



Inserção e Práticas de **Enfermagem**

Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)



Faculdade
Wenceslau Braz

Atena
Editora
Ano 2021



Inserção e Práticas de **Enfermagem**

Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)



Faculdade
Wenceslau Braz

Atena
Editora

Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miraniide Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Inserção e práticas de enfermagem

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

I59 Inserção e práticas de enfermagem / Organizadora Silene Ribeiro Miranda Barbosa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-987-5
DOI 10.22533/at.ed.875210405

1. Enfermagem. 2. Cuidar. 3. Saúde. I. Barbosa, Silene Ribeiro Miranda (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aqui representado pelos seis colegas de turma, ao então querido amigo Paulinho Simões e a querida amiga Marcia Raquel, ambos *in memoriam*. Colegas que neste ano de 2020, nos deixaram, pois Deus os chamou para fazerem a comemoração das Bodas de Prata ao lado Dele.

Paulinho e Marcia Raquel, vocês serão eternamente lembrados!

Juliana Maria Fernandes Irineu

Luciana Aparecida Reis

Maria Cristina Porto e Silva

Maria José Felizardo

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Tania da Silva Martins

AGRADECIMENTOS

Gostaria nesta oportunidade de agradecer aos colegas que abraçaram este projeto de apresentar as experiências vivenciadas nestes vinte e cinco anos de graduação. São tantos relatos de experiência que vivenciamos que talvez até tenha passado algum detalhe despercebido, uma vez que resgatamos pela memória sem a conexão com qualquer documento.

Saibam que a determinação e a persistência em dar seguimento a este projeto valeu cada minuto de ligações, lembretes, insistência, e de não ter deixado vocês desistirem. Como valeu!

Ao ver este material pronto só tenho que agradecer a Deus pela iniciativa, disponibilidade e colaboração de cada um de vocês. Que possamos reorganizá-lo daqui a alguns anos, se Deus quiser.

Assim, continuaremos com o exercício da enfermagem que acreditamos, com toda a autenticidade de uma ciência, afinal, o enfermeiro independente da área da atuação, exerce a ciência do cuidado. Sejam eternamente, cientista do cuidado.

Muito Obrigada!

Enfermeira Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa

PREFÁCIO

As duas vertentes que constituem a Enfermagem como profissão são: 1) Corpo próprio de conhecimento (ciência) e 2) Objeto que é o cuidar. Esta profissão alicerçada por esse binômio se destina amplamente à pessoa, família e comunidade nas dimensões de prevenção, promoção, recuperação, controle e reabilitação da saúde.

Entretanto para que mantenha esse aporte é essencial e imprescindível que constantemente o processo cuidativo seja fundamentado ou subsidiado pela ciência. Uma das estratégias de se “nutrir” o cuidar em enfermagem é a experiência acumulada, pois esta pressupõe conhecimento teórico e prático.

Côncias dessa realidade, um grupo de enfermeiras que concluíram a graduação em Enfermagem no ano de 1995, na então Escola de Enfermagem Wenceslau Braz e atualmente denominada Faculdade Wenceslau Braz, na cidade de Itajubá, MG, que completam 25 anos de vida profissional se propôs deliberadamente a escrever o livro “Inserção e Práticas da Enfermagem”.

As autoras desse livro, num verdadeiro espírito inédito e audacioso revelam com esmero, competência e qualidade as suas experiências, conhecimento e aprendizado ao longo desses anos de atuação profissional, sendo o conteúdo de seus capítulos verdadeiro arsenal de aprendizagem a outros profissionais de enfermagem e, especificamente aos atuais acadêmicos de enfermagem, sendo para eles um referencial de práticas e experiências obtidas e acumuladas e com certeza, será para eles também guia ou norteador para a vida profissional, que cada vez mais exige competência e habilidades.

Esse grupo de enfermeiras que constituiu a 37ª turma da mencionada Instituição de Ensino Superior soube com elegância e sutileza apresentar suas experiências profissionais adquiridas durante esses anos de vida profissional tendo como foco o cuidar em enfermagem.

O livro como um todo é ainda fonte enriquecedora de conhecimento profissional de enfermeiros que, atualmente, se dedicam ao exercício profissional em diversas áreas da enfermagem e que contribuem de referencial norteador à atuação da Enfermagem.

Por outro lado, a presente obra será um recurso imensurável para a área da história da enfermagem, pois as experiências profissionais vivenciadas são constituídas essencialmente, por fatos ou situações que, por sua vez, se convertem em episódios históricos que integrarão e ampliarão a história da profissão, especificamente de determinada realidade. Será a criação da nova história da profissão e não meramente a sua replica.

Considera-se ainda, a elaboração dessa produção científica, como gesto altruístico devido ao compartilhamento das experiências e práticas acumuladas. Não houve centralização ou detecção do conhecimento adquirido.

É importante registrar também, que o investimento desse grupo de autoras na organização e publicação desta obra ressalta a importância e a relevância das práticas da enfermagem, inserção de novos conhecimentos e experiências profissionais vivenciadas ao longo de 25 anos de exercício profissional, o que com certeza preencherá múltiplas

lacunas de conhecimento e de dúvidas, contribuindo para a ampliação do corpo próprio de conhecimento da Enfermagem. A Enfermagem como qualquer outra ciência necessita da validação das suas práticas e experiências para que, sua teoria seja mais robusta e intrinsecamente fundamentada e fortaleça a dimensão prática.

Neste sentido, embora esteja situada no campo das Ciências Biomédicas, a Enfermagem é, sobretudo uma disciplina humanística, pois o seu foco é o Ser Humano. Como é possível constatar em cada capítulo, este livro abarca enfoque altamente humanístico, o que coaduna com a própria essência da Enfermagem enquanto disciplina científica.

Acredita-se que este livro contribuirá de forma expressiva e consistente para engrandecimento desta disciplina, que além da natureza científica e também artística, refletindo alto nível de valores humanos, que tornam a Enfermagem muito especial.

Finalmente, cabem aqui os parabéns pela coragem e audácia desse grupo. Trata-se de uma tarefa árdua e exigente em todos os sentidos e aspectos, porém há um provérbio latino que assim se expressa: “Si vis, potes”, se você quer, você pode e acrescenta-se “quem faz o que pode, faz o que deve”.

Um afetuoso abraço a cada uma de vocês.

Prof. Dr. José Vitor da Silva.

APRESENTAÇÃO

A enfermagem é a ciência na qual o conhecimento teórico-prático fundamenta técnicas e estratégias do cuidado, continuamente. A pioneira da enfermagem Florence Nightingale, com princípios e fundamentos científicos já cuidava dos soldados na guerra da Crimeia. É fato que com o avançar do tempo às referências científicas atualizam diante das condições sanitárias. E sendo, a enfermagem uma profissão secular, é de grande importância a reflexão sobre a mesma.

Assim, a obra consiste nos relatos de experiências dos enfermeiros graduados há 25 anos. A mais conhecida é a área de cuidados de enfermagem, abrangendo as unidades pré-hospitalares, hospitalares e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde há um maior número de profissionais diante da demanda do dimensionamento de profissionais e o tipo de cuidado dispensado. A docência, sendo outra área, fundamenta a aprendizagem do aluno, no contexto teórico-prático. Essa atuação avançou, consideravelmente, uma vez que a proposta vem de encontro à colaboração com o processo ensino-aprendizagem. A crescente demanda em prol da categoria resultou na oferta de novos cursos e conseqüentemente a busca por enfermeiros docentes que pudessem atuar junto as Instituições de Ensino.

E para embasar as atividades da enfermagem, a área da pesquisa busca por estratégias e meios que direcionam para uma melhor assistência de enfermagem. Com o advento da pesquisa, os enfermeiros passaram a buscar novas formas, conhecimentos e saberes para nortear a assistência de enfermagem. A busca de novos conhecimentos enfatiza a ansiedade em prol da melhoria da assistência de enfermagem. Já no empreendedorismo, a ênfase na enfermagem se dá na empresa de cuidados ou na gestão dos mesmos. Neste caso, a auditoria e a consultoria são ações que buscam orientar e conduzir a assistência de cuidados para que o cuidado seja o mais adequado possível. E neste contexto para finalizar, temos a gestão que busca gerir a assistência direta ou indireta das Políticas Públicas de Saúde, nas três esferas federativas. A gestão do serviço de saúde culmina com uma visão do serviço como um todo, onde as decisões em diversas esferas proporciona uma visão ampliada das categorias multidisciplinares e interdisciplinares.

O objetivo desta obra é apresentar algumas das experiências de Cuidados de Enfermagem (Atenção Primária e Hospitalar), Gestão, Docência, Pesquisa, Empreendedorismo e Consultoria vivenciada pelos profissionais enfermeiros, após sua formação.

Esta obra livro tem como finalidade compartilhar às experiências vivenciadas, buscando servir como referência para o recém-graduado, bem como para o profissional como consulta e aprimoramento diante do conhecimento compartilhado. Obviamente, cada um tem um perfil profissional, mas a soma das experiências tende a fortalecer a sua tomada de decisão ao se deparar com as diversas situações profissionais.

Por fim, o compartilhamento desta obra descreve a satisfação pessoal em atuar como um profissional de enfermagem. Zelar pelo cuidado do cliente, buscando formas de amenizar sua dor, sistematizando uma assistência de cuidados essenciais e individuais, proporcionando aprendizagens e conhecimentos, participando e propondo pesquisas que fundamentam os cuidados, desafiando a questão empresarial da categoria e por fim, neste

contexto, colaborando com a gestão do serviço público de saúde.

Façamos a diferença! Façamos enfermagem!

Enf^a Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

EVIDÊNCIA DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.8752104051

CAPÍTULO 2..... 19

A SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tania da Silva Martins

DOI 10.22533/at.ed.8752104052

CAPÍTULO 3..... 28

A PRÁTICA DA DOCÊNCIA E A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA NO ENSINO DA ENFERMAGEM

Maria Cristina Porto e Silva

DOI 10.22533/at.ed.8752104053

CAPÍTULO 4..... 35

APLICABILIDADE DO CONTEXTO TEÓRICO-PRÁTICO VIVENCIADO PELOS ENFERMEIROS DOCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Maria Cristina Porto e Silva

DOI 10.22533/at.ed.8752104054

CAPÍTULO 5..... 44

A PESQUISA INSERIDA NA ENFERMAGEM

Luciana Aparecida Reis

DOI 10.22533/at.ed.8752104055

CAPÍTULO 6..... 57

EMPREENDEDORISMO E CONSULTORIA COMO OUTROS CAMINHOS NA ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Juliana Maria Fernandes Irineu

DOI 10.22533/at.ed.8752104056

CAPÍTULO 7..... 65

CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM PARA ATENDIMENTO À CRIANÇA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL: ASSISTÊNCIA EM TEMPO INTEGRAL

Maria José Felizardo

DOI 10.22533/at.ed.8752104057

SOBRE AS AUTORAS	70
SOBRE A ORGANIZADORA.....	71

EVIDÊNCIA DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Faculdade Wenceslau Braz.
Brasília/Distrito Federal..

<http://lattes.cnpq.br/5882112931806109>

A vida resulta da determinação
almejada. (Autoria própria)

RESUMO: Relato de experiência dos 25 anos de Graduação em Enfermagem da 37ª turma de Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Experiências que contextualizam o conhecimento e a execução das atividades da Atenção Primária nos diversos níveis federativos. A experiência junto à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou com a esfera estadual no momento da municipalização, juntamente com as expectativas e a esperança de um sistema inovador. Já no campo municipal, a participação junto à construção do material didático para a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por ter sido algo inovador e piloto no Brasil resultou em uma soma de conhecimentos. A também atuação enquanto supervisora da Estratégia Saúde da Família (ESF) e ACS ampliou o olhar diante da gestão da estratégia somado às experiências como organização, planejamento das construções das Unidades Saúde em Família (USF) e conseqüentemente, o acolhimento dos profissionais nos diversos Distritos Sanitários (DS) que enriqueceram o aprendizado no dia a dia. No nível federal, a

atuação como consultora no Ministério da Saúde elevou a aprendizagem diante das legislações e Políticas Públicas de Saúde. Inserida na Secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) fortaleceu a sensibilidade frente as necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde, especificamente nos Programas Mais Médicos, PROFAPS, PROVAB. E na Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) o conhecimento técnico das inovações legais e estruturais dos serviços ofertados as pessoas idosas fortaleceu a contextualização do SUS. As experiências exitosas nacionais demonstraram o quanto o serviço á pessoa idosa tem fortalecido diante á demanda da clientela. Assim, apresento detalhadamente a oportunidade ímpar em ter participado da gestão do SUS nas três esferas o qual resultou consideravelmente no crescimento profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Gestão. Atenção Primária.

ABSTRACT: Experience report of the 25 years of Nursing Graduation of the 37th Nursing class at the Wenceslau Braz Nursing School. Experiences that contextualize the knowledge and execution of Primary Care activities at the different federal levels. The experience with the management of the Unified Health System (SUS) started with the state level at the time of municipalization, together with the expectations and hope for an innovative system. In the municipal field, participation in the construction of didactic material for the training of Community Health Agents (CHA) for having been something innovative and pilot in Brazil resulted in a sum of knowledge. Also acting as a supervisor for the Family Health Strategy (FHS) and ACS broadened the perspective of the strategy management added to the experiences as

organization, planning of the construction of the Family Health Units (USF) and, consequently, the reception of professionals in the different Districts Toilets (DS) that enriched learning on a daily basis. At the federal level, acting as a consultant in the Ministry of Health increased learning in the face of laws and Public Health Policies. Inserted in the Secretary of Labor Management and Health Education (SGTES) strengthened the sensitivity towards the need for permanent education of health professionals. specifically in the Mais Médicos Programs, PROFAPS, PROVAB. And in the Elderly Health Coordination (COSAPI) the technical knowledge of the legal and structural innovations of the services offered to the elderly strengthened the contextualization of SUS. Successful national experiences have shown how much service to the elderly has strengthened in the face of customer demand. Thus, I present in detail the unique opportunity to have participated in the management of SUS in the three spheres which has resulted considerably in professional growth.

KEYWORDS: Nursing. Management. Primary attention

INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca compartilhar as experiências por mim vivenciadas no decorrer dos meus 25 anos de formação profissional, sobre a qual cumpre registrar que, com muito orgulho, fiz parte da 37ª turma de Graduação em Enfermagem da Faculdade Wenceslau Braz.

Foram experiências únicas, que somaram e resultaram em uma visão complexa do Sistema Único de Saúde (SUS), momentos que oportunizaram a partilha com colegas de diversas regiões do país. As dificuldades e aprendizagens descritas a seguir buscam mostrar que o importante é ter na íntegra a certeza de que se pode fazer uma enfermagem diferenciada. Ao relatar o início da trajetória profissional, vem à tona o desafio diante de cada caminhada, assim como os estímulos que estiveram presentes.

Inicialmente, as experiências foram juntas à assistência hospitalar, por um período de aproximadamente dois anos, em hospitais de pequeno porte no interior de Minas Gerais e São Paulo. No entanto, as demais aprendizagens aconteceram na docência e na gestão do SUS. Assim, a experiência acumulada permite permear pelas três esferas de gestão federativas do SUS, sendo, portanto, o objeto deste relato.

Essas experiências aconteceram em diferentes áreas geográficas como Norte, Nordeste e Centro Oeste, possibilitando conhecer o funcionamento do SUS em grande parte do país e a atuação da enfermagem nas respectivas localidades, resultando em uma bagagem ímpar de aprendizagem. Os relatos trazem o processo da descentralização na experiência estadual, a municipalização com um processo piloto da capacitação dos Agentes Comunitários da Saúde, no nível municipal, e a experiência da atuação como consultora em duas Secretarias, no nível federal, descritos nesta ordem.

ESFERA ESTADUAL

Já formada em enfermagem, no ano de 1999, por questões familiares fui residir na região Norte, mais precisamente na cidade de Rio Branco, capital do Acre. Ali, permaneci por três anos. A cidade é uma capital estilo interiorana, sendo um município muito acolhedor.

Houve muita curiosidade em conhecer a região, assim como a atuação da enfermagem nessa. Assim que cheguei, agilizei a solicitação da transferência para o Conselho Regional de Enfermagem (COREN/AC) a fim de buscar oportunidade de trabalho.

Diante da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Estado, houve processo seletivo junto à Secretaria de Saúde do Estado (SESACRE) para compor as novas equipes do programa, oportunizando a atividade na área.

Vale registrar que a Constituição Federal de 1988, no art. 196, deu origem ao Sistema Único de Saúde ao definir que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”¹ E no art. 198 descreve as diretrizes as quais o SUS deveria seguir: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.”¹

A regulamentação do SUS se deu por meio do art. 4º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, definindo-o como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.”² A regulamentação também definiu os dois princípios: os doutrinários (universalização, equidade e integralidade); e os organizativos (regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular).

O Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 obteve uma nova nomenclatura a partir do momento em que se consolidou como a estratégia de abrangência nacional e prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006.³ Sendo considerada Estratégia Saúde da Família (ESF), a Portaria 2436 de 31 de setembro de 2017, no seu art.7º, inciso I e II reforça e propõe a reorientação do modelo e apoia e estimula a adoção da ESF como prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica.⁴

Preliminarmente, fui contratada por uma ONG ligada à Igreja Católica da Diocese de Rio Branco, para prestar serviços para a SESACRE. Inicialmente, participei do curso de capacitação sobre a Legislação do SUS, Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde (EACS), unificando o conhecimento de todos os profissionais. Com a inovação da Política de Saúde a educação continuada sempre esteve muito presente, visto que aquela gerou muitos questionamentos, e, conseqüentemente, coube à coordenação o papel de amenizá-los sempre que possível.

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica.⁴

Em um primeiro momento integrei uma equipe da Estratégia Saúde da Família, mas, devido à desistência do médico, atuei, com os demais colegas, em uma equipe de transição, sendo composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis

agentes comunitários de saúde. A equipe permaneceu nesta condição por alguns meses até a chegada de um novo médico.

Atuei à frente da equipe, a qual tinha uma agenda semanal organizada para atender dentro das possibilidades, pois não havia espaço físico ideal. Era utilizado o espaço da igreja católica da área de abrangência, de segunda a sexta feira no horário das 8 às 17 horas. A agenda foi organizada e planejada com toda a equipe para atender os dois turnos na semana por meio de: territorialização, cadastramento, capacitação dos agentes comunitários, discussão dos relatórios dos agentes de forma individual e em grupo, ações intersetoriais, consultas de enfermagem (com adaptação do ambiente), visitas domiciliares, educação em saúde e reuniões junto à coordenação.

A educação em saúde, por muitas vezes, foi realizada nas garagens das residências disponibilizadas pela própria comunidade, ou até mesmo, literalmente, embaixo das árvores, uma vez que havia falta de espaço e não falta de interesse dos usuários. Já em outros momentos aproveitaram-se as discussões dentro das hortas comunitárias. A questão fitoterápica sempre esteve presente na região Norte. Tinha-se o apoio dos profissionais que trabalhavam com a linha fitoterápica, que proporcionavam conhecimentos a serem repassados à comunidade. A presença da comunidade nas atividades de educação em saúde foi concreta. A cada contato com a comunidade reforçava-se a relação com a equipe, criando laços e aumentando a responsabilidade dos profissionais e, como consequência, fortaleceu-se a responsabilidade da cobertura da estratégia.

A promoção da saúde ocorre quando a comunidade se apropria dos conhecimentos necessários para melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação dos indivíduos no controle deste processo.⁵

A área de abrangência com extrema vulnerabilidade fomentou um trabalho contínuo e persistente junto à comunidade. Tal situação ocasionou uma vivência esperançosa, dia a dia, para que tudo se ajustasse o quanto antes, em busca da melhora dos dados epidemiológicos e sanitários e, conseqüentemente, a melhora da qualidade de vida. Incansavelmente, foram utilizadas ferramentas inovadoras para que os usuários aderissem às orientações.

Com as mais diversas particularidades regionais, a linguagem é algo peculiar. No início dos atendimentos, muitas vezes, a presença do agente comunitário se fez necessária para o entendimento conciso do usuário.

Diante da descentralização, a coordenação demandou algumas permutas profissionais e, nesta oportunidade, passei a atuar tecnicamente junto à coordenação. Com essa oportunidade comecei a entender e compreender melhor o funcionamento da gestão do SUS na transição da descentralização. Naquele momento a equipe contou com assessoria dos técnicos do Ministério da Saúde (MS), que permaneceram por alguns meses organizando, assessorando e colaborando com a política que estava sendo implantada.

Em decorrência da transição da municipalização, algumas Unidades de Saúde da Família (na região eram conhecidas como Módulos de Saúde da Família) e seus respectivos profissionais foram remanejados para a gestão do município e outras permaneceram junto à gestão estadual. O foco foi amenizar a descentralização e continuar com a mesma

assistência ofertada à comunidade, independentemente da gestão. A adaptação das responsabilidades se deu de uma forma gradual e progressiva, otimizando o melhor meio para administrar os repasses dos recursos financeiros.

A diretriz da municipalização, que se revelou a partir da descentralização da política de saúde, reforça a perspectiva democrática e de ampliação de direitos, mas impõe também novos desafios à efetivação da democracia nos planos municipal e nacional.⁶

Visando o acompanhamento dos trabalhos das equipes de Saúde da Família, a equipe técnica da coordenação realizava visitas *in loco* para discutir as realidades, assim como suprir os materiais necessários para a realização das atividades e/ou procedimentos. As visitas eram realizadas semanalmente, dentro das prioridades pontuadas pelas equipes e discutidas junto à coordenação. Mensalmente, junto com a coordenação eram analisados os indicadores epidemiológicos e sanitários, Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) e as fichas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Ficha A (cadastro), SSA2, PMA2, B-GES, B-DIA, B-HAN, B-TB. Essas fichas alimentaram o Sistema de Atenção Básica (SIAB). Com esses dados era acompanhado o trabalho das equipes, focado na qualidade do trabalho, que repercutiu na assistência junto à comunidade.

A equipe realizava o estudo diante dos dados epidemiológicos e sanitários, visando obter a melhor resposta possível do trabalho das equipes junto à comunidade. E quando necessário intervinha com discussões, sugestões ou até mesmo com capacitações. Observar a melhora dos dados era o propósito da equipe, que apoiava aos demais municípios de acordo com a demanda.

Recordo que em uma das campanhas de vacinação a equipe se organizou para levar os imunobiológicos e insumos aos municípios. O estado é pequeno, no entanto, o percurso entre os municípios tem algumas particularidades. Fiquei responsável pela entrega dos materiais para imunização no município de Santa Rosa do Purus, uma pequena cidade que faz divisa entre Brasil e Peru. Para chegar lá existem duas possibilidades: via fluvial sendo até sete dias de barco (dia e noite) e via aérea (avião monomotor).

Toda a campanha foi planejada com base no grupo que seria imunizado, os insumos necessários e a logística (inclusive o peso de cada profissional que viajaria para colaborar com essa ação: enfermeira, técnica de enfermagem e piloto). Tudo precisou ser “verificado”, pois havia limite de peso, sendo fator decisório para a composição da equipe.

Ao sobrevoar a cidade de Santa Rosa do Purus, as crianças indígenas que brincavam no campo de futebol perceberam a intenção de pouso do avião e se distanciaram para que esse tivesse sucesso sem qualquer intercorrência. Ao pousar logo percebi uma fila de moradores que desejavam uma carona até a capital para se tratarem com consultas e/ou exames mais complexos. O paciente substituiria os insumos levados. O critério de escolha do paciente, infelizmente, não considerou a priori a questão técnica de saúde, mas sim do peso.

O piloto nos orientou quanto à necessidade de agilizar o trabalho para que o retorno acontecesse antes das 15 horas devido a pouca iluminação natural (Floresta Amazônica) e do próprio avião monomotor, e essa condição poderia prejudicar o voo. Mas tudo ocorreu perfeitamente, inclusive o relatório da campanha demonstrou o alcance da cobertura vacinal ideal.

Assim, aos poucos a transferência entre as gestões estaduais e municipais foram articulando entre si e a transição tornando-se mais amena, obtendo-se um resultado positivo diante da descentralização do SUS. Obviamente, as mudanças geraram muito questionamento até o entendimento na íntegra da proposta. E com o SUS não foi diferente.

Nessa região a valorização do profissional enfermeiro foi algo marcante. Não se questionava, mas sim argumentava. A valorização do enfermeiro na Atenção Básica sempre esteve presente, e o fato de se ter um profissional médico apenas somava. Outra questão foi a preocupação com a atualização dos profissionais diante da implantação ou mesmo implementação de novas políticas ou de novas ferramentas. As capitais da região Norte se articulavam para que os representantes dos estados recebessem capacitações, uma vez que os técnicos atuariam como multiplicadores nos respectivos estados. Recordo que houve uma nova orientação teórico-prática sobre o SIAB e a equipe passou uma semana recebendo capacitação na cidade de Manaus, juntamente com colegas dos demais estados da Região Norte.

Os recursos financeiros do SUS passaram a ir direto para a Secretaria do Estado e, conseqüentemente, em agosto de 2001 houve novo processo seletivo e a contratação finalmente ocorreu pela própria SESACRE. Com a nova distribuição dos profissionais dentro da Secretaria, minha atuação junto a Coordenação Saúde da Mulher, com demandas voltadas a parceria com a ESF. A proposta buscou soluções em prol da melhor qualidade de vida para as mulheres das áreas de abrangências da Estratégia Saúde da Família.

Acredito que o diferencial seja o reconhecimento da região Norte: respeito profissional e as implantações de Políticas de Saúde orientadas pelo Ministério da Saúde, dentro do contexto técnico, independente da visão político-partidária.

GESTÃO MUNICIPAL

No ano de 2002, já na cidade de Salvador/Bahia e ansiosa por novos desafios, agilizei a transferência do Conselho, pois tive ânsia em atuar o mais breve possível, aproveitando as aprendizagens adquiridas junto a esfera estadual na Região Norte. Mesmo tendo iniciado o trabalho como enfermeira da EACS em uma cidade da região metropolitana, tive a oportunidade de trabalhar com a ESF na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador. A Estratégia Saúde da Família legalmente é a mesma em todo país, o diferencial se deu em decorrência da municipalização já ter ocorrido e da evolução dos parâmetros administrativos.

A proposta de trabalho foi supervisionar as equipes das Unidades Saúde da Família (USF) e Agentes Comunitários da Saúde existentes e, ao mesmo tempo, participar da expansão das ESF nos demais Distritos Sanitários (DS).

A primeira atividade a mim destacada foi capacitar as enfermeiras da EACS. A capacitação fez parte da programação conjuntamente com a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), da expansão das equipes no município de Salvador. Assim, com outra colega (apenas duas supervisoras naquele momento) foi planejado e organizado conjuntamente o curso solicitado. A EACS esteve presente em todos os DS, enquanto a ESF somente no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) com 11 equipes.

O Distrito Sanitário deve ser compreendido sobre duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS no município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão.⁷

A ampliação da ESF no município de Salvador partiu dos resultados positivos com a EACS composta pelos agentes de saúde e um enfermeiro, realizando a territorialização da área, cadastro das famílias, visita domiciliar, educação em saúde (palestras), encaminhamento aos médicos da UBS de referência, e mapeando o número provável de equipes de Saúde da Família para a cobertura ideal do município.

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São alguns dos itens necessários à implantação dessa estratégia: o número de ACS e Agente Comunitário de Endemias (ACE) por equipe deve ser definido de acordo com base populacional; e enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe.⁴

Destaco como uma das experiências exitosas para a enfermagem o reconhecimento diante da análise das plantas físicas para construção das USF. Juntamente com um engenheiro e um arquiteto, participei de uma equipe multiprofissional, que realizou discussões sobre a avaliação dos imóveis para adequação e reforma. Assim, essa equipe esteve à frente sempre da necessidade de construção, reforma ou adequação de alguma USF. Essas reformas foram realizadas com base nas orientações da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC 50)⁸ por ser um Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e, obviamente, acompanhamento *in loco* das USF. O desafio chegou literalmente com o estudo sobre a RDC 50 para que se pudesse discutir sobre as plantas baixas das unidades.

O acompanhamento da obra foi assistido literalmente, pois os engenheiros e arquitetos acreditavam na percepção detalhada da enfermagem. A coordenação municipal juntamente com as supervisoras avaliava a extensão da unidade paralelamente ao número de equipes necessárias àquela região. As USF, em sua grande maioria, foram construídas para receber até três equipes de Saúde da Família. Com a unidade pronta para inauguração, a supervisora responsável por essa unidade articulava a logística relacionada a imobiliários e equipamentos diante do número de equipes dentro de USF.

Cada unidade construída foi preparada com toda ambientalização necessária, segundo a RDC 50: ventilação, iluminação, pisos e paredes, cobertura, materiais de acabamento, fluxo de pessoas e materiais, portas, janelas, lavatórios e pias, bancadas, armários e estantes, área externa e sinalização.⁸

A estrutura das unidades teve sua área construída de forma bem distribuída, cada profissional com seu consultório. Em unidades com metragem menores, os profissionais acordaram para utilizarem os dois períodos: atividades *intra muro* e *extra muro*.

O Pacto pela Saúde ajustou as transferências diretas de recursos do nível federal

para estados e municípios. Isso, contudo, não significou maior autonomia para os níveis subnacionais no uso de tais recursos, já que as transferências eram para ações e programas específicos determinados previamente pelo nível central.⁹

Cada ação realizada com os recursos públicos era, obviamente, levada em consideração na prestação de contas para o fundo do Ministério da Saúde. As estratégias de saúde planejadas com base no Plano Plurianual (PPA) deveriam ser aprovadas e apreciadas pelo respectivo Conselho de Saúde.¹⁰

Os recursos financeiros destinados à SMS relacionados à expansão da Estratégia Saúde da Família foram geridos por uma empresa privada, Real Sociedade Espanhola de Beneficência, via contrato administrativo.

É válido reforçar que o contrato administrativo é um dos instrumentos formais utilizados para estabelecer e operacionalizar as relações entre o Poder Público e a iniciativa privada, nas hipóteses de complementação da oferta assistencial, e guarda algumas particularidades que lhe são próprias e só a eles, funcionando, por conseguinte, como elementos identificadores desse tipo de instrumento. Há a obrigatoriedade de um processo licitatório, em que a Administração Pública convoca, por meio de edital ou aviso, interessados em apresentar propostas para contratação de prestação de serviços de saúde, e se sujeitem às condições fixadas no instrumento convocatório. Não é sigiloso, é público e acessível aos cidadãos.¹¹

A contratação dos profissionais aconteceu em três modalidades, conforme a demanda de serviço: concurso, para as diversas categorias profissionais; contrato, pela Fundação vinculada à Universidade do Estado da Bahia (FAPES) da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), responsável pela contratação parcial da equipe de supervisão, entre outras contratações; e processo seletivo, para agentes comunitários.

Este último constou de três etapas: prova escrita, entrevista (coletiva e individual) e o curso de capacitação. As etapas foram eliminatórias e a nota final foi a média aritmética de todas as fases, para que assim, soubessem a classificação obtida.

Art. 9º A contratação de ACS e de ACE deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.¹²

Para a entrevista (coletiva e individual), a convocação abrangeu até três vezes o número de vagas. Posterior à etapa da entrevista, quando aprovado, o candidato participou do curso de Capacitação do Agente Comunitário de Saúde. Curso esse que se tratou de projeto piloto em todo Brasil. Uma equipe de técnicos da Secretaria de Saúde, incluindo as supervisoras da Estratégia Saúde da Família/Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde, elaborou esse curso com base na legislação do SUS, com carga horária de 8 horas diárias, por uma semana, totalizando 40 horas semanais, certificado pela Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS) Professor Jorge Novis, vinculada à SESAB.

Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: I - residir na área da comunidade em

que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
II - ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas.¹²

A dinâmica do curso contextualizou a diversidade de metodologias de aprendizagem, uma vez que esse profissional se tornou multiplicador da saúde. O processo avaliativo transcorreu durante o curso de capacitação, sendo ministrado por duas técnicas, para que ambas avaliassem, continuamente, os candidatos em cada segmento do dia. A nota adquirida no curso somou as etapas anteriormente realizadas, obtendo assim a média aritmética e conseqüentemente a média final.

Observou-se com essa qualificação inicial que o ACS demonstrou uma amplitude de conhecimento sobre o SUS, que muitas vezes não se percebeu nos profissionais que compunham as equipes, ressaltando com isso a importância de uma capacitação inicial e permanente. A Lei 13.595, no Art. 5º, § 3º diz que “cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias poderão ser ministrados nas modalidades presencial e semipresencial e seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação.”¹³

A proposta de expansão da estratégia absorveu os dados da territorialização das equipes de ACS distribuídos em todos os DS do Município, para a programação da implantação das ESF dentro destes DS, diante da vulnerabilidade social. Um dos tópicos trabalhados no curso foi a territorialização, que é uma ferramenta extremamente necessária e colaborativa junto à estratégia, sendo assim definida:

Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.⁴

A partir dessa inserção no território é que se pode produzir modos de aprender, intervenções que consideram o saber sobre as pessoas e a clínica ampliada no território, fundamentais na ESF, fortalecendo a relação entre ensino-serviço-comunidade.¹⁴

Com a expansão de novas equipes, conjuntamente houve a necessidade de ampliar a equipe de supervisão para nove supervisoras, tendo em sua composição enfermeiras, nutricionistas e odontólogas. A distribuição dos 12 distritos para atuação ocorreu de forma democrática, ficando algumas supervisoras responsáveis por mais de um distrito, conforme necessidade.

Mediante isso, assumi o desafio de trabalhar com o distrito mais distante e ao mesmo tempo de maior vulnerabilidade social, somado com uma extensa programação de

implantação de novas equipes, com conselhos locais atuantes e uma população que pedia socorro devido à carência de serviços de saúde. O desafio foi grande e conseqüentemente houve muito trabalho para oferecer a comunidade uma dinâmica de atendimento compatível com a realidade da população. Nessa região os Conselhos Locais de Saúde (CLS) sempre foram muito atuantes e acompanhavam as articulações políticas. Obviamente, com a expansão da ESF não foi diferente.

A dinâmica junto aos CLS trouxe ótimos resultados, como por exemplo, o trabalho maravilhoso junto à comunidade referente ao entendimento da estratégia. Afinal, toda a população de Cajazeiras ganhou com a implantação da ESF que teve como propósito oferecer a melhor qualidade de atendimento à saúde. A parceria da SMS com o Distrito Sanitário evoluiu positivamente a cada nova inauguração de USF.

A supervisão técnica descentralizada favoreceu o acompanhamento mais de perto dos trabalhos dos profissionais das ESF do DS, assim como proporcionou novos desafios junto às implantações das ESF, pois cada Distrito teve sua particularidade. Os próprios CLS buscaram sensibilizar em busca dos 100% de cobertura da estratégia.

A autonomia comunitária pode servir de meio para a construção da cidadania e da corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida da comunidade e para a participação popular.¹⁵

É pensando nessa dinâmica que a função do Conselho Local de Saúde e, por conseguinte, do controle social é ser um dos alicerces para o fortalecimento da atenção Primária à Saúde idealizada pela ESF. Esse ideário se fundamenta na percepção de que os indivíduos que utilizam os serviços de saúde têm maior legitimidade para fiscalizar e acompanhar tais serviços, podendo participar das deliberações acerca de suas diretrizes.¹⁶

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.¹⁷

A parceria dos Conselhos na implantação das equipes resultou no sucesso da ampliação, visto que em 2002 tínhamos 11 equipes de Saúde da Família, somente no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF), e em 2005 fechamos com 93 equipes distribuídas nos 12 Distritos Sanitários.

Posterior ao dia da inauguração da USF, a supervisora responsável, iniciava-se um trabalho de acolhimento. Todos os profissionais, independente da categoria profissional, conheciam a área de abrangência realizando cadastro domiciliar, que é a forma mais rica de conhecer a população. Os ACS acompanharam um profissional técnico, em virtude do conhecimento junto à população, e esses aproveitaram para divulgar as novas equipes profissionais que acompanhariam as famílias. Essa apresentação junto à população otimizou a articulação serviço/comunidade facilitando a compreensão e o atendimento a todos.

A organização das agendas de atendimento, visitas domiciliares, atividades

educacionais intra e extra muro, mutirões de atendimentos, entre tantas ações, foram bem compreendidas diante do trabalho discutido com as lideranças do bairro.

Como parte das etapas de planejamento, as equipes realizavam além da identificação dos problemas, por meio do uso de informações e da definição de ações e atividades, momentos de reuniões semanais para o acompanhamento das atividades que estavam em andamento e para a avaliação das atividades já concluídas.¹⁸

Periodicamente, os profissionais, a supervisão e os técnicos do DS se reuniam a fim de conhecer a realidade da ESF e, conseqüentemente, propor ajustes, caso necessário, na melhora dos dados, resultando no ganho em conjunto. Há de se ressaltar que as enfermeiras da EACS participavam conjuntamente, pois muitas equipes estavam na transição de EACS para ESF, colaborando com ações que contornavam os limites de territorialização das equipes.

A adequação, sob as orientações da Vigilância Sanitária e a RDC 50 nas estruturas das USF favoreceu as atividades educativas realizadas interiormente, em consequência da distribuição das salas no interior da USF, como por exemplo: sala de reunião com agendamento interno de reuniões semanais dos profissionais intercalando com as atividades educativas. A estrutura física da USF somada às formas de trabalho diferenciado foi responsável pelos resultados alcançados. Observou-se, categoricamente, o compromisso entre as unidades de cada DS na busca de melhores indicadores.

Desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, visto que não bastam equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Assim sendo, há uma preocupação de soma e discussão de estratégias focadas na melhoria do Sistema Único de Saúde.¹⁹ Os resultados dessa parceria foram notórios, além da contribuição com a organização do serviço, discussão de diversas situações particulares de cada ESF, capacitações inúmeras tanto para os agentes comunitários como para os técnicos, assessoramento junto a equipe gerencial de cada USF, monitoramento dos indicadores e a busca da melhor integração entre todos os integrantes das USF.

Toda USF precisa de uma gerência. No caso da cidade de Salvador optou-se por uma experiência também inovadora: a comissão gerencial. Cada equipe teve um representante para formar a comissão gerencial. Por exemplo, se havia três equipes dentro da USF, conseqüentemente seriam três representantes na comissão gerencial. Cada equipe escolheria um profissional, ou mesmo por sorteio, para representá-la por três meses, e assim, sucessivamente. Poderia ser o médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem ou auxiliar de consultório dentário (ACD). Certamente, todos passariam por essa experiência. A atribuição da comissão gerencial foi dividida entre os integrantes, assim, todos os componentes estiveram juntos na gerência da USF. Havia um apoio administrativo, que jamais poderia assumir a gerência da unidade.

A experiência da comissão sanou alguns questionamentos a partir do momento que todos os profissionais estiveram à frente da gerência, crescendo com isso o respeito diante do colega sem qualquer comentário leviano.

A experiência de ter acompanhado as evoluções dos trabalhos da USF Boca da Mata iniciando com o curso de capacitação dos ACS, a construção e reforma da USF

Cajazeiras X e USF Cajazeiras V, e também, a reforma de USF Cajazeiras IV resultou na amplitude da visibilidade do trabalho na Atenção Básica, sendo fruto de persistência na Política de Saúde.

Com o tempo, houve a desativação da equipe de supervisão. Segundo os profissionais, a falta da supervisão foi notada consideravelmente, uma vez que, a equipe oferecia suporte técnico desde a implantação da Estratégia Saúde da Família.

Digo que a experiência vivenciada junto a esfera municipal reforçou, mais uma vez, que a enfermagem é a ciência do cuidado! E, que este cuidado vai muito além da assistência, exigindo assim, uma visão holística diante das condições e/ou situações que corroboram com a oferta do cuidado.

GESTÃO FEDERAL

Em 2013, já na cidade de Brasília atuei como consultora no Ministério da Saúde. Algo desafiador em todos os sentidos, pois paira sobre o profissional a concretização de todo um projeto idealizado, ajustado, planejado e enfim, alcançado!

Partindo do princípio que “o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação²⁰”. Aqui se identifica o poder dos dirigentes do SUS de atuar na política de saúde, interferindo no campo econômico e social.²⁰ Busca, assim, participar da contextualização com o propósito em ser um profissional colaborativo na questão.

A inserção dos profissionais no Ministério da Saúde acontece de duas formas: concurso ou processo seletivo. O desenrolar profissional dos consultores somam aos concursados, uma vez que a proposta é complementar o quadro efetivo dos técnicos.

Portanto, o almejo profissional junto à gestão federal desafia o profissional frente ao conhecimento técnico para a desenvoltura de sua capacidade, proporcionando a aquisição contextualizada da política de saúde. Uma vez que a gestão propõe formas diferenciadas de somar e sugerir Políticas Públicas de Saúde inovadoras e modificadoras com a simples proposta de melhoria, hoje e sempre.

O Gestor Nacional do SUS formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.²¹

A primeira atuação ocorreu junto à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), Secretaria responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde do Brasil.

No contexto nacional, o marco de destaque na política de educação dos profissionais da saúde foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003, que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de

iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS.²²

A operacionalização das ações fortaleceu-se na questão do saber ouvir, se posicionar e ter clareza do contexto político do país. Aqui, vale ressaltar, que não é a questão político partidária, mas a questão da política pública, em que a prioridade é fazer o melhor em prol da sociedade.

Dentro das inúmeras estratégias de trabalho da SGTES, algumas tornaram mais próximas pela atuação direta. Visando a questão da preocupação com o profissional, o Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) buscava qualificar e ou aperfeiçoar os profissionais de nível médio junto à Atenção Primária.

Assim, elencamos as necessidades de capacitação e programamos com atenção redundante para a necessidade do momento, obtendo assim, profissionais qualificados diante da real necessidade.

Já a articulação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) fortaleceu muitos dos municípios do país com carência de profissionais como: médicos, enfermeiros e odontólogos. Essa defasagem técnica impedia que a UBS compusesse as equipes mínimas. A oferta profissional coube ao MS, e o gasto com moradia e alimentação ao município interessado. A viabilização aconteceu através de um cadastro efetuado pelo município junto ao Ministério, assim como, os profissionais o fizeram, destacando sua intenção de trabalho nas localidades disponíveis pelo MS. A bolsa de remuneração ficou a critério do MS diante do acompanhamento do trabalho do profissional.

A compreensão legal e política da saúde favorece a atuação no dia a dia das demandas que surgem, sendo assim, há necessidade de conhecer as diversas legislações que precedem a questão da saúde, dos recursos, das articulações entre os entes federativos, das políticas atuais, e assim por diante.

Posteriormente, o Programa Mais Médicos buscou diminuir a carência profissional médica, uma vez que, a grande centralização desses profissionais permanece na região Sudeste. Obviamente, o critério pela escolha entre os programas também dependeria dos recursos humanos disponíveis. Com a necessidade de contratação dos médicos estrangeiros, juntamente com outros técnicos capacitamos os médicos sobre a Legislação do SUS, antes que estes fossem direcionados para os municípios em questão.

Visando conhecer o desenrolar profissional diante da proposta do programa houve uma demanda na qual, os técnicos do MS viajaram por várias cidades para observar *in loco* o trabalho desses profissionais. Após o nosso retorno, a equipe consolidou os resultados de todas as regiões concluindo de forma positiva os resultados diante da interação profissional perante o programa.

O maior desafio da gestão é justamente otimizar a demanda no contexto atual da saúde, sendo necessário, a vinculação entre os demais departamentos e secretarias favorecendo o conhecimento e a atuação propriamente dita. A política da SGTES favorece a educação contínua dos profissionais da rede em consonância com uma atualização

constante, em que a compreensão legal diante das profissões enriquece e desafia as novas atualizações e propostas de educação permanente. Inclusive os profissionais que participaram do PROVAB e Mais Médicos com bons resultados após dois anos ganharam uma bonificação diante da residência a qual almejavam.

A segunda atuação deu-se na Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI), que é uma área mais técnica. A parceria junto ao Conselho Nacional do Idoso (CNI) e Ministério dos Direitos Humanos (MDH) se fizeram constante, com objetivos parecidos e propostas de trabalho diferenciadas fundamenta-se a pessoa idosa.

A proposta única e perspicaz sempre fortaleceu a pessoa idosa dentro da sociedade. A partir do contexto atual do envelhecimento, pode-se assim refletir:

Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transformou, no entanto, no grande desafio para o século atual.²³

Consequentemente, havia uma preocupação, pois se trata de um dos desafios atuais: escassez e/ou restrição de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Esse fato é decorrência do padrão das doenças dos idosos, que são crônicas e múltiplas e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.²⁴

Por ter concluído o curso de mestrado em Gerontologia, estava com uma ânsia de compreender a política e ao mesmo tempo buscar a percepção da população sobre a pessoa idosa. Com relatos anteriores, o fato de ter trabalhado no atendimento na UBS, acreditei nas experiências que poderiam fazer diferença.

Como era uma equipe de técnicos discutiam-se ideias e propostas a fim de colaborar com a coordenação e ter a saúde da pessoa idosa mais articulada, uma vez que existiam outros órgãos com essa mesma discussão. O contexto não é simples, mas é necessário!

O envelhecimento é um fato biológico. Envelhecer requer uma forma de aceitação pessoal do próprio processo, variando de acordo com o que cada um vivencia dia a dia. Alguns aceitam mais do que outros, até mesmo porque tem relação com a condição em que a pessoa se encontra. As diversas patologias que muitas vezes acompanham as pessoas idosas interferem na aceitação de um comportamento educativo, buscando-se uma melhor qualidade de vida. Essa é a proposta da COSAPI, pensar e articular meios para intensificar cada vez mais a assistência prestados a pessoa idosa.

A transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar.²⁵

A implementação das ações voltadas à pessoa idosa sempre foi marcante, assim como as experiências exitosas, evento que destacou as atividades em evidências dos municípios. Os municípios trabalham incansavelmente para demonstrar o retorno do investimento na questão do envelhecimento, uma vez que, tem sido preocupante diante do número de pessoas em processo de envelhecimento o qual traz uma particularidade na assistência do cuidado. Sugestões e trabalhos dos mais diversos modelos e ações a fim de demonstrar a parceria diante da Política da Pessoa Idosa.

Por vários momentos, discutiu-se a respeito da regionalização das consultoras técnicas. Sugestão essa que acompanharia mais de perto cada região do país, diante da grande demanda. O cuidado junto à pessoa idosa desafia dia após dia, e as demandas que chegavam até o órgão federal era algo peculiar do nível municipal. Perdiam as oportunidades de facilitar o atendimento entre o idoso e os familiares, ao mesmo tempo, em que poupa desgaste entre o nível municipal com o nível federal.

A experiência na gestão federal pode elucidar e afirmar, categoricamente, a narrativa de que o enfermeiro tem conhecimento para tal e, portanto, uma ampla percepção do contexto do trabalho. As complexidades das atribuições da enfermagem favorecem na idealização das ideias diante das Políticas de Saúde. Muitas outras articulações poderiam ser feitas, mas as questões eram centralizadas e isso impedia um olhar mais amplo na conjuntura da equipe. No entanto, entende-se como um fator a mais para posterior experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação profissional inserida nas três esferas federativas translucidou a relação da implantação e implementação da Política Pública de Saúde pelo Ministério da Saúde e gerenciadas nos demais entes federativos. A participação na descentralização foi um momento ímpar por meio da vivência histórica com a concretização da Constituição Federal.

Ao se comparar o contexto histórico da saúde ofertada aos usuários com a atual realidade, depara-se com resultados promissores e esperançosos diante do avanço cada vez mais comprometido diante da demanda e da oferta.

A descentralização foi um momento de grandes expectativas! Grande era o questionamento quanto à gestão dos municípios, acredito, até mesmo, que os próprios gestores municipais tinham receio da competência que os cercavam. Aos poucos todos foram compreendendo a capacidade de cada gestor e percebendo que, quanto mais próximo o gestor estivesse do ente federativo, os resultados seriam melhores.

A municipalização elucidava onde se podia chegar. E assim, a Saúde Pública baiana experimentou grandes oportunidades de crescimentos. A determinação pela expansão da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família foi decisiva pela ampliação, e conseqüentemente, pelos resultados obtidos. Obviamente, o contexto da gestão municipal é diferente da estadual e assim sucessivamente. No entanto, o fato de cada ente ter sua autonomia diante da gestão não descarta a necessidade da compreensão diante das ideias inovadoras em prol da sociedade. É interessante a percepção do conjunto integrado da saúde direcionado para que o Sistema Único de Saúde esteja o mais abrangente possível

dentro das legislações que o vigoram.

As diversas realidades dentro dos mais de cinco mil municípios e a postura individualista partidária dos gestores dificultam a aplicabilidade da contextualização do SUS. Não é questão de se questionar a autonomia do município. A discussão das decisões político-administrativas e suas consequências estão a cargo do gestor, e essa realidade em alguns momentos é lembrada parcialmente, o que empobrece a prática de uma assistência com qualidade.

A experiência de forma ascendente favoreceu na atuação no momento que alcancei a oportunidade de trabalho junto ao órgão federal. No nível central o momento da minha inserção trouxe desafios imensos como a de identificar a fragilidade profissional em grande parte do país, para complementar a composição das equipes de Saúde da Família - a permanência dos profissionais na Região Sudeste – resultando com a uma grande defasagem diante das populações ribeirinhas.

Observar a Política de Saúde do Órgão Federal transluz á dimensão de algumas fragilidades as quais acredito que poderiam ser sanadas com capacitações. Perceber que muitos estados e municípios não enriquecem a oferta da saúde por descuido político torna-se inadmissível, uma vez, que são ofertados os técnicos, cursos e visitas *in loco*, quando solicitado. Para isso, bastam ajustes entre os níveis municipais e estaduais para que tenham uma linguagem única diante da necessidade que reportam.

A identificação da questão legal também foi algo perceptível junto às demandas municipais que chegavam à esfera federal. O desconhecimento ou mesmo o desejo da não compreensão reflete atitudes errôneas. Estar inserido na gestão, independente do nível, obrigatoriamente exige um conhecimento da legislação do SUS e das Políticas de Saúde. Por exemplo, a liberação de fraldas geriátricas a paciente acamado.

Paralelamente a essa situação de compreender a gestão nos três níveis de governo resultou na oportunidade de conhecer uma atuação da enfermagem muitas vezes desconhecida até mesmo pelos próprios colegas. A enfermagem tem a mesma complexidade do cuidar em qualquer lugar do mundo, mas tem uma forma única de exercê-la, e, por isso, a importância da aprendizagem diferenciada na aplicabilidade da profissão.

Com as experiências relatadas acredito poder auxiliar os colegas a focarem no que almejam profissionalmente. E saber que o conhecimento sobre legislação do SUS é tão importante quanto os demais conhecimentos adquiridos.

A enfermagem precisa ter uma representação maior nos órgãos federativos, para buscar meios e estratégias que melhorem a realidade do SUS. O mercado de trabalho dará oportunidades, mas a determinação residirá na proposta de vida e oportunidade.

Preciso ressaltar o que significou essas experiências. Realização profissional. Sim, este é o sentimento. Adquiri muita experiência, aprendi muito, ensinei bastante, compartilhei com muitos colegas de várias localidades deste Brasil, onde se tem “muitos brasis”. Faria tudo novamente, pois ser enfermeiro é exercer a ciência do cuidado e aprendi em esferas diferentes a ser uma cientista da gestão do cuidado.

Ser, ter e fazer a enfermagem colaborando com a gestão do país transluz a certeza que estou no caminho certo. Deslumbrar a categoria como parte forte desta convicção é tudo! Perceber o avanço da enfermagem é um presente profissional, afinal o crescimento

acaba por refletir para a enfermagem de todo país.

Ser enfermagem! Ser diferenciado! Ser pela saúde! Ser pelo SUS!

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.
- 2 Brasil. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: MS; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. 2006.
- 4 Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017.
- 5 Kessler M, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, Nunes BP, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 27(2):e2017389, 2018.
- 6 Lobato LVC, Martich E, Pereira IF. Prefeitos eleitos. Descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. Saúde Debate, v. 40, n. 108, jan-mar. Rio de Janeiro. 2016.
- 7 Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Distrito Sanitário. Disponível <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distrito-sanitario>>. [Acesso em 19 mai 2020].
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2002.
- 9 Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, jan. 2014.
- 10 Brasil. Portaria Ministerial nº 2.135 de 25 de Setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. 1ª edição. Brasília. 2016.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. 2006.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Lei 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. 2018.
- 14 Justo LG, Severo AKS, Felix-Silva AV, Soares LS, Silva-Júnior FL. A territorialização na Atenção

Básica: um relato de experiência na formação médica. Comunicação Saúde Educação. Interface. 21(Supl.1):1345-54. 2017.

15 Heidemann ITSB, Boehs AE, Fernandes GCM, Wosny AM, Marchi JG. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. Ciênc Cuid Saúde; 11(3):613-9. 2012.

16 Quandt FL, Fantin AD, Oliveira JR, Kovaleski DF. Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode. Saúde Transf Soc;4(3):83-90. 2013.

17 Brasil. Lei nº 8142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

18 Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebos LA, Andrade V. Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. Texto & Contexto Enfermagem, v. 28: e20170477. 2019.

19 Peduzzi M, Agrelli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (comunicação, saúde e educação) 22 (supl.2):1525-34.2018.

20 Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estudos avançados 27 (78), 2013.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. [Acesso em: 30 Jun 2020].

22 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e a Educação em Saúde. Disponível: <<https://www.saude.gov.br/sgtes>>. [Acesso em: 04 jun 2020].

23 Veras PR, Oliveira MR. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciência & Saúde Coletiva, (23)6:1929-1936. 2018.

24 Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rev. bras. geriatr. Gerontol; 19(6):887-905. 2016.

25 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Pessoa Idosa. Disponível: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>>. [Acesso em: 04 jun 20].



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Inserção e Práticas **de Enfermagem**



Faculdade
Wenceslau Braz

Atena
Editora
Ano 2021



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Inserção e Práticas de Enfermagem



Faculdade
Wenceslau Braz

Atena
Editora
Ano 2021