as necessidades de saúde da população e possa planejar e implementar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além do conhecimento sobre as tecnologias de saúde disponíveis para atendimento na AB, bem como o conhecimento sobre a gestão dos recursos materiais e humanos (MACHADO; ANDRES, 2021; MAGNAGO; PIERANTONI, 2020).

De acordo com as diretrizes federais, a formação do enfermeiro deve ser orientada para preparar os estudantes dos cursos de bacharelado em enfermagem a se tornarem profissionais com um perfil generalista, capazes de lidar com os principais desafios de saúde do país. Considerando as particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS), a formação deve contemplar o desenvolvimento de competências que possam ser aplicadas em diversos serviços de saúde, com destaque para aqueles exigidos pela Atenção Básica, em especial dos municípios (THUMÉ *et al.*, 2018).

A abordagem sobre consulta de enfermagem e os recursos clínicos nos cursos de nível superior para enfermeiros é fundamental para a formação de profissionais capazes de oferecer um atendimento de qualidade e centrado nas necessidades do paciente. A consulta de enfermagem é uma prática que envolve habilidades técnicas e comportamentais, e seu aprendizado deve ser incorporado ao currículo dos cursos de

enfermagem. A inserção das práticas de consulta de enfermagem nos cursos de nível superior pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades clínicas, tais como a realização de exames físicos e a identificação de sinais e sintomas de doenças, com maior frequência do que já é praticado nas matrizes curriculares dos cursos. Além disso, o aprendizado sobre a consulta de enfermagem pode promover a adoção de uma abordagem centrada no paciente, que considere suas necessidades e expectativas em relação ao cuidado em saúde (THUMÉ *et al.*, 2018).

No contexto da AB, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ponto principal e organizador da AB. A política formaliza o enfermeiro como profissional componente de uma equipe multiprofissional mínima. Desde então, os enfermeiros vêm aumentando sua autonomia no processo de trabalho da AB, devido especificamente ao incentivo à prática de enfermagem na assistência à saúde das populações (BARROS *et al.*, 2021).

Com a fragilidade na estrutura da Estratégia de Saúde da Família em Campos dos Goytacazes-RJ, em que as Unidades são utilizadas em concomitância para diferentes alcances, este estudo sugere que as ações da consulta de enfermagem sejam desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que este é a principal porta de entrada apresentada na tipologia da infraestrutura de saúde do município, no sentido de tornar esta prática eficiente, garantindo à população o acesso aos serviços, independente do Programa ou Estratégia, e sim ligados às Unidades de Saúde, alcançando descentralização e ampliação da assistência.

A consulta de enfermagem requer do enfermeiro o domínio das habilidades de comunicação, observação e técnicas propedêuticas. Deve ter objetivos claros e metodologia própria, o enfermeiro passa a ter um papel definido na assistência à saúde, sendo considerado um profissional capacitado para assistência na AB, com impactos positivos nos indicadores populacionais (MAGNAGO; PIERANTONI, 2020).

Nesse sentido, o enfermeiro possui prerrogativas legais para atuar na ampliação da assistência na AB, incluindo a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicamentos e o encaminhamento de pacientes para outros profissionais e serviços. No entanto, o escopo dessa assistência é definido pelos municípios com base em normas técnicas ou protocolos de enfermagem específicos, o que aproxima muito mais o município de ser um polo que auxilie na produção dos próprios recursos humanos, a partir da sua realidade regional (KAHL *et al.*, 2018).

De acordo com Santos *et al.*, (2008), o enfermeiro que atua na AB tem a oportunidade de ir além do conhecimento biológico, fazer conexões entre o processo saúde-doença e o processo social, partindo de dados epidemiológicos que forneçam subsídios para ações que impactem positivamente na atenção à saúde da população, corroborando com resultados das entrevistas sobre a implantação da consulta de enfermagem na AB para a população, fato que corrobora com a categoria analítica C, através das respostas às entrevistas realizadas com profissionais e gestores da AB sobre a importância da consulta de enfermagem na AB, apresentando como respostas:

“Mais humanização dos serviços e melhor direcionamento das necessidades da população”. P5 – médico

“Contato mais próximo do usuário para atender às necessidades básicas”. P4 – enfermeiro

“Ampliação dos atendimentos e maior resolutividade”. P2 – fisioterapeuta

Entre as atividades elencadas no SUS para os profissionais enfermeiros que compõem a equipe multiprofissional de saúde, a consulta de enfermagem é uma ferramenta clara para a resolução dos problemas de saúde pública, com a totalidade das atividades, é possível ver a pessoa como um todo, em seus aspectos biopsicossociais, e à luz desse princípio e da hierarquia dos diferentes níveis de atenção à saúde, construir e fortalecer a rede de tratamento (SANTOS *et al.*, 2008).

Para o desenvolvimento da consulta de enfermagem na Atenção Básica, é necessário contar com recursos estruturais que permitam a realização de um atendimento de qualidade e efetivo. A partir dessa análise identificam-se como recursos estruturais (SANTOS *et al.*, 2008):

1. Espaço adequado: é importante que a unidade de saúde disponha de salas adequadas para a realização das consultas de enfermagem, com privacidade, conforto e segurança para o paciente e o profissional de saúde.
2. Equipamentos e materiais: o enfermeiro precisa contar com equipamentos e materiais necessários para a realização do exame físico e coleta de amostras para exames, como estetoscópio, esfigmomanômetro, otoscópio.
3. Sistema de informação em saúde: a unidade de saúde deve contar com um sistema informatizado que permita o registro das informações coletadas

durante a consulta de enfermagem, facilitando o acompanhamento do histórico do paciente e a continuidade do cuidado.

4. Protocolos de atendimento: é importante que a unidade de saúde tenha protocolos de atendimento padronizados, que orientem o enfermeiro sobre a realização da consulta e o encaminhamento do paciente para outras especialidades, quando necessário.
5. Equipe multidisciplinar: a atenção básica deve contar com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais de saúde, que possam trabalhar em rede para oferecer uma assistência integral ao paciente.
6. Capacitação dos profissionais: é importante que os profissionais de saúde que atuam na atenção básica recebam capacitação e treinamento contínuos, para que possam atualizar seus conhecimentos e habilidades, e oferecer um atendimento de qualidade e efetivo aos pacientes.

Quanto à implantação da consulta de enfermagem, de acordo com a categoria analítica C (Consulta de enfermagem na AB), um dos gestores entrevistados respondeu:

“Sou completamente a favor. O enfermeiro possui seu Conselho Profissional, assim como outros profissionais prescritores, possui formação acadêmica para isso” G1 – enfermeiro

Ainda quanto à implantação da consulta de enfermagem, o gestor médico entrevistado respondeu:

“Completamente favorável, desde que haja regulamentação destas ações profissionais”. G2- médico

A legislação federal permite que enfermeiros realizem um conjunto de práticas avançadas como parte da rotina do enfermeiro na AB, no entanto, caberá ao município de Campos dos Goytacazes-RJ definir o escopo dessa assistência com base em normas técnicas ou protocolos de enfermagem estabelecidos localmente (KAHL *et al.*, 2018).

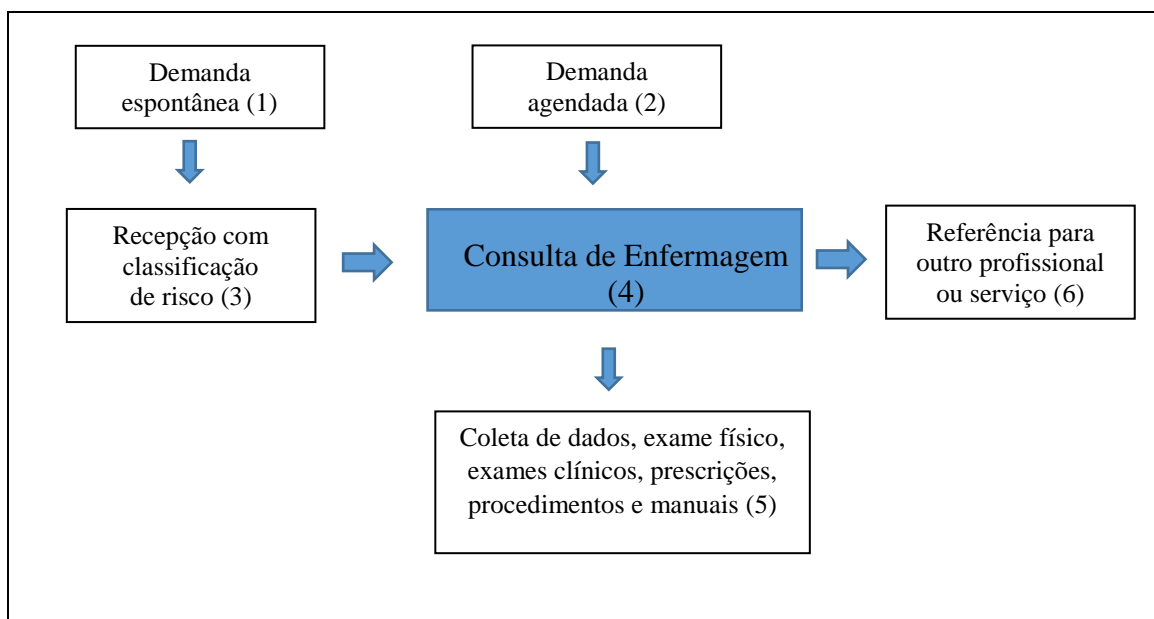
A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (7.498/86) garante ao profissional enfermeiro a prática de solicitação de exames e prescrições, bem como a Portaria nº 2.488/11 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estabelece:

Cabe ao enfermeiro realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Diante desse contexto, são fundamentais a valorização e investimento na qualificação dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica. Esses profissionais têm um papel importante na melhoria da qualidade da assistência prestada e na prevenção de doenças, o que pode resultar em economia de recursos, a partir da redução da demanda por atendimentos mais complexos. No entanto, a qualidade da assistência prestada na Atenção Básica pode ser prejudicada pelo sub financiamento da saúde, que limita a disponibilidade de recursos para a contratação de profissionais e aquisição de materiais e medicamentos (BARROS *et al.*, 2021; MADUREIRA, 2016).

A consulta de enfermagem pode apresentar fluxogramas diferentes de acordo com a estrutura, os recursos, demandas e interesses dos gestores locais. Dentro dessa perspectiva, este estudo propõe para o município de Campos dos Goytacazes-RJ, o fluxo de rotina para as consultas de enfermagem na AB, segundo o quadro 10.

Quadro 10: Proposta de fluxo geral para a consulta de enfermagem na AB de Campos dos Goytacazes-RJ.



Fonte: Adaptação do estudo anterior de (Magnago & Pierantoni, 2020).

No quadro 10, a proposta baseada em Magnago & Pierantoni (2020) propõe um fluxo geral para atendimento das consultas de enfermagem nas demandas de saúde que exijam baixa densidade tecnológica. A partir da proposição, a entrada dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), da rede de Atenção Básica (AB) poderia ocorrer de dois modos: por demanda espontânea (1) ou por demanda agendada (2). Na entrada via demanda espontânea, o usuário passaria pela classificação de risco (3) - para avaliar o grau de complexidade e a possibilidade ou não de espera para o atendimento. Já na demanda agendada (2), o atendimento pode ser organizado por categorias de atendimento a partir de Programas de Saúde (por exemplo: saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas). A tendência é que a maior parte da demanda seja agendada para que o fluxo seja cada vez mais coordenado (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Durante a consulta de enfermagem (4), o enfermeiro, ao realizar a anamnese e exame físico, pode avaliar a conduta necessária, se conduz o atendimento através de exames (5), ou se encaminha este usuário para atendimento especializado (6) - caso necessário. Diante disso, é possível que o enfermeiro reoriente sua prática para as necessidades emergentes no atual contexto epidemiológico, por meio de uma formação voltada para as condutas de enfermagem na AB, com uma compreensão ampla e visibilidade ampliada das necessidades de saúde individuais e comunitárias, além da possibilidade de rearranjo salarial compatível com as novas atribuições para esses profissionais (BARROS *et al.*, 2021).

A análise dos dados obtidos e as evidências apresentadas ao longo da tese demonstraram como ponto forte, que o acesso em saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ pode ser significativamente melhorado através da Atenção Básica com a consulta de enfermagem realizada pelo enfermeiro, com capacidade de ofertar cuidados de saúde mais acessíveis (devido à sua presença em 100% das Unidades) e de qualidade, a partir das competências aqui propostas, contemplando tempo mínimo de residência em AB de um ano após a formação e aprovação na *PCA-AB*, promovendo uma maior resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes.

A consulta de enfermagem apresenta-se, então, como uma ferramenta eficaz para a promoção da saúde e prevenção de doenças, além de oferecer um atendimento mais humanizado e centrado nas necessidades do paciente. Dessa forma, os enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental no fortalecimento da Atenção Básica em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população de Campos dos Goytacazes-RJ (MACHADO; ANDRES, 2021).

A implementação da consulta de enfermagem como uma estratégia de atendimento na Atenção Básica em saúde pode ser uma alternativa viável para ampliar o acesso em saúde e melhorar a qualidade dos serviços prestados à população, distinguindo as consultas de enfermagem de serviços de baixo custo para o município, mas sim, levando em consideração o atendimento de casos de baixa complexidade, caracterizados pelas doenças sensíveis à AB (CSAP), evitando uma *hiper* utilização dos serviços hospitalares, que demandam mais recursos financeiros ao município.

4.4. Prática clínica do enfermeiro na Atenção Básica do município de Campos dos Goytacazes-RJ: qualificação e ampliação do acesso à saúde

A atuação do enfermeiro na Atenção Básica vem se constituindo um importante instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo à proposta de um novo modelo assistencial que não está centrado na cura, mas sobretudo na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2018).

Os estatutos profissionais e as leis estaduais e municipais descrevem as diretrizes de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica (como visto ao longo deste capítulo). No entanto, com a crescente necessidade de ampliação dessa categoria de atuação, seja pela falta de composição médica na equipe mínima da ESF ou por mudanças na saúde da população, à medida que as doenças crônicas aumentam, percebe-se a crescente autonomia na atuação do profissional enfermeiro (BARROS *et al.*, 2021).

A prática clínica é composta por diferentes processos interligados que se combinam para garantir um cuidado de saúde completo. Estes processos incluem a gestão do cuidado clínico individual, que é caracterizado pelas consultas, a gestão do processo familiar, que envolve a participação da família no cuidado, e a gestão da prática clínica focada nas ações organizacionais, de coordenação e avaliação do cuidado fornecido às pessoas e famílias. Para o propósito deste estudo, será enfatizada a prática clínica que ocorre na gestão do cuidado clínico individual, com especial ênfase nas consultas de enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2018).

Pereira & Oliveira (2018) sugerem que esse perfil de atenção à saúde exige um profissional com competências de formação baseadas nas necessidades de saúde da população, na colaboração interdisciplinar e profissional, refletindo em maior ou

menor grau na necessidade de atualização do currículo da formação em enfermagem. Tendo em vista a constatação de deficiências no processo formativo brasileiro, o atual modelo de ensino carece de reformas que incorporem competências compatíveis com as exigências de demanda dos recursos humanos, do aumento e envelhecimento populacional e das novas necessidades em saúde, a partir do aumento das doenças crônicas.

A ampliação do acesso proposto por esta tese, elenca duas exigências indispensáveis ao enfermeiro para o exercício legal das práticas de enfermagem na AB de Campos dos Goytacazes-RJ: a primeira consiste na oferta de vagas de residência de um ano (tempo mínimo) para os egressos do bacharelado em enfermagem com disciplinas como as elencadas no quadro 09 da seção anterior, custeadas pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES), no sentido de fornecer ao profissional a aproximação com a condução clínica dos casos que envolvem a AB, sendo sua preceptoria realizada em parceria por profissionais da AB e por docentes da IES.

A segunda exigência, e não menos importante, seria a contratação de enfermeiros para atendimento nas consultas de enfermagem, somente nos casos de aprovação mínima na *Prova de Competência da Atenção Básica (PCA-AB)*, sendo um marcador da legitimidade da aprendizagem ao longo da residência na AB.

Ambas exigências teriam caráter obrigatório e interdependentes (a segunda dependeria da primeira condição), para que o profissional enfermeiro desenvolva habilidades para realizar as consultas, solicitações de exames, prescrições de medicamentos a partir dos Programas do Ministério da Saúde. Segundo Cassiani *et al.*, (2018), não é possível conceber a organização de um sistema de saúde sem levar em consideração a formação e qualificação de seus recursos humanos e a multicausalidade dos processos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto em nível individual como coletivo.

É necessário desenvolver um processo educacional permanente que integre o ensino com o serviço, voltado para a criação de novos valores, com ênfase na promoção da saúde, não apenas na cura da doença, com preocupações integrais, coletivas e sociais, e não apenas nas ações hospitalares, curativas e individuais (CASSIANI *et al.*, 2018).

A *Prova de Competência Avançada para a Atenção Básica (PCA-AB)* com caráter obrigatório, seria composta de questões que envolvessem desde o ciclo básico da

formação, até o ciclo específico, com ênfase nas ações relacionadas ao atendimento individual e coletivo da AB. Para realizar ações tão diversas (comuns e específicas) pelas quais são responsáveis, os enfermeiros necessitam desenvolver diversas habilidades que nem sempre estão disponíveis nas graduações, sendo fundamentais os programas de treinamento municipais, aqui defendido pela residência na AB com duração mínima de um ano, seguida da *PCA-AB* (FERREIRA *et al.*, 2018).

São diversos os fatores que contribuem para que o profissional enfermeiro não esteja integralmente apto a desenvolver as consultas de enfermagem na AB logo após a sua formação, sem um preparo específico, embora alguns desses fatores não estejam exclusivamente ligados somente aos processos de formação. Entre eles, podemos destacar: a falta de integração entre instituições de ensino e serviços de saúde, resultando em currículos desatualizados em relação às demandas do sistema de saúde; a carga horária dos cursos de bacharelado em enfermagem, embora extensa, muitas vezes é insuficiente para o desenvolvimento de todas as competências necessárias para o exercício profissional (BARROS *et al.*, 2021).

A participação ativa do enfermeiro na abordagem clínica ao paciente pode contribuir significativamente para ampliar o acesso aos serviços de saúde na AB, uma vez que profissionais mais capacitados e qualificados, podem oferecer um cuidado mais efetivo e integral à população, além disso, com a certificação obtida através da residência seguida da *Prova de Competência Avançada da AB*, os enfermeiros podem ampliar sua atuação em áreas estratégicas da Atenção Básica. A qualificação da prática clínica do enfermeiro tem contribuído para a redução dos índices de internações hospitalares, uma vez que a Atenção Básica pode oferecer um cuidado mais próximo e contínuo ao paciente, evitando complicações que possam levar à hospitalização (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Essa qualificação também poderá permitir a ampliação da oferta de serviços na Atenção Básica, através da implantação de novos protocolos de atendimento e da ampliação das competências dos enfermeiros. A ampliação do acesso aos serviços de AB no município de Campos dos Goytacazes-RJ permite a oferta de um atendimento mais resolutivo e humanizado, a ampliação da oferta de serviços na saúde, produz consequente redução dos índices de internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária – CSAP - (LIMA; JESUS; SILVA, 2018; MAEDA *et al.*, 2011).

Além disso, a qualificação da prática clínica do enfermeiro pode contribuir para a melhoria dos processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, promovendo uma maior organização e efetividade dos serviços oferecidos. Com profissionais mais

qualificados e capacitados, é possível reduzir o tempo de espera por atendimento, melhorar o diagnóstico e o tratamento de doenças, e garantir um cuidado mais humanizado e integral aos pacientes. É necessário, no entanto, investir em capacitação e valorização desses profissionais, além de garantir recursos adequados para a implementação e manutenção dessa estratégia de atendimento.

A valorização dos enfermeiros através da consulta de enfermagem na Atenção Básica é uma estratégia importante para promover saúde e qualidade de vida, bem como reduzir as internações hospitalares e gerar economia para o município de Campos dos Goytacazes - RJ. Isso porque, os enfermeiros são profissionais capacitados para prestar cuidados de saúde primários, como avaliação clínica, triagem de pacientes, prescrição e administração de medicamentos, orientações sobre saúde e prevenção de doenças, entre outras atividades, embora necessitem de atualização nos currículos de graduação, para que o ciclo básico e as práticas clínicas sejam ampliadas e mais exploradas.

À despeito das práticas acadêmicas, constata-se que há a necessidade da ampliação na oferta de experiências práticas na formação do profissional enfermeiro, com aumento na carga horária dos estágios supervisionados, especialmente na AB, conduzindo também desta forma à aproximação com a prática clínica.

Nesse sentido, é evidente a relevância do domínio teórico e prático por parte dos enfermeiros para a consolidação de seu espaço nos diversos cenários de prática e nos diferentes níveis de atenção à saúde. O conhecimento teórico fornece aos profissionais a base necessária para enfrentar situações futuras e representa uma fortaleza no campo de atuação dos enfermeiros. Entretanto, ao lidar com as dicotomias entre teoria e prática, esses profissionais também enfrentam algumas barreiras, como por exemplo as limitações impostas pela infraestrutura de saúde e falta de recursos, que podem representar obstáculos para a efetivação do cuidado de qualidade.

Apesar desses desafios, o conhecimento teórico e a prática são indissociáveis na formação e atuação dos enfermeiros, pois ambos os aspectos contribuem para a consolidação de um cuidado de qualidade. O domínio teórico permite que os profissionais compreendam a complexidade das situações de saúde, desenvolvam intervenções adequadas e avaliem sua efetividade. A prática, por sua vez, permite que esses profissionais adquiram experiência e desenvolvam habilidades técnicas essenciais para a assistência aos pacientes.

Portanto, é importante que os enfermeiros busquem constantemente o aprimoramento de seus conhecimentos teóricos e aperfeiçoamento de suas habilidades

práticas, para que possam oferecer um cuidado de saúde integral e de qualidade para a população. Ao valorizar a atuação dos enfermeiros na Atenção Básica, o sistema de saúde pode contar com profissionais preparados para prevenir, diagnosticar e tratar doenças de forma eficiente, reduzindo a sobrecarga dos hospitais e contribuindo para uma melhora significativa da qualidade de vida e saúde da população.

Além disso, a consulta de enfermagem na Atenção Básica pode trazer benefícios econômicos para o município de Campos dos Goytacazes - RJ. Isso ocorre porque, ao evitar internações hospitalares desnecessárias, os custos com o tratamento de pacientes são reduzidos, o que pode gerar uma economia significativa para o sistema de saúde local.

Portanto, a valorização dos enfermeiros na AB e o investimento em consultas de enfermagem se constituem como recursos importantes para promover a saúde da população e redução dos custos para o sistema de saúde local, com valorização deste profissional, e utilização mais adequada dos recursos da saúde municipal.

Ao longo deste estudo encontramos alguns limites e dificuldades, que reforçam ainda mais a necessidade de novas medidas que qualifiquem e ampliem o acesso ao serviço municipal de saúde. Destacando-se a ausência de avaliação da integração da Atenção Básica com a rede hospitalar, dificuldades de oferta para atenção especializada, indefinição de fluxos para atenção hospitalar, sendo ainda, importantes desafios que persistem para a consolidação da porta de entrada do Sistema de Saúde do município de Campos dos Goytacazes – RJ, com inserção da consulta de enfermagem, criação da residência em AB com duração mínima de um ano, além da *Prova de Competência Avançada da AB*, como importantes recursos de ampliação do acesso à saúde através da Atenção Básica.

Considerações finais

A Atenção Básica é um importante pilar do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo responsável por garantir o acesso da população aos serviços de saúde mais próximos de suas residências, garantindo princípios como descentralização, regionalização e integralidade. No entanto, a dinâmica da Atenção Básica no país tem sido fortemente afetada pela crise do financiamento.

O sub financiamento do SUS, a desigualdade na distribuição dos recursos entre as regiões do Brasil e a burocratização dos processos têm sido alguns dos principais desafios enfrentados pela Atenção Básica no Brasil. As restrições orçamentárias e o envelhecimento populacional também são fatores que contribuem para a vulnerabilidade da Atenção Básica, tendo em vista a escassez de recursos e o aumento da demanda por atendimento em saúde. Com menos recursos e uma população cada vez mais idosa e demandante de cuidados em saúde, a Atenção Básica fica ainda mais sobrecarregada e com dificuldades para atender às necessidades da população.

Diante da crise econômica, a Atenção Básica se torna ainda mais vulnerável, já que é frequentemente considerada uma área menos prioritária pelos gestores públicos e pela sociedade em geral. É fundamental, portanto, que sejam tomadas medidas para garantir o fortalecimento da Atenção Básica, investindo em recursos financeiros, recursos humanos, gestão eficiente e políticas públicas que garantam o acesso da população aos serviços de saúde de qualidade.

A Atenção Básica é a porta de entrada para o sistema de saúde no Brasil e o enfermeiro, neste cenário, desempenha um papel fundamental. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece diretrizes e critérios para a organização da assistência básica no país, e a atuação do enfermeiro é estratégica para a efetividade da PNAB.

O acesso à Atenção Básica (AB) é fundamental para garantir a saúde da população, especialmente em um país como o Brasil, onde o sistema de saúde é universal e gratuito. No entanto, a ampliação desse acesso tem sido um desafio para muitos municípios, e nesta tese foram apresentadas propostas de desenvolvimento para que a atuação do enfermeiro na AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ possa ser um aliado na redução das filas de espera por consultas, e na resolução de problemas de baixa complexidade, com consequente redução de internações hospitalares por condições de saúde que poderiam ser solucionadas na AB do município.

No contexto da Atenção Básica, o enfermeiro tem como principal responsabilidade a assistência direta ao paciente. Essa assistência é desenvolvida através da realização de consultas, da realização de procedimentos e da prescrição de medicamentos. O enfermeiro também é responsável pelo acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, pela promoção da saúde e pela prevenção de doenças.

Desta forma, a consulta de enfermagem pode se configurar como uma das possibilidades de atuação do enfermeiro na Atenção Básica, possibilitando o atendimento de pacientes com demandas menos complexas, encaminhando-os a outros serviços quando necessário. No entanto, é importante destacar que a consulta de enfermagem apresenta limites, especialmente centrados no acompanhamento clínico dos pacientes, sendo necessário ao profissional enfermeiro maior preparo para identificar esses limites e encaminhar o paciente a outro nível de atenção, caso sua observação clínica apresente esta necessidade.

Diversos estudos têm apontado a importância da consulta de enfermagem como uma forma de ampliar o acesso à AB. Em Campos dos Goytacazes-RJ, a implementação da consulta de enfermagem pode ser uma estratégia adotada para enfrentar esse desafio. Logo, para o desenvolvimento deste estudo foi necessário entender melhor essa realidade, bem como, realizar estudos sobre a gestão e o financiamento da saúde no município e a percepção de profissionais e gestores sobre a atuação do profissional enfermeiro na AB municipal a partir do conhecimento social, econômico e epidemiológico do município.

Através desta tese, apresentamos um modelo teórico ideal baseado na realidade da Atenção Básica (AB) e no acesso aos serviços de saúde por meio da consulta de enfermagem. A pesquisa utilizou recursos metodológicos, como a análise da infraestrutura da rede de AB em Campos dos Goytacazes-RJ e a análise dos recursos humanos, com foco nos médicos e enfermeiros que atuam nas ações de baixa complexidade no atendimento aos pacientes.

Foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde e gestores da AB para compreender suas opiniões sobre a implementação das consultas de enfermagem na AB. Com base nas respostas, foram identificadas categorias analíticas relacionadas à gestão e financiamento da AB, ampliação do acesso à AB e realização de consultas de enfermagem na AB.

A análise weberiana da construção do tipo ideal refere-se à criação de um modelo teórico que permite comparar diferentes casos empíricos com o objetivo de verificar o quão próximos ou distantes eles estão desse modelo. Essa tipologia da infraestrutura e do

acesso à AB pode ser vista como um tipo ideal que descreve as características ideais dos serviços de saúde que poderiam se apresentar como um recurso estratégico para melhoria no acesso aos serviços de saúde, com maior disponibilidade de atendimento, ampliação de recursos humanos, redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica, e consequente ordenamento do impacto financeiro da saúde para o município de Campos dos Goytacazes-RJ.

A tipologia da infraestrutura e do acesso à AB se refere à classificação dos serviços de saúde disponíveis em Campos dos Goytacazes-RJ, levando em consideração a estrutura física, os equipamentos, os recursos humanos e a tecnologia disponíveis para o atendimento na AB. A disponibilidade de serviços de saúde de qualidade na AB é um fator que pode influenciar positivamente a qualidade de vida da população.

A partir dessa análise, foi possível avaliar em que medida o modelo ideal de ampliação das consultas de enfermagem na AB se aproximou ou se afastou da realidade. Além disso, essa tipologia pôde ser usada como uma ferramenta para avaliar políticas públicas de saúde e na proposição de medidas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde no município, através da ampliação na formação do profissional enfermeiro para atendimento neste nível de saúde.

A formação em enfermagem enfoca o cuidado direto ao paciente, com ênfase em aspectos psicossociais e humanitários. Os enfermeiros são capacitados para prestar assistência integral, incluindo administração de medicamentos e curativos, procedimentos invasivos e atuação em emergências. Por outro lado, a formação em medicina concentra-se no diagnóstico e tratamento de doenças, permitindo a realização de cirurgias, suturas e instalação de dispositivos invasivos. Ambas as formações devem atender à demanda da Atenção Básica, resolvendo problemas de menor complexidade da população.

No entanto, a fragmentação curricular e a falta de integração entre disciplinas e prática profissional dificultam a aplicação dos conhecimentos na enfermagem. É necessário construir um currículo integrado, desde o início até o final do curso, com abordagem interdisciplinar e clínica baseada em evidências científicas para desenvolver as habilidades necessárias à resolução dos problemas de saúde.

Uma diferença significativa está na carga horária dos estágios supervisionados, com menor tempo para enfermagem em comparação com medicina. Isso pode resultar em certa fragilidade na abordagem clínica dos enfermeiros, apesar das mesmas competências gerais definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para ambos os cursos. Para lidar com as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), é

necessário que os profissionais enfermeiros tenham uma formação mais aprofundada em disciplinas relacionadas ao ciclo básico, como citologia, fisiologia, farmacologia e fisiopatologia, que muitas vezes não são abordadas de maneira suficiente nos cursos de enfermagem.

Considerando as competências adquiridas pelos enfermeiros e as habilidades específicas necessárias para o manejo clínico na Atenção Básica, é necessário ampliar a carga horária dessas disciplinas. Além disso, como proposição deste estudo, a implementação de residência específica para enfermeiros que desejam atuar na AB, com carga horária mínima de um ano, com abordagem prática nas Unidades Básicas de Saúde do município, e abordagem teórica de disciplinas relacionadas à abordagem clínica, com foco nas Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

Essas disciplinas podem fornecer suporte adicional para o cuidado de doenças consideradas CSAP, como nefrites, cistites e amigdalites, incluindo a prescrição medicamentosa. Além da residência voltada para a AB do município, esta tese sugere que ao término da residência, esse profissional realize uma prova para avaliar as competências adquiridas, dessa forma, estando melhor capacitado para atuar na AB do município de Campos dos Goytacazes-RJ, com o objetivo de capacitar os enfermeiros para a execução da Prática Clínica Ampliada na Atenção Básica, através da Prova de Competência Avançada para a AB (PCA-AB) e o atendimento no nível primário de saúde, incluindo o manejo clínico das CSAP e a prescrição de medicamentos.

Ambas as exigências, residência em AB e subsequente PCA-AB, seriam obrigatórias e interdependentes, sendo que a segunda dependeria do cumprimento da primeira condição. Isso permitiria que os enfermeiros desenvolvessem as habilidades necessárias para realizar consultas, solicitar exames e prescrever medicamentos de acordo com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O modelo ideal de ampliação do acesso à AB por meio da consulta de enfermagem propõe a garantir que a população tenha acesso facilitado aos serviços de saúde, por meio de estratégias como a ampliação dos horários de atendimento, a expansão da estrutura física das unidades de saúde e o uso de tecnologias de informação e comunicação. Esse modelo visa a qualificação e ampliação do acesso à saúde em Campos dos Goytacazes-RJ.

De modo geral, os estudos realizados em Campos dos Goytacazes-RJ mostram a importância da consulta de enfermagem como uma estratégia para ampliação do acesso à

AB. No entanto, a gestão e o financiamento da saúde, além da formação profissional dos enfermeiros, são fatores igualmente importantes para garantir o sucesso dessa estratégia.

O conflito profissional entre médicos e enfermeiros na execução de condutas clínicas durante consultas na AB também é um fenômeno complexo que pode surgir devido a diferentes perspectivas, hierarquias e competências profissionais. A abordagem interdisciplinar na prestação de cuidados de saúde é fundamental para um atendimento eficaz. As relações interprofissionais são influenciadas por questões sociais, culturais e de gênero, o que pode impactar a colaboração e comunicação entre médicos e enfermeiros. No sentido de mitigar esses conflitos, para que o debate em saúde possa avançar, a promoção de um ambiente de trabalho colaborativo, o esclarecimento das responsabilidades e a valorização das competências de cada profissão são fundamentais para o avanço da Atenção Básica.

Em resumo, a ampliação do acesso à Atenção Básica no município de Campos dos Goytacazes-RJ passa pela melhoria da infraestrutura de saúde, pela qualificação da prática clínica dos enfermeiros através da PCA-AB, pela implantação da consulta de enfermagem e pela formação acadêmica dos profissionais. Somente com essas medidas é possível garantir um atendimento de qualidade e eficiente à população, promovendo assim uma melhor qualidade de vida para todos.

Referências Bibliográficas

ABREU et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **SAÚDE DEBATE**, v. 42, 2018.

ADAMY, E. K. et al. Brazilian national curriculum guidelines for the undergraduate nursing course: ABEn's fight against setbacks. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 6, p. e740601, 2021.

AMARAL, I. B. DA S. T.; SILVA, A. L. A. DA. Nurses consultation in the family health strategy: a cut-off in Rio de Janeiro / A consulta do enfermeiro na estratégia saúde da família: um recorte do Rio de Janeiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, 2021.

AZEVEDO, S. L. DE et al. Experiências da prática acadêmica na atenção básica de saúde: desafios da consulta de enfermagem sistematizada. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e48101620509, 6 dez. 2021.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016.

BARREIRA, I. DE A. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 480–487, dez. 2005.

BARROS, R. C. DE et al. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 3, 30 abr. 2021.

BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 359–366, abr. 2012.

BOUSQUAT, A. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 21 ago. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. p. 498, 1988.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Ministério da Saúde. Brasília, 2010. [s.l: s.n.].

BRASIL. **CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CaSAPS)**: versão profissionais de saúde e gestores/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL/IPEA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: Conta SHA para o Brasil 2015-2019**.: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA. 2022. [s.l: s.n.].

BÜHLER et al. Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 9, 2014.

CARVALHO, V. DE. Sobre a Associação Brasileira de enfermagem - 85 anos de história: pontuais avanços e conquistas, contribuições marcantes, e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 207–214, abr. 2012.

CASSIANI, S. H. DE B. et al. Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, p. 572–584, dez. 2018.

CASSIANO, A. DO N. et al. Atuação do enfermeiro obstétrico na perspectiva das epistemologias do Sul. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200057, 2021.

CASTRO, D. M. DE et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. e00209819, 2020.

COSTA et al. The fiscalization of the professional practice in the Nursing Federal Council. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2014.

COSTA, F. DOS S. et al. VALUING THE CONSULTATION OF NURSING AS A PROFESSIONAL PRACTICE IN THE CONTEXT OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM (FHP). **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 4, p. 2881–2889, 2012.

CUNHA, M. S. DA; SÁ, M. DE C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 61–73, mar. 2013.

FARIA, R. M. DE. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521–4530, 6 nov. 2020.

FERREIRA, S. R. S. et al. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, 2018.

FERREIRA, V. R. S; MEDEIROS, J.J. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. v. 14, n. Cad. EBAPE.BR, 2016.

FERTONANI ET AL. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015.

FREIRE, D. E. W. G. et al. PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 1 dez. 2021.

GARBUIO CAVALHEIRO et al. Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, 2021.

GARCIA et al. Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 118, 2018.

GEREMIA. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

GIRARDI et al. **ÍNDICE DE ESCASSEZ DE MÉDICOS NO BRASIL: ESTUDO EXPLORATORIO NO AMBITO DA ATENÇÃO PRIMARIA**. [s.l: s.n.].

GONÇALVES, L. W. P. et al. COMPARAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ELABORADOS POR ENFERMEIROS PESQUISADORES E ENFERMEIROS CLÍNICOS: REFLEXÃO ACERCA DO RACIOCÍNIO CLÍNICO. **UNIFUNEC CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**, v. 3, n. 5, 29 maio 2019.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1361–1374, 6 abr. 2020.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 258–265, jun. 2009.

HIGUCHI, C. H. et al. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 241–247, jun. 2011.

JANNUZZI, P. DE M. Economia política e avaliação em políticas públicas no Brasil pós-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, 10 dez. 2021.

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, n. 0, 24 maio 2018.

KOSTER, I. O Exercício Profissional da Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil. p. 288, 2019.

KROTH, D. C.; GUIMARÃES, R. R. DE M. Efficiency of the primary health care policy in Brazilian municipalities: an application of the Pearl's Structural Causal Model. **Cadernos Saúde Coletiva**, 13 dez. 2021.

LIMA, A. A.; JESUS, D. S. D.; SILVA, T. L. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, 20 dez. 2018.

LIPSKY. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. 30. ed. Brasília: Enap, 2019.

LORENZETTI, J. A “nova” lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 40, n. 2–3, p. 167–176, set. 1987.

MACHADO, L. B.; ANDRES, S. C. Nursing consultation in the context of Primary Health Care: Experience report. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, 2021.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, set. 2018.

- MADUREIRA, C. P. Oil royalties and protect the environment. 2016.
- MAEDA et al. Recursos humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1651–1655, 2011.
- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 15–24, jan. 2020.
- MASSUDA, A. et al. Brazil's Primary Health Care Financing: Case study. 2022.
- MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Avaliação da formação de enfermeiros segundo a percepção de egressos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 556–561, 2008.
- MENDES, E. V. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. p. 554, 2011.
- MENDES, E. V. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. p. 194, 2015.
- MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620–1625, jul. 2009.
- NASCIMENTO-CARVALHO, C. M.; SOUZA-MARQUES, H. H. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, n. 6, p. 380–387, jun. 2004.
- OCKÉ-REIS, C. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 613–622, 2008.
- PAES-SOUSA, R. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 172–182, nov. 2018.
- PETRY, S. et al. Curricular reforms in the transformation of nursing teaching in a federal university. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, p. e20201242, 2021.
- RASELLA, D. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. e534–e540, 1 set. 2010.
- RATHE et al. Gasto em atenção primária à saúde nas Américas: medir o que importa. **Rev Panam Salud Publica**, n. 46, 2022.
- SANTOS, N. R. DOS. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729–1736, jun. 2018.
- SANTOS, S. M. DOS R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 124–130, mar. 2008.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2007.

SILVA. A organização da política pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/ RJ: uma análise do acesso à Atenção Básica (2007-2011). **Dissertação mestrado**, p. 93, 2012.

SILVA, R. M. DA et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 635–642, mar. 2012.

SIMÃO & ORELLANO. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estud. Econ., São Paulo**, v. 45, n. 1, 2015.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

STARFIELD. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. [s.l.: s.n.].

TANAKA, L. H.; LEITE, M. M. J. The nurses' working process: the view of professors from a public university. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 481–486, 2008.

THUMÉ, E. et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 275–288, set. 2018.

TOSO et al. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, 2021.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018.

VIEIRA. **CRISE ECONÔMICA, AUSTERIDADE FISCAL E SAÚDE: QUE LIÇÕES PODEM SER APRENDIDAS?** 26. p. 34, 2016.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 14 dez. 2020.

Apêndice I

Roteiro de entrevista Profissionais de saúde do município de Campos dos Goytacazes-RJ



Roteiro de Entrevista

Profissional de saúde do município de Campos dos Goytacazes

1. Código do roteiro: _____
2. Profissão: _____
3. Cargo: _____
4. Está em exercício do cargo no momento desta pesquisa? () Sim () Não
5. Atua em setor:
() somente público () público e privado () somente privado

Especifique:

6. “Um funcionário público tem discricionariedade onde quer que os limites efetivos de seu poder deixem-no livre para fazer uma escolha entre possíveis cursos de ação e inação” (BONELLI et al., 2019).

Considera que outros profissionais (não médicos) podem executar atividades (entre elas consultas), dentro da permissão do seu Conselho de Classe, que auxiliem na produção de resultados positivos na política de Atenção Básica de Campos dos Goytacazes?

7. “As unidades de pronto-socorro são predominantemente públicas, porém o atendimento nos estabelecimentos privados também é direcionado ao SUS, o que aumenta a sobrecarga sobre o sistema de saúde” (VIACAVA et al., 2018).

Qual sua visão sobre a sobrecarga dos atendimentos do sistema de saúde em detrimento da rede privada?

8. “A evolução do SUS nos últimos 30 anos também está relacionada a mudanças nos recursos humanos. A disponibilidade de profissionais da área da saúde em geral, e mais especificamente em unidades de Atenção Básica (AB) possibilitam avaliar o crescimento

Apêndice II

Roteiro de entrevista gestores de saúde do município de Campos dos Goytacazes-RJ



Roteiro de Entrevista

Gestores de saúde do município de Campos dos Goytacazes

1. Código do roteiro: _____
2. Profissão: _____
3. Cargo: _____
4. Está em exercício do cargo no momento desta pesquisa? () Sim () Não
5. Atua em setor: () somente público () público e privado

Especifique:

6. “O financiamento do SUS ainda é objeto de disputa, refletindo-se na instabilidade e insuficiência dos recursos alocados, com constrangimentos para a efetivação do SUS na sua completa concepção” (MENICUCCI, 2009).

Considera os recursos financeiros adequados aos gastos em saúde do município de Campos dos Goytacazes? Porque?

7. “Os gestores municipais recuperaram alguma autonomia ao restaurar esse distanciamento financeiro e, assim, a possibilidade de uma gestão qualificada a partir da percepção da demanda” (MENICUCCI, 2009).

7.1. Qual sua visão sobre a descentralização dos recursos financeiros especialmente a partir de 2009 para os investimentos segundo os critérios do município?

7.2. O que mudou a partir da gestão plena dos recursos de saúde?

8. “As unidades de pronto-socorro são predominantemente públicas, porém o atendimento nos estabelecimentos privados também é direcionado ao SUS, o que aumenta a sobrecarga sobre o sistema de saúde” (VIACAVA et al., 2018).

Qual sua visão sobre a sobrecarga dos atendimentos do sistema de saúde em detrimento da rede privada?

9. “A evolução do SUS nos últimos 30 anos também está relacionada a mudanças nos recursos humanos. A disponibilidade de profissionais da área da saúde em geral, e mais especificamente em unidades de Atenção Básica (AB) possibilitam avaliar o crescimento da oferta desses recursos, assim como demonstrar os efeitos de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica” (VIACAVA et al., 2018).

Qual sua visão sobre a ampliação do atendimento na Atenção Básica por profissionais não médicos? Existe alguma proposta para a ampliação desta política?

10. “A participação dos profissionais que atendem ao SUS nas três maiores categorias profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) também revela aspectos interessantes dos recursos humanos. Especialmente entre enfermeiros e médicos, a participação dos profissionais no SUS é elevada, sendo superior a 80% entre os primeiros e a 70% entre os últimos” (VIACAVA et al., 2018).

Considera efetiva a participação dos profissionais Enfermeiros (devidamente qualificados) nos atendimentos da AB?

11. No Brasil, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (nº 7.498/86) e o seu decreto de regulamentação (nº 94.406/87), garantem aos enfermeiros na consulta de enfermagem o direito de realizar a prescrição de medicamentos aprovados por protocolos institucionais. Também, a Portaria nº 2.488/11 (PNAB) estabelece que “cabe ao enfermeiro realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde” (FERREIRA et al., 2018).

Qual seu posicionamento sobre a afirmativa do autor?

12. Espaço livre de fala do entrevistado:
