

Marília Orlandelli Carrer

**EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma análise
das competências de prática avançada em consultas de Enfermagem**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do Título de
Mestre em Enfermagem.

São Paulo

2023

Marília Orlandelli Carrer

**EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma análise
das competências de prática avançada em consultas de Enfermagem**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do Título de
Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Vieira de
Miranda Neto

Coorientadora: Profa. Dra. Daiana Bonfim

São Paulo

2023

Carrer, Marília Orlandelli

Eventos agudos na atenção primária à saúde: uma análise das competências de prática avançada em consultas de enfermagem / Marília Orlandelli Carrer. -- São Paulo, 2023.
xv, 95 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Título em inglês: *Acute events in primary health care: an analysis of advanced practice skills in nursing consultations.*

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Prática Avançada de Enfermagem. 3. Processo de Enfermagem. 4. Competência Profissional. 5. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

Coordenador do curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem:
Prof. Dr. Ramon Antônio Oliveira

Marília Orlandelli Carrer

**EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma análise
das competências de prática avançada em consultas de Enfermagem**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Manoel Vieira de Miranda Neto

BANCA EXAMINADORA

Membros titulares:

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. Ramon Antônio Oliveira

Membros suplentes:

Prof. Dra. Jacinta de Fátima Sena da Silva

Prof. Dra. Letícia Yamawaca de Almeida

Data de aprovação: 26/06/2023.

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, que é fonte de força e afeto em todos os momentos da minha vida, em especial aos meus pais, Célia e Celso, que representam segurança, apoio e inspiração no meu desenvolvimento humano e profissional. Ao meu companheiro e amigo, João, pela paciência, cuidado e ombro ao longo do período de desenvolvimento desse estudo. A todos os usuários e profissionais que se dispuseram a contribuir com a construção desse estudo, e que, assim como eu, acreditam e lutam pela nossa categoria, e a aqueles que contribuíram para a idealização e execução deste projeto.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Manoel Vieira de Miranda Neto e à Prof. Dra. Daiana Bonfim por serem inspiração, por toda orientação, suporte e transmissão de conhecimentos.

À banca examinadora, composta pelo Prof. Dr. Pedro Palha, Prof. Dra. Jacinta de Fátima, Prof. Dr. Ramon Oliveira, e Prof. Dra. Leticia Yamawaka, pelas importantes reflexões e contribuições para este estudo.

Às minhas colegas de mestrado, que se tornaram grandes amigas, Carla Pereira, Patrícia Almeida, Nayara Vilela e Keila Reis, agradeço pelas trocas, risadas e apoio. Esse processo foi mais leve por estarmos nos fortalecendo e encarando os desafios e alegrias juntas.

À minha querida amiga de longa data, enfermeira e pesquisadora, Letícia Yamawaka, com quem tenho o prazer de dividir tantas experiências da minha vida e que foi apoio essencial para que eu conseguisse concluir mais essa etapa. Que a vida continue nos colocando juntas.

Aos meus queridos amigos e incríveis enfermeiros, Rafael Barreto, Regina Reis, Jéssica Souza e Marina Rosito, que não hesitaram em nenhum momento em articular coberturas do trabalho para que eu pudesse estar presente nas aulas do mestrado, e que são rede de apoio e trocas.

À Andrea Liliana, estatística, que teve papel fundamental na análise e definição do desenho deste estudo.

À minha gestora na ocasião, Danielle Viana Ribeiro, que acreditou no meu potencial, me incentivando a me inscrever no processo seletivo do mestrado profissional.

À Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, instituição que me acolheu, e onde aprendi tanto durante esse processo. Agradeço a todos os docentes e trabalhadores, por desenvolverem o programa de mestrado profissional com tamanha excelência.

À gestão dos municípios de São Paulo, Manaus, Parelhas e Carneiros, por permitirem a realização dessa pesquisa em seus cenários assistenciais.

Ao Conselho Federal de Enfermagem e a CAPES, que estimularam, fomentaram e possibilitaram a realização dessa pesquisa e da conclusão de um grande sonho pessoal.

E por fim, a todos aqueles que compõem a minha rede de apoio, que tornaram esse percurso mais agradável, e tranquilo, com trocas e momentos de alegrias.

*“Caminante, son tus huellas el camino y nada más;
Caminante, no hay camino, se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino, y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar.
Caminante no hay caminho sino estelas en la mar.”*

Antonio Machado

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de abreviaturas	xi
Resumo	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Práticas avançadas de enfermagem	5
1.2 Atendimento aos eventos agudos na atenção primária à saúde	8
1.3 Objetivos.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Processo de enfermagem.....	12
2.2 Competências.....	14
2.2.1 Modelo de competências.....	16
3 MÉTODOS	18
3.1 Tipo de estudo.....	18
3.2 Universo	20
3.3 População e amostra.....	21
3.4 Coleta de dados	24
3.4.1 Momento da execução da consulta de enfermagem: observação direta, não participativa das consultas de enfermagem por meio de filmagem	24
3.4.1.1 Piloto da filmagem	24
3.4.1.2 Observação direta, não participativa, das consultas de enfermagem.....	26
3.4.1.3 Registro das consultas em prontuário	28
3.5 Análise de dados	29
3.5.1 Fase I: análise quantitativa	29
3.5.1.1 Análise dos registros em prontuário	29
3.5.1.2 Análise dos vídeos captados	31
3.5.1.3 Análise estatística.....	31
3.5.2 Fase II: análise qualitativa	32
3.5.3 Fase III: Integração dos dados	33
3.6 Aspectos éticos	33

4 RESULTADOS	35
5 DISCUSSÃO	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
7 ANEXOS.....	81
8 REFERÊNCIAS	89
Abstract	
Apêndices	

Lista de abreviaturas

AE	Ambulatórios de especialidades
AL	Alagoas
AM	Amazonas
AMA	Assistência médica ambulatorial
AMA-E	Atendimento médico ambulatorial - especialidades
APS	Atenção primária à saúde
CAPS	Centros de atenção psicossocial
CE	Consulta de enfermagem
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CIAP-2	Classificação Internacional de Atenção Primária - 2 edição
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DNCT	Doenças crônicas não transmissíveis
EA	Eventos agudos
EPA	Enfermeiro de práticas avançadas
ESF	Estratégia saúde da família
HD-RHC	Hospital dia da rede hora certa
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
IDHM	Índice de desenvolvimento humano municipal
IIRS	Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleos de apoio à saúde da família
ODS	Objetivos de desenvolvimento sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAE	Prática avançada de enfermagem
PE	Processo de enfermagem
PNAB	Política nacional de atenção básica
PNH	Política nacional de humanização
PS	Prontos socorros

RN	Rio Grande do Norte
RUE	Rede de atenção às urgências e emergências
SAD	Serviço de atenção domiciliar
SAE	Sistematização da assistência de enfermagem
SAMU	Serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência
SISAB	Sistema de informação em saúde da atenção básica
SOAP	Subjetivo, objetivo, avaliação e plano
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades básicas de saúde
UPA	Unidades de pronto atendimento

Resumo

Introdução: Discussões vem sendo fomentadas para subsidiar a construção de um modelo de competências brasileiro para implementação da enfermeira de prática avançada na atenção primária à saúde, a fim de ampliar o acesso à saúde e a resolutividade desses profissionais. O processo formativo, aliado a fatores históricos e culturais favorece o desempenho do cuidado de enfermagem frente às condições crônicas de saúde, sendo necessário avançar na compreensão dos desafios e oportunidades de aprendizagem das enfermeiras no manejo dos eventos agudos. Ainda, o desenvolvimento científico que fundamente a estruturação de projetos de implementação da enfermeira de prática avançada e a capacitação desses profissionais, são fundamentais frente à urgência em responder a essas necessidades de saúde.

Objetivos: Analisar se as enfermeiras que realizam consultas de enfermagem aos eventos agudos na atenção primária à saúde apresentam competências propostas para a enfermeira de prática avançada, no âmbito da gestão do cuidado; Descrever a prática das enfermeiras nas consultas de enfermagem aos eventos agudos na atenção primária à saúde e Produzir recomendações para o desenvolvimento de competências das enfermeiras de atenção primária à saúde e da implementação do enfermeira de prática avançada para atenção aos eventos agudos na atenção primária à saúde. **Métodos:**

Trata-se de estudo multicêntrico, exploratório, de método misto, do tipo sequencial explanatório que se caracteriza pela coleta de dados em duas fases: QUAN-QUAL. A primeira fase foi estudo observacional de corte transversal e abordagem quantitativa e teve como objetivo descrever a prática de enfermagem nas consultas aos eventos agudos. Na segunda fase, foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa que visou identificar as competências de enfermeira de prática avançada em enfermeiros nas consultas aos eventos agudos na atenção primária à saúde. O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde de quatro municípios brasileiros. Participaram da pesquisa enfermeiros com um ano de experiência na estratégia saúde da família e usuários que buscavam atendimento devido a demanda aguda. Na etapa quantitativa foi realizado análises estatísticas descritivas e na qualitativa a análise do conteúdo. **Resultados:** 203 consultas de enfermagem, realizadas por 28 enfermeiras em 203 usuários foram gravadas. Incluiu-se 58 consultas de Enfermagem aos eventos agudos no presente estudo. Observou-se que as enfermeiras atuantes na

atenção primária à saúde realizam consultas de enfermagem aos usuários por motivos de eventos agudos, ainda de modo incipiente, apresentando barreiras e potencialidades na execução e registro das etapas do processo de enfermagem. Destaca-se que as competências de enfermeira de prática avançada propostas para atenção primária à saúde, de forma geral, foram identificadas. Contudo, pondera-se que, quando presentes, a maioria das competências se apresentava de maneira parcial ou frágil. **Considerações finais:** Os achados do estudo revelam oportunidades de melhoria no cumprimento das etapas do processo de enfermagem nas consultas de enfermagem aos eventos agudos na atenção primária à saúde e indicam parcialmente a presença das competências investigadas. Como produto, foram descritas recomendações no formato de uma matriz direcionada para tomadores de decisões no processo de implementação do enfermeiro de práticas avançadas no Brasil.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Prática Avançada de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Competência Profissional. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

Disposição legal

Trabalho apresentado sob a forma de artigo científico com a obrigatoriedade de publicação em revista indexada e classificada pela CAPES no extrato mínimo B2 ou superior.

Sua disponibilidade integral em repositório institucional ocorrerá mediante publicação.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo adota como objeto de pesquisa as competências profissionais de enfermeiras para a realização da gestão do cuidado na atenção aos eventos agudos (EA) em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). O projeto integra uma pesquisa matriz denominada “*Competências de prática avançada na gestão do cuidado nas consultas de enfermagem da atenção básica: diagnóstico situacional e proposta de capacitação*”, com financiamento pelo Edital PROFEN - CAPES/COFEN 29/2019.

Reconhece-se cada vez mais a necessidade de pensar estratégias de reorganização dos sistemas de saúde, especialmente relacionada às alterações demográficas e epidemiológicas da população, com consequente aumento e modificação das demandas apresentadas aos serviços de saúde.⁽¹⁾

A cobertura e o acesso universal à saúde são metas primordiais dos países, instituídas no documento “*Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*”, construído pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, com a participação de 193 Estados-membros. Nesse documento foram formulados dezessete objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS).^(2,3) No ODS 3, estabeleceu-se a meta: “Atingir a cobertura universal de saúde e o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade”.⁽³⁾

No entanto, especialmente em países subdesenvolvidos, como nas regiões da América Latina e Caribe, as iniquidades no acesso a cuidados de saúde e a escassez de força de trabalho qualificada, representam barreiras importantes para o alcance dos ODS⁽⁴⁾ juntamente com a migração e imigração de profissionais de saúde, desfavorecendo ainda mais o cenário das zonas remotas e rurais em comparação às zonas urbanas.^(1,4)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a cobertura universal de saúde como “todos os indivíduos e comunidades com acesso aos cuidados assertivos de saúde e sem prejuízos financeiros”, dando ênfase à ampliação e ao fortalecimento dos serviços de APS como estratégia para alcançar esta meta. Considera-se a APS como o “motor programático” para o alcance da cobertura universal, por sua potencialidade em ofertar serviços efetivos e com bom custo-benefício.⁽²⁾

É importante ressaltar a diferença existente entre os termos cobertura e acesso universal à saúde. O primeiro, designa a suficiência de mecanismos

organizacionais e financiamento, enquanto o segundo refere-se à ausência de barreiras que impedem que todas as pessoas utilizem equitativamente os serviços de saúde. Portanto, o acesso universal oportuno e eficaz é um meio para se atingir a cobertura universal. Ambos constituem premissas para um sistema de saúde equitativo e integral.⁽⁵⁾

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vem estimulando países a implementarem estratégias inovadoras para suprir o déficit da força de trabalho em saúde e promover ampliação do acesso aos cuidados de saúde de qualidade.⁽⁶⁾ Estas estratégias incluem reformas no ensino, objetivando o fortalecimento das competências dos profissionais atuantes na APS, bem como a promover reflexão e reestruturação nos escopos e responsabilidades dos mesmos.⁽⁷⁾

A Enfermagem, como categoria com maior número de profissionais da força de trabalho em saúde na maioria dos países, é considerada peça fundamental para o alcance dos ODS. Reconhece-se, portanto, a relevância de apoiar e alavancar políticas necessárias para o fortalecimento, reconhecimento e aprimoramento técnico desses profissionais.⁽⁷⁾

Com isso, a OPAS publicou em 2013 a Resolução CD52.R13 Recursos Humanos para a Saúde: Ampliação do acesso aos Profissionais de Saúde Qualificados em Sistemas Baseados na APS, reconhecendo a implementação da prática avançada de Enfermagem (PAE) como parte de uma estratégia para fortalecer e desenvolver os profissionais atuantes na APS na América Latina.^(8,9)

Além disso, em 2018, a OPAS lançou o relatório intitulado “30 anos de SUS: que SUS para 2030?”, trazendo como estratégia de inovação e fortalecimento da APS “ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível”.⁽¹⁰⁾ Em 2020, lançou o Plano Estratégico (2020 - 2025), adotando a equidade como tema central, tendo como uma das condições principais, o fortalecimento da gestão e o desenvolvimento da força de trabalho em saúde.⁽⁶⁾

No Brasil, o direito à saúde universal estabeleceu-se constitucionalmente em 1988 com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado no conceito da universalidade, inferindo que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso às medicações, ações e serviços de saúde. Dessa forma, o sistema brasileiro organiza-se de forma descentralizada, territorializada e com uma rede hierarquizada em níveis de atenção à saúde, formada por serviços integrados e complementares, tendo a APS como instituição ordenadora.^(11,12)

Segundo Barbara Starfield⁽¹³⁾, a APS é norteada pelos atributos de primeiro acesso, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade da atenção, sendo um dos principais cenários em que a enfermeira tem oportunidade de desenvolver suas competências profissionais, alinhando sua prática a estes atributos.⁽¹³⁾ O fortalecimento da APS nos sistemas de saúde resulta em melhores indicadores de saúde, menos hospitalizações não indicadas, acesso equitativo e consequente redução de gastos em saúde.⁽¹⁰⁾

Considerado um modelo estratégico, o SUS ainda enfrenta desafios como o subfinanciamento e a gestão inadequada para a garantia da cobertura universal e acesso a cuidados integrais à saúde, levantando questionamentos acerca de sua sustentabilidade.^(10,12)

O Programa Saúde da Família, hoje designado como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi desenvolvido em 1994 para reorganizar o modelo de APS no país, de acordo com os atributos do SUS, tendo apresentado resultados exitosos ao longo do tempo com sua orientação comunitária e para a equidade. Estima-se que atualmente a ESF tenha uma cobertura de cerca de 75,5% dos brasileiros (2019), estando presente majoritariamente em regiões periféricas e remotas.^(14,15)

O fortalecimento da ESF é o principal meio de conduzir a expansão de cobertura da APS brasileira, já que é o modelo que demonstra resultados mais favoráveis em relação à garantia de acesso ao sistema e melhorias de diversos indicadores de saúde, como redução da mortalidade infantil e de eventos cardiovasculares na população em geral.⁽¹⁵⁾

Após a introdução da ESF, a enfermeira passou a atuar na APS de forma mais ativa e autônoma, sendo que alguns atributos e competências de sua prática possuem aspectos importantes da PAE.⁽¹⁶⁾ No entanto, ainda não há evidências suficientes sobre como elas têm sido operacionalizadas e se de fato contemplam o que se espera na PAE.

A enfermeira tem um leque amplo de atribuições tanto nas áreas assistenciais, como gerenciais. Sua atuação é pautada em um modelo assistencial que possui a integralidade como centro do cuidado, entendendo a relevância e impacto da determinação social no processo de adoecer, na prevenção e promoção da saúde e na qualidade de vida de sua população adscrita.^(17,18)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define atribuições específicas para a enfermeira, entre elas:

“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 (MS) e gestores estaduais/municipais/federais; encaminhar, quando necessário, os usuários a outros serviços; e realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.”⁽¹¹⁾

Na prática clínica da enfermeira na APS destaca-se a consulta de enfermagem (CE) como ferramenta de cuidado, uma vez que, realizada de forma sistemática e organizada, apoia o processo de gestão do cuidado, favorece a autonomia da categoria e amplia o acesso aos cuidados prestados com qualidade.⁽¹⁸⁾

Através da resolução nº 358/2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o processo de enfermagem (PE), pelos quais se estabelece a CE, organizando-a de forma a operacionalizar o PE em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e dinâmicas:⁽¹⁹⁾ “Coleta de dados; Diagnóstico de Enfermagem; Implementação; e Avaliação”.⁽¹⁹⁾ O registro do PE, é contemplado pela Resolução COFEN nº 429/2012 de 2012.⁽²⁰⁾

Para executar a CE, a enfermeira deve integrar competências profissionais pautando-se no conhecimento científico, no uso das teorias de enfermagem e na prestação de cuidados baseados nas melhores evidências, assim como, respeitar os atributos éticos e humanos, realizar o planejamento e a gestão do processo de trabalho e utilizar técnicas de comunicação terapêutica.^(21,22)

Competências podem ser entendidas como “a tomada de iniciativa e o assumir de responsabilidade do indivíduo sobre problemas e eventos que ele enfrenta em situações profissionais”.⁽²³⁾ Portanto, compreende-se como modelo de competência, as atitudes desenvolvidas através de conhecimentos adquiridos previamente, o desenvolvimento de habilidades e a preocupação com o outro, por meio da tomada de consciência e iniciativa de acordo com seu campo de responsabilidade profissional.⁽²³⁾

Dentre as competências necessárias para a atuação da enfermeira na APS estão: educação em saúde, gestão do cuidado, liderança, raciocínio clínico de

enfermagem, visão crítica e reflexiva, promoção de cuidado integral, desenvolvimento da SAE, entre outros.⁽²⁴⁾

A gestão do cuidado é uma das competências centrais para produção de uma assistência de qualidade, favorecendo a integralidade e promovendo um cuidado personalizado, mediante a organização de estratégias e definições de prioridades, de forma a atender às necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos sociais e coletividades, e promover um cuidado seguro e resolutivo. Engloba ações administrativas, assistenciais, gerenciais, de liderança e planejamento estratégico, fornecendo melhorias na qualidade e continuidade do cuidado e coordenando o acesso à recursos de diferentes níveis de atenção, quando necessário.^(18,25)

Considerando que o momento oportuno para a realização da CE deve ocorrer tanto no atendimento da demanda programática (previsível), como da demanda espontânea (intempestiva) que chega até as Unidades Básicas de Saúde (UBS), enfermeira deve estar preparada para atender as necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades.^(15,18,22)

Nesse sentido, a capacitação e sensibilização dos profissionais de enfermagem é indispensável para que se sintam seguros e apropriados na condução dos problemas de saúde mais comuns, bem como, na diferenciação de sinais de eventos potencialmente graves.⁽²⁶⁾ Desta forma, a formação de enfermeiras de práticas avançadas (EPA) colabora com a capacidade de resolutividade e segurança no cuidado prestado, sendo um potencial solução para melhoria do cenário de saúde no Brasil.

1.1 Práticas avançadas de enfermagem

A PAE vem sendo considerada uma estratégia inovadora nos sistemas de saúde, ao aprimorar a atuação dos profissionais de enfermagem, desenvolvendo e estimulando a prática baseada em evidências, com implementação de cuidados integrados e coordenados e com maior eficiência de custos. Promove o aumento do escopo do profissional de enfermagem, atendendo à complexidade de cuidados da população ao ampliar o acesso e a satisfação dos usuários nos serviços de saúde.^(27,28)

O conceito de PAE representa a área da enfermagem que, através da integração e aplicação de conhecimentos específicos, baseados nas melhores

evidências, amplia o papel e as oportunidades desta profissão. Já o termo enfermagem de práticas avançadas é entendido como as intervenções de enfermagem correspondentes às competências específicas e essenciais destes profissionais, adquiridas no seu processo de formação, por programas de pós-graduação (tendo o mestrado como nível de formação recomendado).⁽²⁹⁾

A EPA é definida pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) como:

“Uma enfermeira registrada que adquiriu conhecimentos especializados, complexa habilidade de tomada de decisões e competências clínicas ampliadas. Características que são adaptadas ao contexto e/ou país em que o profissional é credenciado. O mestrado é recomendado como nível de formação”.⁽³⁰⁾

Este papel integra pesquisa, educação, assistência e gestão, além disso, exige o desenvolvimento da autonomia e da tomada de decisões clínicas, e a capacidade de realizar avaliação, diagnóstico e prescrição de enfermagem. É esperado também, que desenvolvam habilidades para realizar a gestão de casos, implementar planos de cuidados e ser referência como primeiro contato da população com os serviços de saúde. Vale destacar que o profissional deve receber formação específica para execução deste papel.^(30,31)

As PAE tiveram seu surgimento na década de 60, inicialmente nos Estados Unidos e Canadá, com significativo desenvolvimento também no Reino Unido e outros países como Austrália, Nova Zelândia, Irlanda, Alemanha, China, entre outros.⁽²⁷⁾ Na grande maioria deles, a implementação ocorreu através de mudanças nas legislações e regulamentações locais, assim como uma necessária reestruturação no processo formativo.⁽³¹⁾

Nos países subdesenvolvidos, o interesse em formar EPA é crescente, justificado pelas necessidades socioeconômicas locais e pelas dificuldades na ampliação do acesso à saúde de qualidade, como reflexo do déficit de força de trabalho e da distribuição ineficaz dos recursos em saúde.^(27,28) Na América Latina, o Brasil, Chile, Colômbia e México estão entre os mais preparados para o desenvolvimento e implementação das PAE na APS, e a Jamaica é o país que mais se destaca com essa experiência de implementação.⁽⁹⁾

O Brasil apresenta potenciais como a forte atuação e protagonismo da enfermagem na APS, além do fato de já existirem muitos programas de pós-

graduação e, portanto, um cenário favorável ao desenvolvimento de programas de capacitação destes profissionais.⁽³¹⁾ Ademais, com o aumento da necessidade e visibilidade que essa categoria tem conquistado mundialmente e o estímulo de órgãos como a OMS e a OPAS para a formação das EPA como estratégia para o alcance da cobertura universal à saúde, o COFEN já reconhece e valoriza as potencialidades desta categoria.^(27,28)

A partir de 2015, o COFEN, a Associação Brasileira de Enfermagem e outras instituições de saúde e educação intensificaram as discussões sobre a implementação da PAE no Brasil, estabelecendo três principais pilares de atuação: fortalecimento e incentivo a pesquisas sobre o tema; implementação de áreas nucleares de ensino de práticas avançadas; e regulamentação da prescrição de medicamentos pautada em protocolos clínicos.⁽³²⁾

Como principais desafios para implementação das PAE no país, destaca-se a formação profissional em saúde ainda centrada no modelo biomédico e hospitalocêntrico, e a competitividade em relação às atribuições específicas entre as classes que compõem a equipe multiprofissional, além da falta de investimento dos órgãos públicos locais na saúde e de legislações favoráveis ao fortalecimento da prática.⁽²⁸⁾

Para se implementar a EPA de forma exitosa, também é preciso identificar quais as principais demandas de saúde de uma determinada população e estabelecer quais funções da EPA seriam recomendadas para o enfrentamento e resolução dessas problemáticas.⁽³³⁾ Ter clareza sobre o escopo da EPA e como se inserem no sistema de saúde, permite uma melhor compreensão sobre a relevância desta prática por parte dos profissionais de enfermagem e da equipe multidisciplinar, motivando um maior engajamento no apoio pela sua implementação.⁽³³⁾

A definição das competências centrais para formação e atuação da EPA são imprescindíveis para o fortalecimento da sua identidade profissional, favorecendo sua implementação.⁽²⁸⁾ Entretanto, ainda há uma falta de consenso internacional a respeito do perfil profissional da EPA, assim como sobre suas competências centrais específicas, responsabilidades e atribuições.⁽³⁴⁾ A definição de competências é fundamental para essa conceituação, podendo apoiar a construção de políticas e regulamentações para implementação das PAE, sendo comum que países realizem seu mapeamento durante este processo.⁽³⁴⁾

Ademais, é necessário dar protagonismo à APS e integralidade do cuidado no processo de formação, objetivando transicionar do paradigma biomédico predominante para o biopsicossocial e transcender a unicausalidade do processo saúde-doença, valorizando a determinação social do processo saúde-doença.^(27,28) Ampliar as discussões e reflexões sobre as necessidades de reestruturações legislativas, do processo de formação, da remuneração e papel desses profissionais, são vitais para possibilitar o avanço da implementação da EPA no país.⁽³¹⁾

1.2 Atendimento aos eventos agudos na atenção primária à saúde

A busca de equilíbrio entre a atenção programada e a atenção aos EA, é um desafio que os sistemas de saúde enfrentam, sendo um gargalo bastante presente na organização das unidades de saúde.⁽¹⁵⁾ Ainda que seja primordial ofertar e desenvolver atividades programadas, majoritariamente de caráter preventivo em seus diferentes níveis, portanto essenciais para evitar a agudização de condições de saúde, é preciso responder aos EA, que representam uma busca imprevisível por atenção.⁽¹⁵⁾

Entende-se por condições de saúde agudas aquelas que, no geral, apresentam um curso curto, por até três meses, com tendência a serem autolimitadas e usualmente tem início repentino, com boa resposta a protocolos clínicos específicos, tratamentos medicamentosos ou outras intervenções, como curativos e procedimentos.^(35,36) São manifestações de doenças transmissíveis, infecciosas ou de causas externas, como os traumas, dor, acometimentos dos olhos e ouvidos, síndromes respiratórias, arboviroses, entre outros.⁽³⁵⁾

O cuidado qualificado de enfermagem às condições agudas está relacionado ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicas para avaliar, diagnosticar e prescrever cuidados adequados frente aos achados clínicos.⁽³¹⁾ Em alguns casos, as condições agudas podem evoluir para condições crônicas, ao mesmo tempo que, as condições crônicas podem evoluir para momentos de agudização, precisando ser manejadas como condições agudas temporariamente. De qualquer maneira, o diagnóstico diferencial entre uma condição crônica e aguda é indispensável para se estabelecer um plano de cuidado resolutivo.⁽³⁵⁾

As unidades de APS são responsáveis pelo atendimento da maior parte dos EA de menor complexidade, e também, são responsáveis por fazer os

primeiros socorros e articular e encaminhar casos mais complexos e graves à outros pontos de atenção da rede de atenção às urgências e emergências (RUE).⁽¹⁵⁾ Em geral, não é possível prever quando acontecerá um evento agudo, por isso, o sistema deve estar sempre preparado para prestar esses cuidados.⁽¹⁵⁾ Além de um espaço de resolutividade, acolher as demandas agudas na APS, também é um espaço oportuno para desenvolver o vínculo com o usuário e reavaliar projetos terapêuticos pré-estabelecidos.⁽³⁶⁾

Atualmente, a prática clínica da enfermeira na APS neste cenário vem sendo respaldada por protocolos de enfermagem municipais, estaduais e federais, com objetivo de ampliar a capacidade de resolutividade deste profissional.⁽³⁶⁾ Entretanto, em termos práticos, nota-se uma lacuna relacionada à elaboração e barreiras para implementação dos mesmos, implicando na condução e desfecho dos casos agudos, na falta de padronização do cuidado e diminuição de resolutividade e acesso à saúde de qualidade.^(26,37) Além disso, um conjunto de aspectos históricos, formativos e culturais culminam em uma maior familiaridade e segurança para a condução de demandas crônicas previsíveis pela enfermagem, em relação à atenção aos EA na APS.^(26,37)

De forma geral, na APS brasileira, os EA são atendidos no chamado acolhimento à demanda espontânea, entendido como recurso de apoio à qualificação do sistema de saúde e “dispositivo tecno-assistencial de organização do processo de trabalho”.⁽³⁸⁾ Este, é considerado como um dos elementos norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH) para a reorganização do processo de trabalho e da relação entre usuários e profissionais diante das necessidades de saúde das comunidades.⁽³⁹⁾ Trata-se de um componente essencial no SUS para reafirmar o direito de acesso aos serviços e de humanização das relações estabelecidas entre profissionais e usuários.⁽³⁹⁻⁴¹⁾

Pela importância do tema, questiona-se a maneira com que o acolhimento é inserido na rotina de trabalho e quais são as competências de enfermagem necessárias para responder à estas demandas. A desarmonia entre o discurso e a prática nos serviços tem sido analisado, considerando alguns estudos que demonstram que o acolhimento acaba resumindo-se, em muitos serviços, aos atendimentos de triagem, pontuais ou de urgência, enfatizando o modelo biomédico, de queixa-conduta, curativo e de medicalização.^(36,41)

Muitas vezes, o acolhimento é compreendido de maneira limitada, como apenas mais uma atividade para atender usuários que não são eleitos à atenção

programada, além de existir uma falta de uniformidade quanto a esta prática pelos serviços de saúde do Brasil. Ou seja, ainda há uma carência de sistematização sobre o tema nos modelos de atenção à saúde.^(39,41-42)

Quanto às dificuldades e limites da prática clínica neste cenário, encontram-se diversos fatores como a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e estruturais, falta de capacitação para garantia da qualidade e segurança da assistência prestada, protocolos institucionais pouco instrutivos, insuficiência de apoio técnico, fluxos inadequados de atendimento, entre outros.⁽¹⁷⁾ A compreensão restrita pelos profissionais da saúde sobre o acolhimento aliada às dificuldades relacionadas às limitações estruturais e organizacionais distanciam o exercício do acolhimento do plano ideal das ações, evidenciando uma grande necessidade de investimento nesta temática.^(39,41)

As consultas aos EA pelas EPA têm se mostrado positivas em contexto internacional, pois estas profissionais têm um maior escopo de prática que incorpora atividades normalmente atribuídas aos médicos, além de atividades de enfermagem expandidas, se comparado com enfermeiras clínicas gerais e especialistas em APS. Esta prática vem sendo desenvolvida em países como Austrália, Canadá, Singapura, Taiwan, Estados Unidos, Inglaterra e outros.⁽⁴³⁾ Os limites desta prática são normalmente delimitados pelas leis de regulamentação locais, especialmente as que definem a possibilidade de prescrição medicamentosa.⁽³¹⁾

Dentre as competências deste perfil profissional estão: *expertise clínica*, pensamento crítico, tomada de decisões, liderança, resolução de problemas, educação, pesquisa, comunicação e colaboração. Ainda, no geral, as EPA dominam atividades como diagnósticos de doenças, distúrbios ou condições; solicitação e interpretação de exames; e prescrição medicamentosa.⁽⁴³⁾ No entanto, encontram-se mais evidências bibliográficas internacionais dos atendimentos aos EA no cenário hospitalar, se comparado à APS, nos moldes brasileiros.

Este panorama reforça a necessidade de avançar na compreensão dos desafios e oportunidades de aprendizagem das enfermeiras neste cenário, e no desenvolvimento científico que fundamente a estruturação de projetos de implementação da EPA e de programas de capacitação para estes profissionais, considerando a urgência em responder a essas necessidades de saúde, de maneira segura e qualificada, arraigando assim, a integralidade nos serviços da APS.

Desta forma, este estudo busca responder às perguntas de pesquisa: Como é realizada a CE aos EA na APS? As enfermeiras que realizam CE aos EA na APS apresentam competências propostas para o EPA?

1.3 Objetivos

1. Analisar se as enfermeiras que realizam consulta de enfermagem aos eventos agudos na atenção primária à saúde apresentam competências propostas para a enfermeira de práticas avançadas, no âmbito da gestão do cuidado;
2. Descrever a prática das enfermeiras nas consultas de enfermagem aos eventos agudos na atenção primária à saúde;
3. Produzir recomendações para o desenvolvimento de competências das enfermeiras de atenção primária à saúde e da implementação da enfermeira de práticas avançadas para atenção aos eventos agudos na atenção primária à saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Processo de enfermagem

A SAE e as cinco etapas do PE, regulamentadas pela Resolução COFEN 358/09, podem ser conceituadas das seguintes maneiras:⁽¹⁹⁾

1. Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem: é uma etapa sistemática e contínua, em que ocorre a obtenção das informações do usuário em relação ao seu contexto de vida e processo saúde e doença. É realizada através de métodos e técnicas (entrevista, histórico de saúde, exame físico, exames laboratoriais, etc.), que tem por finalidade entender as necessidades de saúde percebidas, seus problemas e respostas em relação às demandas em saúde. Esses dados revelam suas experiências, práticas e objetivos em saúde, valores e expectativas, dando fundamentação para as próximas etapas;⁽¹⁹⁾

2. Diagnóstico de Enfermagem: é a interpretação e agrupamento dos dados obtidos, que desencadeia a tomada de decisão para elencar os cuidados e intervenções de enfermagem; Fase em que é realizado um julgamento clínico a respeito das respostas de sujeitos, famílias e coletividades a problemas de saúde estabelecidos ou potenciais ou a processos vitais.^(19,44)

3. Planejamento de Enfermagem: nessa fase, são determinados os objetivos e resultados esperados, centrados no usuário, decorrentes do cuidado de enfermagem; assim como, do planejamento das ações ou intervenções de enfermagem que possibilitarão o alcance destas metas em saúde. É determinante o envolvimento do usuário no planejamento e priorização do cuidado, para estimular engajamento e mudança de perfil de saúde.⁽¹⁹⁾

4. Implementação: quando ocorre a realização das ações e intervenções elencadas, sejam elas referentes a cuidados diretos (realizados pela enfermeira) ou indiretos (realizados longe da enfermeira, pelo paciente ou outros envolvidos no cuidado);⁽¹⁹⁾

5. Avaliação de Enfermagem: deve ser realizado de forma sistemática e contínua. Propõe avaliar se as estratégias foram válidas para o alcance dos objetivos e desfechos em saúde pactuados nas etapas anteriores. Oportunidade de propor

mudanças ou adaptações plano terapêutico estabelecido anteriormente, para garantir a melhora no processo saúde e doença.⁽¹⁹⁾

Ainda, em 2012, o COFEN lançou a Resolução nº 429/2012 que dispõe especificamente sobre o registro das ações profissionais em prontuário, através de recursos tradicional ou eletrônicos, pois o PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente sua execução e também compor o registro do processo de cuidado prestado.^(45,46) Assim, através deste documento, fica estabelecido que é dever do enfermeiro registrar todas as etapas do PE para garantir segurança, continuidade e qualidade da assistência, além de garantir a comunicação efetiva entre todos os agentes envolvidos no cuidado do usuário.⁽²⁰⁾

Para execução exitosa do PE, é importante considerar a utilização das teorias de enfermagem para embasar a prática assistencial, o processo de tomada de decisão e raciocínio clínico da enfermeira. As teorias fornecem uma perspectiva para encarar as situações e um modo de organizar, analisar e interpretar os dados obtidos.^(47,48)

No contexto da APS, algumas teorias de enfermagem se enquadram melhor às demandas encontradas, sendo mais utilizadas, como a Teoria das Necessidade Humanas Básicas, de Horta; a Teoria do Déficit de Autocuidado, de Oren; e a Teoria das Relações Interpessoais, de Peplau.⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾

Segundo Garcia et al.,⁽⁴⁵⁾ a implementação do PE traz qualidade ao cuidado, favorecendo o reconhecimento profissional e validando a avaliação da prática de Enfermagem, sendo definido como:^(45,46)

“Um trabalho profissional particular, que demanda habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores); implica em pensar e estudar, e exige flexibilidade, criação e inovação de planos de cuidado, que sejam aderentes às necessidades humanas e sociais da clientela”.⁽⁴⁶⁾

Com isso, reforça-se que o PE deve ser o alicerce para a construção de conhecimento e da prática profissional no ensino, na assistência, na pesquisa e na gestão de Enfermagem.⁽⁴⁵⁾

2.2 Competências

Adotou-se como referencial teórico de competências, os conceitos discutidos pelo economista e sociólogo francês, Zarifian,⁽²³⁾ que propõe um modelo de competências a partir da atuação no campo profissional.⁽⁵²⁾ Zarifian propõe uma definição de competências, composta por três elementos:

“A competência é “o tomar iniciativa” e o “assumir a responsabilidade” do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.”⁽²³⁾

“A competência é um entendimento prático das situações, que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações.”⁽²³⁾

“A competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é fazê-los assumir áreas de corresponsabilidade.”⁽²³⁾

Em outras palavras, ao enfrentar uma determinada situação de trabalho, o profissional deve tomar a iniciativa de aplicar tal técnica, em vez de outra, em função da experiência adquirida através da vivência de outras situações e do conhecimento de técnicas possíveis que poderia mobilizar como recurso para enfrentá-la. Ademais, deve saber reconhecer quando situações mais complexas exigem a associação de competências que não possui como indivíduo, incluindo os saberes de outros profissionais de sua rede de trabalho⁽⁵³⁾ para o enfrentamento dessas.

As situações de trabalho compõem elementos objetivos (dados da situação) e subjetivos (a forma de compreender determinada situação, de enfrentá-la e de agir em resposta a ela), portanto, existe na competência, uma parte que não será nunca previsível, ainda que estejam estabelecidas e bem desenhadas. A competência, diferente do trabalho taylorizado, envolve a autonomia de ação do indivíduo, que se engaja em virtude de suas iniciativas, para melhoria do valor que produz.⁽⁵³⁾ É a inteligência prática para enfrentar as situações, embasada em conhecimentos

adquiridos, e aprimorados gradativamente conforme são vivenciadas situações com complexidades cada vez maiores.⁽²⁵⁾

Tal conceito engloba tanto aspectos cognitivos, como técnicos, sociais e afetivos incorporados à uma atividade.⁽²¹⁾ Zarifian relaciona o desenvolvimento de competências ao conceito de qualificação profissional:⁽²³⁾

“...chamamos de “qualificação” o que sobressai dos recursos (em conhecimentos, habilidade, comportamento...) adquiridos por um indivíduo, seja por formação ou por exercício de diversas atividades profissionais. E de “competência”, a utilização desses recursos na prática.”⁽²³⁾

Três principais eixos clássicos compõem o conceito de competência profissional: conhecimentos, habilidades e atitudes.⁽²¹⁾ Conhecimento corresponde a saberes assimilados e estruturados pelo indivíduo, lhe permitindo interpretar as situações; habilidade representa a capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento prévio; e a atitude corresponde aos aspectos sociais e afetivos, que explicam o comportamento usualmente vivenciado pelo profissional em seu ambiente de trabalho.⁽²¹⁾

Aos profissionais de saúde é preciso integrar a esses conceitos, as práticas e conhecimentos específicos da profissão, as inovações tecnológicas, e as mudanças nos serviços de saúde e no perfil epidemiológico e demográfico da população.⁽⁵⁴⁾ É preciso que os serviços de saúde e instituições formadoras desses profissionais, incorporem o conceito de competência em suas estruturas, considerando sua relação com a educação, o trabalho, a formação, a instituição, o processo de aprendizagem, a resolutividade da rede de atenção à saúde e a qualidade de vida da população e da força de trabalho.⁽⁵⁴⁾

O processo de formação é definitivo para apropriação de conceitos, reflexões, e para o desenvolvimento de competências.⁽²²⁾ A integração e o fomento ao desenvolvimento de competências na formação profissional da enfermeira estão presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais,⁽⁵⁵⁾ com o objetivo de propiciar ao profissional uma melhor atuação em sua prática clínica traduzida em conhecimentos, habilidades e atitudes.⁽⁵⁶⁾ Segundo as diretrizes, a enfermeira deve desenvolver competências técnico-científicas, ético-políticas e sócio educativas.⁽⁵⁶⁾

O conceito de educação baseada em competências corrobora com o modelo de formação e desenvolvimento da EPA, permitindo o reconhecimento e a inclusão do conjunto de competências necessárias para a ampliação e o fortalecimento da categoria, em diversos cenários de diferentes complexidades, construindo assim, uma base curricular completa para preparação consistente e qualificada destes profissionais.⁽⁵⁶⁾

É necessário que as discussões acerca das competências para PAE na APS integrem as especificidades do modelo de saúde brasileiro e seu sistema educacional, bem como as condições de trabalho, o contexto social, político e econômico do país e do sistema de saúde.⁽⁵²⁾

2.2.1 Modelo de competências

Este estudo adota o modelo de competências proposto por Cassiane e colaboradores⁽²⁸⁾ (Quadro 1), composto por 64 competências subdivididas em sete domínios. A proposta da autora traz competências consideradas fundamentais para a formação e implementação da EPA.⁽²⁸⁾

Para o presente estudo, foi analisado somente o domínio Gestão do cuidado:

Quadro 1. Proposta de competências centrais da gestão do cuidado da enfermeira de prática avançada

Domínio – Gestão do cuidado
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado 1. Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos clientes e à avaliação dos resultados. 2. Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental, doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico. 3. Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados. b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico 4. Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias. continua...

...continuação

5. Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente.
6. Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos clientes em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.
7. Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos clientes de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).
8. Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar.
9. Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida.
10. Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os clientes.

c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado

11. Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.
12. Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural.
13. Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.
14. Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo-benefício das intervenções.
15. Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica.
16. Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias.
17. Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).
18. Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.
19. Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.
20. Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada.

Fonte: Cassiani SH, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MF, Peña LM, Mackay MC, et al. Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde. Acta Paul Enferm. 2018;31(6):572–84.⁽²⁸⁾

3 MÉTODOS

Esta dissertação de mestrado integra o projeto com financiamento CAPES/COFEN, intitulado “Competências de prática avançada na gestão do cuidado nas consultas de enfermagem da atenção básica: diagnóstico situacional e proposta de capacitação”

O objetivo do projeto mãe é analisar as competências da gestão do cuidado propostas para enfermeiros de prática avançada, em consultas de enfermagem em diversas linhas de cuidado, sendo elas: saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, saúde da pessoa idosa e EA na atenção primária. Assim, este projeto compartilha da estratégia metodológica e referencial teórico utilizado pelos demais pesquisas que integram o projeto guarda-chuva.

3.1 Tipo de estudo

Compreende-se por um estudo multicêntrico, exploratório, de método misto, do tipo sequencial explanatório, caracterizado pela condução do estudo em duas fases: na primeira os dados são coletados e os resultados analisados quantitativamente, em seguida, os resultados são utilizados como base e planejamento para a fase qualitativa posterior.⁽⁵⁷⁻⁶⁰⁾

A primeira fase é elaborada de forma intencional à segunda fase para que os resultados qualitativos sejam ricos em detalhes e ajudem a explicar os resultados quantitativos. Ou seja, os dados quantitativos e qualitativos são analisados separadamente, e após, os resultados são integrados, para identificação de aspectos divergentes e que corroboram.⁽⁶⁰⁾

O método misto reúne técnicas que estão presentes tanto nos estudos qualitativos, utilizando-se de teorias indutivas, quanto nos quantitativos utilizando-se teorias dedutivas, na coleta e análise dos dados.⁽⁶⁰⁾

Creswell, define a técnica de métodos mistos como:⁽⁶⁰⁾

“...aquela em que o pesquisador tende a basear as alegações de conhecimento em elementos pragmáticos. Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolvem coleta de dados

simultânea ou sequencial para melhor entender os problemas de pesquisa. A coleta de dados também envolve a obtenção tanto de informações numéricas (por exemplo, em instrumentos) como de informações de texto (por exemplo, em entrevistas), de forma que o banco de dados final represente tanto informações quantitativas como qualitativas.”⁽⁶⁰⁾

O método misto foi escolhido para realização da análise deste estudo a fim de ampliar a visão e aprofundamento nesta temática, resultando em uma melhor compreensão dos dados, por meio da integração das abordagens QUAN + QUAL. Assim, essa metodologia permite investigar tanto as competências presentes na prática de enfermagem em consultas de atenção aos EA desenvolvidas pelas enfermeiras, quanto a maneira como elas são realizadas.⁽⁶⁰⁾

Dessa maneira, o estudo foi realizado em duas fases. A primeira fase foi estudo observacional de corte transversal e abordagem quantitativa teve como objetivo descrever a prática de enfermagem nas consultas aos EA. Na segunda fase, foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa que visou identificar as competências de EPA, em enfermeiras da APS, nas CE aos EA. As etapas do estudo podem ser visualizadas na figura 1.



Figura 1. Descrição das etapas metodológicas do estudo

3.2 Universo

O local de realização do estudo foi nas UBS localizadas em quatro municípios brasileiros: São Paulo - SP, Manaus – AM, Carneiros - AL e Parelhas – RN.

O município de São Paulo, capital do estado homônimo, localiza-se na região Sudeste do Brasil e tem como área territorial (2020) 1.521,110 km². Segundo o último censo demográfico (2010), onde vive uma população de 11.253.503 pessoas, com uma densidade demográfica de 7.398,26 hab/km² sendo considerada a cidade mais populosa do Brasil.⁽⁶¹⁾

São Paulo dispõe de 468 UBS em seu território, com mais de 1.574 equipes de ESF e 151 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ainda, fazem parte da Rede de Atenção à Saúde do município os Serviços de Atenção Especializada: Hospital Dia da Rede Hora Certa (HD-RHC), Ambulatórios de Especialidades (AE) e Assistência Médica Ambulatorial Especialidades (AMA-E); Serviços de urgência e emergência: Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Prontos Socorros (PS) e Serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência (SAMU); Hospitais municipais; Rede de Atenção em Saúde Mental (Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento e Unidades de Apoio à Saúde Mental); Serviços de Reabilitação; e outros equipamentos especializados: DST/AIDS, Centros de Referência Saúde do Idoso e do trabalhador, odontologia e Vigilância em Saúde, totalizando 1.011 serviços de saúde no município.⁽⁶²⁾

Manaus, capital do estado do AM, está localizada na região Norte do Brasil. Com uma área territorial de 11.401.092 km²,⁽⁶³⁾ conta atualmente com uma população estimada de 2.225.903 pessoas, porém o dado oficial do último censo demográfico (2010) é de 1.802.014 pessoas, com uma densidade demográfica de 158,06 hab./km².⁽⁶³⁾ Destacam-se como principal fonte econômica as atividades comerciais, industriais e agropecuárias.

A cidade possui 204 UBS, além de Policlínicas, CAPS, Clínica da Família, Centro de Referência do Trabalhador, Centros de Especialidades Odontológicas, Maternidade, SAMU, Centro Especializado de Reabilitação, Laboratórios, Vigilância em Saúde, e rede de serviços fluviais para atendimento de zonas remotas e comunidades ribeirinhas.⁽⁶⁴⁾

Carneiros está localizado em AL, na região Nordeste do país, localizado no sertão do estado, a uma distância de cerca de 230 km da capital Maceió, tendo como área territorial (2020) 101.853 km². Atualmente estima-se uma população de 9.568 pessoas, porém, de acordo com o último censo (2010), possui 8.290 habitantes, com densidade demográfica de 73,32 hab/km².⁽⁶⁵⁾ Tem sua economia baseada na agricultura e atividades de extrativismo vegetal. Carneiros possui em seu território quatro UBS, além de Centros de Especialidades, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e Secretaria da Saúde, sendo ofertados à população local serviços básicos de saúde, através das equipes das ESF.⁽⁶⁶⁾

O município de Parelhas está inserido na região do Seridó oriental Norte-rio-grandense, localizado na região Nordeste do país. Possui 513,507 km² como área territorial (dados referentes ao ano de 2020). O município apresenta 21.611 pessoas (2021), com censo demográfico de 39,67 hab/km² (2010). Seu Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) possui o respectivo valor 0,676, sendo sua renda PIB per capita 15.402,14 R\$ (2018).⁽⁶⁷⁾

A referida cidade dispõe de oito UBS, com oito equipes de ESF e um NASF. O município também conta com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); Maternidade Filantrópica; Hospital Municipal; SAMU; Farmácia Básica; CAPS; Centro especialidades odontológicas, dentre outras especialidades médicas, e Vigilância em Saúde, totalizando 43 estabelecimentos de saúde no município.⁽⁶⁸⁾

Municípios de diferentes regiões do Brasil foram escolhidos por conveniência, levando em consideração a ligação dos pesquisadores da região às redes locais de saúde e coleta de dados. Além disso, visa aumentar a amplitude e a riqueza dos dados por meio da diversidade encontrada em cidades com origens tão diversas que se acredita que a amostra será mais representativa do território brasileiro.

3.3 População e amostra

Em São Paulo - SP, a coleta de dados foi realizada em quatro UBS localizadas na Zona Sul, mais especificamente nos bairros de Vila Andrade e Campo Limpo. A gestão dos serviços de saúde dessa região é compartilhada através de um contrato de parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e a Sociedade

Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, por meio do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein (IIRS).

Os distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, estão entre os mais populosos do município de São Paulo, e a região representa uma das áreas com maior crescimento populacional, sendo sua população majoritariamente preta ou parda (47,9%), feminina (52,1%) e jovem (0 a 29 anos) (43,5%). Possuem grande proporção de habitações em favelas (32,7%), alto percentual de gravidez na adolescência (8,4%) e idade média ao morrer de 63,4 anos. O município de São Paulo, na qual se inserem, tem como principais causas de morte: doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias, com destaque para as causas externas (acidentes de trânsito, transporte e homicídios), sendo as situações de agressões e violências mais prevalentes na população jovem (15 a 29 anos), masculina, preta e parda. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) especialmente a hipertensão e diabetes mellitus, estão altamente prevalentes na população, merecendo atenção na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde.^(61,69,70)

Em Manaus - AM, município mais populoso da região norte do país, a coleta de dados aconteceu em seis UBS, sendo duas localizadas na zona rural e ribeirinha e quatro na zona urbana da cidade, que se inserem em contextos sociodemográficos com diferentes desafios. Atualmente o município tem uma cobertura de ESF de cerca de 36,6%. Sua população é majoritariamente jovem, porém, vem apresentando um crescimento contínuo e marcante da população idosa, que associado a um crescimento populacional linear, acarreta na necessidade de reestruturações nos serviços de saúde. Com renda média de 3 salários mínimos, vem apresentando avanços no IDHM nos últimos anos, e redução do percentual da população em extrema pobreza e pobreza.^(63,64)

O município registrou 264.610 casos de doenças de notificação compulsória de relevância em saúde pública entre 2013 e 2019, destacando doenças de transmissão vetorial, zoonoses, e infecções sexualmente transmissíveis. Tem como principais causas de morte: doenças infecciosas e parasitárias, doenças relacionadas ao aparelho circulatório e neoplasias.⁽⁶³⁾

Em Carneiros - AL foi utilizado como campo de estudo duas UBS do município. Cerca de 9,2% da população é idosa, tendo população predominante feminina (51%), com aproximadamente 43% vivendo na zona rural. O salário médio mensal da população é de 2 salários mínimos, tendo um IDHM com baixo índice de

desenvolvimento. Com o envelhecimento populacional, houve aumento do número de casos de DCNT. O município conta com cobertura de 100% de ESF, no entanto, não provém de serviços de atenção às urgências de emergências de maior complexidade, ou de internação, portanto, em caso de necessidade, conta com a retaguarda dos municípios no seu entorno. Tem como principais causas de morte: doenças do aparelho circulatório, demais causas determinadas, neoplasias e causas externas.^(65,71)

Em Parelhas - RN o campo de coleta foi em cinco UBS. A população da cidade é predominantemente de adultos jovens, do sexo feminino (51%), que residem da região urbana (84%), com salário médio de 1,5 salários mínimos. O município tem como principais causas de morte: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório.⁽⁶⁷⁾

A gestão dos serviços de saúde dos três municípios é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de cada localidade.

Os sujeitos da pesquisa foram as enfermeiras atuantes nessas UBS. Em uma amostragem por conveniência, as CE foram analisadas com as enfermeiras em pleno exercício de suas funções no dia da coleta de dados. Também foram sujeitos da pesquisa os usuários atendidos nas CE aos EA.

Como critério de inclusão dos profissionais foi adotado: serem profissionais de Enfermagem, com pelo menos um ano de experiência profissional, atuando na APS. Os critérios de exclusão para os profissionais de enfermagem, foram aqueles que estavam afastados de suas funções ou em férias no momento da coleta de dados e enfermeiras gestoras.

Como critério de inclusão para os usuários, foram considerados aqueles que foram atendidos pelas enfermeiras nas UBS por motivo de EA, sendo excluídos aqueles que buscaram atendimento por motivos diferentes.

A completude do material, como o vídeo (CE gravadas) parcialmente ou completa e a presença do prontuário também foram considerados como critério de inclusão.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados em campo foi realizada através da observação direta não participativa das CE, e da avaliação dos registros de enfermagem das respectivas consultas, de maneira sistematizada.

3.4.1 Momento da execução da consulta de enfermagem: observação direta, não participativa das consultas de enfermagem por meio de filmagem

A coleta de dados em campo foi realizada após um piloto, em dois momentos distintos: realização das filmagens das CE e análise de registros e prontuários, conforme descrição detalhada nos subtópicos a seguir.

3.4.1.1 Piloto da filmagem

Anteriormente ao momento de coleta de dados, as pesquisadoras realizaram um piloto em duas fases, para testar a aplicação dos questionários elaborados e vivenciar, de maneira crítica e reflexiva, o fluxo completo de coleta de dados.

O primeiro momento aconteceu em dezembro de 2021, tendo sido conduzido por duas pesquisadoras em uma UBS localizada no município de São Paulo, com uma enfermeira indicada pela gestão local, por ter disponibilidade de agenda no dia da realização. As pesquisadoras simularam a CE, sendo que a primeira atuou representando o usuário, e a segunda, foi responsável pelo posicionamento das câmeras de filmagens e aparelhos de captação de áudio no consultório. Foram testadas a abordagem da enfermeira, gravação da CE, avaliando posicionamento da câmera, e a aplicação dos instrumentos de coleta (caracterização da enfermeira, e avaliação do prontuário e da filmagem), através da plataforma REDCap^(72,73) (Research Electronic Data Capture), com uso de um tablet como ferramenta.

Ao realizar o piloto foi possível verificar necessidades de reestruturações nos questionários de forma a contemplar itens faltantes no roteiro de caracterização da enfermeira, e na avaliação do prontuário e vídeo. Além de avaliar as alterações realizadas nos questionários, o segundo momento do piloto foi necessário

para novos testes sobre a disposição da câmera em consultório, de forma a captar o áudio e imagem de maneira mais adequada, e para testar o fluxo completo, incluindo a abordagem do usuário na sala de espera.

Esse segundo momento aconteceu em abril de 2022, com as mesmas pesquisadoras, em outra UBS também localizada no município de São Paulo, incluída no projeto como campo de coleta, já com o projeto aprovado. Dessa vez, foi possível utilizar os materiais e equipamentos que foram utilizados durante a coleta de dados do projeto: tablets, câmeras, impressos, e meios de identificação do usuário. No início, foi realizada a abordagem da enfermeira, e preenchimento do instrumento de caracterização da mesma. Após, realizou-se a abordagem do usuário em sala de espera, o preenchimento do instrumento de caracterização do usuário, tendo sido entregue impresso o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apropriado, e realizada a identificação do usuário, com uso de pulseira colorida de papel. Ainda, foi possível testar o posicionamento da câmera de filmagem no consultório, e da câmera fixa na enfermeira.

Essa experiência permitiu avaliar a dinâmica de organização do tempo e dos insumos utilizados, além do discurso de abordagem dos usuários e enfermeiras, identificando os pontos de fragilidade e facilidades. Ao aplicar os questionários de avaliação da filmagem, as pesquisadoras identificaram a necessidade de construção de um glossário de nomenclaturas e definições (Apêndice 1), para norteá-las no preenchimento dos instrumentos, especialmente na avaliação das competências de enfermagem, de forma a garantir maior linearidade nas respostas, uma vez que a pesquisa incluiu diversos cenários e diferentes pesquisadoras para a etapa da coleta de dados.

Além disso, as pesquisadoras responsáveis pela coleta realizaram alinhamentos importantes, relacionados a: forma de abordagem do usuário, divisão e quantidade de pesquisadoras necessário para campo, posicionamento da câmera em consultório para captação da imagem e som, configuração das câmeras e aplicação dos questionários. Vale destacar que todas as pesquisadoras responsáveis pela coleta dos dados foram devidamente treinadas para sua execução padronizada.

3.4.1.2 Observação direta, não participativa, das consultas de enfermagem

Esta etapa teve como objetivo principal captar os dados através da observação direta não participativa das CE, e dos registros em prontuário, no campo de pesquisa. Para isso, em um momento que antecedeu a coleta de dados, as pesquisadoras, se reuniram com as enfermeiras, que preenchem critérios de inclusão para o estudo, de cada UBS participante, para apresentar o projeto de pesquisa, suas etapas e objetivos, e os convidar a participar da pesquisa. Esses encontros aconteceram no formato presencial e online, a depender da disponibilidade dos profissionais e pesquisadoras, e foram conduzidos por uma apresentação de mídia elaborada pelas pesquisadoras.

Os enfermeiros que aceitaram participar do estudo receberam o TCLE (Apêndice 2), o termo de autorização do uso de imagem e voz (Apêndice 3) e o instrumento de caracterização (Apêndice 4), todos aplicados por meio da plataforma REDCap.^(72,73)

O instrumento de caracterização da enfermeira incluiu: dados sociodemográficos, formação, locais de atuação e percepção da prática profissional: nome, idade, gênero, salário, local de trabalho, tempo de deslocamento, tempo de atuação na APS e no serviço atual, outro vínculo profissional, tempo de formação, especializações, tipo de equipe, estrutura para realização da consulta, existência de instrumentos padronizados para a realização da consulta, dificuldades para realização da consulta, protocolos e taxonomia adotada pelo serviço, participação em cursos de atualização e motivação profissional. Após, os pesquisadores pactuaram com os profissionais participantes, as datas e horários em que seriam realizadas as coletas de dados. O fluxograma de abordagem das enfermeiras pode ser visualizado através da figura 2.



Figura 2. Abordagem das enfermeiras durante coleta de dados em campo.

A coleta de dados foi realizada sempre por duas ou mais pesquisadoras em campo, que dividiram as atividades descritas a seguir.

A abordagem e convite dos usuários em sala de espera para o atendimento do enfermeiro foi realizada por uma pesquisadora. Após manifestação de aceite pelo usuário, realizou-se a aplicação do termo de consentimento apropriado para cada caso (Apêndices 5, 6, 7 e/ou 8), do termo de autorização do uso de imagem e voz (Apêndice 3) e do instrumento de caracterização do usuário (Apêndice 9), via REDCap,^(72,73) contendo dados de identificação sociodemográfico: iniciais do nome, idade, raça, gênero, estado civil, renda, escolaridade, local de moradia e número de residentes na casa, profissão, situação no mercado de trabalho, doenças pré-existentes, o motivo da procura pela CE, o profissional de escolha para atendimento na APS, e o nível de satisfação quando atendido pelo profissional enfermeiro. Vias do termo de consentimento e do termo de imagem e som foram entregues impressas para os indivíduos.

Os usuários que participaram do estudo foram identificados por meio de pulseiras coloridas (azuis ou laranjas), com o objetivo de sinalizar a pesquisadora e a enfermeira, quais usuários eram integrantes da pesquisa. Foi confeccionado no momento da entrevista, tarjas de papel com o código padrão de identificação do usuário, contendo a data, seguido da ordem numérica do atendimento, das iniciais usuário e das iniciais do município de realização da consulta.

A realização do posicionamento das câmeras de filmagem (duas câmeras) foi realizada por uma segunda pesquisadora, sendo uma posicionada no consultório e uma no corpo do enfermeiro. A câmera do consultório foi posicionada de forma a permitir captar o som e imagem da interação do enfermeiro com o usuário. Já a câmera fixada no corpo do enfermeiro, teve objetivo de acompanhar as situações em que o enfermeiro precisou se ausentar durante a realização da consulta para discussão de caso com outro profissional, e visualizar o exame físico com mais detalhamento. A fixação aconteceu por meio do uso de uma faixa peitoral elástica ajustável, que era vestida pelo enfermeiro com a ajuda da pesquisadora.

Quando identificado um usuário que iria participar do estudo, a pesquisadora entrava no consultório para ligar ambas as câmeras, e apresentar o código de identificação padrão do usuário para registro na filmagem, a fim de possibilitar a

análise posterior dos dados. A pesquisadora responsável pelo posicionamento e acionamento das câmeras de gravação não permaneceu no interior do consultório durante as consultas, não havendo assim, a participação direta do mesmo durante a realização do atendimento.

Após a finalização da CE, a pesquisadora responsável pela gravação, entrava novamente na sala para desligar o aparelho. Além disso, houve preocupação no armazenamento de todos os vídeos. Assim, para garantia do sigilo dos dados utilizou-se uma nuvem, com suporte institucional (Plataforma Vimeo). Os dados foram coletados em todas as circunstâncias, respeitando os termos éticos, e com autorização prévia da enfermeira e usuário participantes do estudo.

Os modelos de câmeras utilizados foram GoPro® Hero9, com configuração 1080k x24, superview, 1x. Além disso, foi utilizado uma lapela posicionada dentro do consultório, para melhor captação do áudio. O fluxograma de abordagem do usuário em sala de espera, pode ser visualizado através da figura 3.



Figura 3. Abordagem do usuário em sala de espera durante coleta de dados em campo

3.4.1.3 Registro das consultas em prontuário

Os registros das CE filmadas foram coletados por meio de prontuários físicos ou eletrônicos, pelas pesquisadoras responsáveis pela gravação da consulta. Uma cópia do atendimento foi entregue, em mãos, às pesquisadoras. Estas realizaram a digitalização, armazenamento em plataforma (nuvem) institucional, de modo privado, e eliminação das versões físicas de modo seguro em fragmentadora de papel.

3.5 Análise de dados

A análise dos dados ocorreu em três etapas distintas e sequenciais, conforme descritas a seguir.

3.5.1 Fase I: análise quantitativa

Esta etapa tem como objetivo principal descrever a prática de Enfermagem nas CE aos EA, através da análise do cumprimento das etapas do PE.

3.5.1.1 Análise dos registros em prontuário

A análise dos dados dos registros em prontuário foi realizada por meio de um *checklist* (Apêndice 10), elaborado pelas pesquisadoras, acerca da presença ou ausência do registro das etapas do PE⁽¹⁹⁾ (Quadro 2) considerando o modelo de registro proposto pela ferramenta subjetivo, objetivo, avaliação e plano (SOAP),⁽⁷⁴⁾ nos prontuários. A aplicação do *checklist* se deu por meio da plataforma REDCap.^(72,73) Ao avaliar o registro da CE em prontuário, foi considerado ausente, quando não havia o registro de cada subitem em prontuário; parcialmente quando havia o registro de apenas um aspecto e presente quando o registro estava completo.

Quadro 2. Avaliação das etapas do processo de Enfermagem

ETAPAS PE	Análise
Coleta de dados	
Dados Subjetivos	O enfermeiro buscou compreender a demanda sob a ótica e perspectiva do usuário?
Dados Objetivos	A qualidade do processo envolveu a avaliação individual e global para identificar os fenômenos de enfermagem relevantes?
Avaliação	Inclui as necessidades do usuário, os problemas e recursos pessoais? Inclui o motivo que levou o usuário a consulta de enfermagem?
Exame físico	Estava descrito a situação social, de gênero, espiritual e aspectos fisiológicos?
Diagnóstico de Enfermagem	
Apresentou diagnóstico de enfermagem?	Os diagnósticos de enfermagem estão registrados?
	continuação...

Diagnóstico de Enfermagem tem correlação com a coleta de dados apresentada?	Os diagnósticos de enfermagem são numerados em ordem para serem monitorados nos registros de enfermagem?	continua...
Utilizou CIAP?	Os diagnósticos de enfermagem contêm etiologias relacionadas aos sinais e sintomas correspondentes?	
O CIAP tem Correlação com a coleta de dados apresentada?	Os diagnósticos de enfermagem levantados estão registrados de acordo com a taxonomia utilizado pela instituição? Se não, qual o enfermeiro utilizou?	
Planejamento		
Metas/resultados esperados		
As metas/resultados tem correlação com o diagnóstico de enfermagem?		
Prescrição de enfermagem	O planejamento de enfermagem está registrado? Há uma linguagem padronizada utilizada?	
A prescrição de enfermagem tem correlação com as metas e resultados?	O planejamento de enfermagem está elaborado de acordo: como será realizado? Com que frequência? Por quem será realizado? O planejamento de enfermagem está registrado de acordo aos problemas ou diagnósticos levantados?	
A prescrição de enfermagem tem correlação com o diagnóstico de enfermagem?		
Implementação		
O processo de implementação	Há registro de implementação? A implementação está relacionada com o planejamento de enfermagem? A implementação está registrada em linguagem padronizada? O plano de ação está relacionado com a prescrição de enfermagem?	
Avaliação		
Revisão do plano/evolução	Há registro de avaliação? Está coerente com os diagnósticos de enfermagem elaborados? Estabelece uma relação entre os cuidados prescritos? Contempla registros de melhora? Piorado? Os resultados foram alcançados? As intervenções de enfermagem foram apropriadas? Houve mudança nos problemas levantados?	

PE: Processo de Enfermagem; CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária.

Fonte: Barros AL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MC, Lopes MH, Silva RC. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.⁽⁷⁵⁾

3.5.1.2 Análise dos vídeos captados

A análise dos vídeos se deu a partir de um roteiro semiestruturado, elaborado pelas pesquisadoras e baseado no referencial teórico. Foi construído um instrumento contendo elementos essenciais para a realização da CE aos EA na APS (Apêndice 11), utilizando como referência a resolução do COFEN nº 358/09,⁽¹⁹⁾ para avaliação das etapas do PE, o Caderno de Atenção Básica nº 28 volume I e II,⁽³⁶⁾ que apresenta elementos específicos em relação ao atendimento dos EA na APS pela equipe multiprofissional, e conceitos da Medicina Centrada na pessoa, que contribuem com estratégias de realização de consultas em saúde, e técnicas de comunicação.⁽²⁴⁾

Este instrumento foi aplicado em todos os vídeos que compõem a amostra do estudo, por meio da plataforma REDCap. O instrumento é composto por dados quantitativos, em que se sinaliza a presença ou ausência das etapas do PE (sim, não e não aplicável).

3.5.1.3 Análise estatística

Foi feita uma avaliação dos dados considerando completude, valores ilógicos e preenchimento dos dados. Para efeito das análises, todas as consultas gravadas foram divididas em grupos segundo a linha de cuidado e posteriormente, no total de consultas observadas e coletadas, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão do cuidado aos EA determinando o tamanho e população alvo dos resultados.

Realizou-se uma análise univariada para todas as variáveis coletadas por meio de medidas de tendência central, de dispersão e frequências. A distribuição das variáveis foi avaliada com o teste de Kolmogorov–Smirnov. Para avaliar as diferenças entre grupos, foi realizado o teste de Chi-quadrado ou Fisher quando necessário, e adotou-se valor- $p < 0,05$ para identificar associações estatisticamente significativas. A análise bivariada foi feita de forma gráfica, com a intenção de gerar possíveis hipóteses em relação ao cumprimento do PE.

Utilizou-se um conjunto de variáveis independentes que correspondem a dados relacionados aos usuários (variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e dados de saúde e avaliação da atenção), relacionados às consultas (motivo da consulta, tempo em minutos da duração da consulta e presença de

interrupções) e aos profissionais responsáveis pelas consultas (experiência laboral, uso de protocolos e educação contínua nos últimos anos).

Para cada consulta, foi avaliado o PE no prontuário e vídeos. Para resumir este conjunto de variáveis dependentes, foi determinada a somatória e posteriormente calculou-se os percentuais de cumprimento. O cálculo do cumprimento do PE foi ajustado pelo número de questões avaliadas dentro de cada etapa e, desta forma, cada etapa teve o mesmo peso no percentual de cumprimento do PE.

Os percentuais de cumprimento do PE foram descritos e relacionados graficamente segundo as características dos usuários, dos profissionais de enfermagem e as características das consultas.

Finalmente, foram selecionadas as consultas com cumprimento do PE $\geq 50\%$ para analisar em profundidade as competências propostas para EPA em APS.⁽²⁶⁾

Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o *software* estatístico R versão 4.1.3 (R Project for Statistical Computing) junto com o *software* estatístico RStudio versão 1.4.1717 (RStudio).

3.5.2 Fase II: análise qualitativa

Essa fase teve como objetivo identificar a presença ou ausência das competências do EPA nas CE aos EA. Os vídeos melhor ranqueados foram submetidos a análise qualitativa tomando como base a proposta do modelo de competências criado por Cassiani et al.⁽²⁸⁾

A análise dos dados qualitativos se deu através do registro de recortes de elementos ambientais, dialógicos e atitudinais, extraídos das cenas e falas observados nas gravações das CE, que representam evidências diante da presença ou ausência das competências buscadas, e as evidências no registro em prontuário. Para análise das dimensões que compõem o perfil de competências proposta para a EPA e adotadas neste estudo, foi elaborado um roteiro norteador com as definições. (Apêndice 1) Foram incluídas nesta etapa da análise 24 gravações de CE.

Utilizou-se a análise de conteúdo como método para identificar as competências de EPA,^(59,76) por análise da transcrição das evidências diante da fala e da cena das CE e leituras sucessivas do material coletado, a fim de possibilitar a

organização e identificação dos indicadores baseados na frequência de aparecimento de temas.

As etapas propostas pela técnica são: pré-análise; codificação do material, e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁽⁵⁹⁾ Para realização dessas etapas, foi elaborada uma planilha no Excel contendo com os itens para análise das dimensões que compõem o perfil de competências de gestão do cuidado dividido em três dimensões e 20 competências propostas por Cassiani et al.⁽²⁸⁾ e três dimensões propostas por Rewa⁽⁵²⁾ (Apêndice 12). A seguir, assistiu-se novamente os vídeos, dessa vez, com olhar para as competências de EPA, e na planilha do Excel, quando a competência estava presente foi atribuída o numeral (1), quando ausente o numeral (0), e a competência não era prevista para aquele atendimento, foi considerado como não aplicável (2), não entrando para a contabilidade da frequência das competências.

3.5.3 Fase III: Integração dos dados

A integração dos dados foi realizada após análise quantitativa e qualitativa dos dados para cada método. Na integração, os resultados quantitativos e qualitativos são comparados por meio da triangulação de dados para identificar convergências e diferenças, bem como contribuições para uma melhor compreensão dos objetivos gerais do estudo, e interpretados em uma única conclusão.

3.6 Aspectos éticos

Como primeira etapa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) - São Paulo, respondendo às exigências fundamentadas na Resolução n. 510/2016,⁽⁷⁷⁾ do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Após sua aprovação pelo CEP do HIAE (CAAE 56255622.2.0000.0071) (Anexo 1) foi também submetido aos órgãos coparticipantes dos Municípios de Carneiros-AL, Manaus-AM e Parelhas-RN que participaram somente da etapa de coleta de dados.

Os indivíduos convidados e entrevistados foram informados previamente sobre os objetivos desta pesquisa e assinaram o TCLE ou Termo de

Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 1, 2, 3, 4, 5 e 6), concordando em participar do estudo. Tendo sido esclarecidos e de posse da autorização dos entrevistados, as CE foram gravadas para que suas narrativas pudessem ser transcritas e revisitadas, e serão mantidas por cinco anos sob guarda da pesquisadora principal.

A identidade dos entrevistados será mantida sob total sigilo, e em nenhuma hipótese haverá divulgação do nome ou qualquer outra informação sobre a identidade destas pessoas ou das instituições às quais estão atualmente vinculados. Também serão mantidos sob sigilo a identidade dos usuários e os prontuários analisados, assim como do profissional que realizou o registro.

As instituições que foram campo da coleta de dados também receberam esclarecimentos detalhados acerca do escopo desta pesquisa, bem como a qualquer momento poderão solicitar vistas aos produtos de investigação.

4 RESULTADOS

Artigo será submetido para publicação no periódico científico Revista latino-americana de enfermagem, ISSN: 1518-8345. Fator de impacto: 1.8. Classificação Qualis-CAPES: A2.

Eventos agudos na Atenção Primária à Saúde: análise das competências de prática avançada em consultas de Enfermagem

Carrer, MO⁽¹⁾. Bonfim, D⁽²⁾. Miranda Neto, MV⁽³⁾.

Resumo

Objetivo: analisar se os enfermeiros que realizam consulta de enfermagem (CE) aos eventos agudos na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam competências propostas para o Enfermeiro de Práticas Avançadas (EPA). **Método:** trata-se de um estudo exploratório, transversal e de método misto do tipo sequencial explanatório, conduzido com 28 enfermeiras e 203 usuários de 17 Unidades Básicas de Saúde, localizadas em quatro municípios de diferentes regiões do Brasil. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de observação direta não participativa, sendo filmadas 203 CE, e análise dos registros dos prontuários. Utilizou-se análise estatística descritiva para os dados quantitativos e empreendeu-se a análise de conteúdo para os qualitativos. **Resultados:** foram incluídas 58 CE aos eventos agudos no presente estudo. Observou-se que as enfermeiras atuantes na APS realizam CE aos usuários por motivos de eventos agudos, ainda de modo incipiente. Destaca-se que as competências de EPA propostas para APS, de forma geral, foram identificadas. Contudo, pondera-se que, quando presentes, a maioria se apresentava de maneira parcial ou frágil. **Conclusão:** os achados do estudo revelam oportunidades de melhoria no cumprimento das etapas do PE na CE aos eventos agudos na APS e indicam parcialmente a presença das competências investigadas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Prática Avançada de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Competência Profissional; Registros de Enfermagem; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

Introdução

Mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da população a nível mundial, vem exigindo que os sistemas de saúde se reorganizem, tendo como foco estratégico ações de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e ampliação das competências dos profissionais atuantes neste cenário⁽¹⁻⁴⁾, para o alcance do acesso e da cobertura universal da saúde^(2-3,5).

A implementação de Práticas Avançadas de Enfermagem (PAE) na APS, vem sendo reconhecida e estimulada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como estratégia para aumentar o escopo de atuação deste profissional⁽⁴⁾ e ampliar o acesso e a satisfação dos usuários dentro dos serviços de saúde⁽⁶⁻⁷⁾. Em 2015 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e outras instituições intensificaram as discussões sobre a implementação da PAE no Brasil, incentivando pesquisas sobre o tema⁽⁸⁾, que investiguem inclusive propostas de competências centrais para a formação da Enfermeira de Práticas Avançadas (EPA) na APS, com objetivo de subsidiar a construção de um modelo de competências brasileiro⁽⁷⁾.

O cenário da APS é considerado promissor para a implementação de papéis avançados de enfermagem, pelo protagonismo de enfermeiras, que já possuem algumas competências propostas para a EPA⁽⁹⁾, tendo a consulta de enfermagem (CE) como ferramenta de cuidado principal⁽¹⁰⁾. Essa prática é regulamentada pela resolução 358/2009, do COFEN, que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o processo de enfermagem (PE), realizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes⁽¹¹⁾. Coleta de dados; Diagnóstico; Planejamento; Implementação; e Avaliação⁽¹¹⁾.

Para executar a CE, a enfermeira deve integrar competências, pautando-se no conhecimento científico e nas teorias de enfermagem, aspectos éticos e humanos, associado a técnicas de comunicação⁽¹²⁻¹⁴⁾. Compreende-se como modelo de competência, as atitudes desenvolvidas através de conhecimentos adquiridos previamente, o desenvolvimento de habilidades e preocupação com o outro, por meio da tomada de consciência e iniciativa de acordo com seu campo de responsabilidade profissional⁽¹⁵⁾.

Na APS, a realização da CE contempla demandas de saúde agudas e crônicas. Demandas agudas são aquelas que, no geral, apresentam um curso *por até três meses*, são autolimitadas, de início repentino e apresentam causas de fácil diagnóstico,

respondendo bem a tratamentos específicos^(10,12,16-18). Ressalta-se que a prática clínica da enfermeira neste cenário é respaldada por protocolos e guias clínicos, que ampliam sua resolutividade⁽¹⁸⁾.

Entretanto, em termos práticos, nota-se uma lacuna relacionada à elaboração e implementação deles, implicando na condução e desfecho dos casos agudos. Além disso, um conjunto de aspectos históricos, formativos e culturais⁽¹⁹⁾ culminam em uma maior familiaridade e segurança para a condução de demandas crônicas previsíveis pela enfermagem, em relação à atenção aos eventos agudos (EA) na APS.

Este panorama reforça a necessidade de avançar na compreensão dos desafios e oportunidades de aprendizagem das enfermeiras neste cenário, e no desenvolvimento científico que fundamente a estruturação de projetos de implementação da EPA e de programas de capacitação para estes profissionais, considerando a urgência em responder a essas necessidades de saúde, de maneira segura e qualificada, arraigando assim, a integralidade nos serviços da APS.

Desta forma, este estudo tem o objetivo de analisar se as enfermeiras que realizam CE aos EA na APS apresentam competências propostas para o EPA.

Métodos

Tipo do estudo

Estudo multicêntrico, exploratório, de natureza transversal e de método misto do tipo sequencial explanatório⁽²⁰⁾, se caracteriza pelo delineamento em duas fases: 1. Coleta e análise quantitativa de dados e 2. Análise Qualitativa, conforme ilustrado na Figura 1.

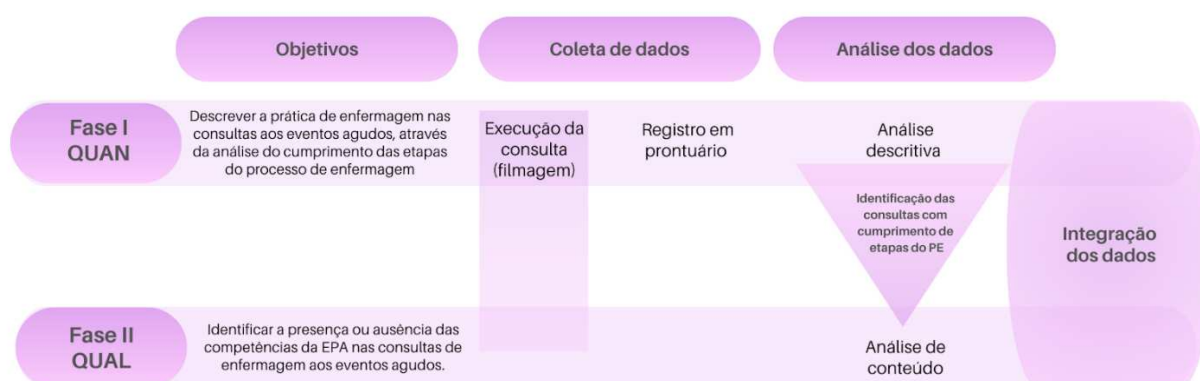


Figura 1. Descrição das etapas metodológicas do estudo. São Paulo-SP, Manaus-AM, Parelhas-RN, Brasil, 2022.

Local

O estudo foi realizado em 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), de quatro municípios brasileiros, sendo 4 São Paulo (SP), 6 em Manaus (AM), 2 em Carneiros (AL) e 5 em Parelhas (RN).

A escolha dos municípios de diferentes territórios brasileiros ocorreu por conveniência, considerando a presença de pesquisadoras da área para articulação com a rede de saúde local e coleta de dados. Pretendeu-se agregar amplitude e riqueza aos dados, através da diversidade encontrada em cidades com contexto tão distintos, acreditando-se assim, na composição de uma amostra com maior heterogeneidade do território brasileiro.

Período

A coleta de dados aconteceu entre o período de maio a julho de 2022.

População

Os sujeitos da pesquisa foram as enfermeiras atuantes na APS que realizaram pelo menos uma CE com motivo EA. As CE foram registradas com as enfermeiras em pleno exercício de suas funções. Também foram consideradas as características sociodemográficas e socioeconômicas dos usuários envolvidos nas CE aos EA.

Critérios de seleção

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: serem Enfermeiras, com pelo menos um ano de experiência profissional na APS. Não foram incluídos profissionais que estavam afastados de suas funções ou em férias e gestores. Os critérios de inclusão das CE foram: atendimentos por motivo de EA. A presença do vídeo (consulta de enfermagem gravada) de forma completa e parcial também foi considerada como critério de inclusão, desde que permitissem a compreensão da consulta.

Coleta de Dados

Os dados das abordagens qualitativa e quantitativa foram coletados simultaneamente. Na fase I realizou-se a coleta dos dados em campo, através da observação direta não participativa das CE e da coleta de dados nos seus respectivos registros em prontuário.

Após convite e pactuação do dia da coleta com a gestão e enfermeiras participantes, foram aplicados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), termo de autorização do uso de imagem e voz e o instrumento de caracterização da Enfermeira, que incluiu dados sociodemográficos, da formação, características do campo e motivação profissional.

A coleta de dados em campo foi realizada por duas pesquisadoras. A primeira, realizando a abordagem dos usuários em sala de espera. Após manifestação de aceite pelo usuário, realizou-se a aplicação do TCLE, do termo de autorização do uso de imagem e voz e do instrumento de caracterização do usuário, contendo dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, motivo da procura pela CE, o profissional de escolha para atendimento na APS, e satisfação pelo atendimento da enfermeira.

O posicionamento das câmeras de filmagem (duas) foi realizada pela segunda pesquisadora, sendo uma posicionada no consultório e uma no corpo da enfermeira, fixada por meio do uso de uma faixa peitoral elástica. A câmera do consultório captou o som e imagem da interação, já a câmera fixada no corpo da enfermeira, evidenciou as situações em que ela precisou se ausentar do consultório e o exame físico. Iniciando a consulta, a pesquisadora ligava as câmeras, e não permanecia no interior da sala, não havendo a participação direta durante a CE. Após a finalização, a pesquisadora entrava na sala para desligar as câmeras.

Os registros das consultas foram coletados em prontuários físicos ou eletrônicos, após o término do atendimento, por meio de um *checklist*, que tinha como objetivo avaliar a presença ou ausência do registro das etapas do PE. Todos os instrumentos de coleta foram desenvolvidos na plataforma REDCap (Research Electronic Data Capture)⁽²¹⁻²²⁾.

Tratamento e análise dos dados

A análise de dados ocorreu em três fases distintas: 1. Quantitativa; 2. Qualitativa; e 3. Integração dos dados.

A *fase 1* objetivou descrever a prática de enfermagem nas CE aos EA, através da análise das filmagens e registros em prontuários, a partir de instrumentos elaborados pelas pesquisadoras baseados no referencial teórico. A análise dos vídeos ocorreu através de um roteiro semiestruturado, em que se sinalizou a presença ou ausência das etapas do PE. Ainda, elaborou-se um *checklist* para análise dos prontuários, contendo dados relacionados à presença ou ausência das etapas do PE e dos elementos de registro do modelo SOAP⁽²³⁾.

Realizou-se uma análise univariada para todas as variáveis coletadas por meio de medidas de tendência central (média e mediana), de dispersão (rango interquartílico (IRQ), desvio padrão (DP) e frequências. A distribuição das variáveis foi avaliada com o teste de Kolmogorov–Smirnov. Para avaliar diferenças entre grupos, foi realizado o teste de Chi-quadrado ou Fisher quando necessário, e adotou-se p -valor $<0,05$ para identificar associações estatisticamente significantes. A análise bivariada foi feita de forma gráfica, com a intenção de gerar possíveis hipóteses em relação ao cumprimento do processo de enfermagem.

Os dados foram resumidos e organizados da seguinte forma: descrição da caracterização das enfermeiras, das CE (em relação aos tempos e interrupções) e as características dos usuários com queixa relacionada aos EA; avaliação da presença do PE nos registros em prontuário e no material audiovisual e finalmente; e análise da presença ou ausência de competências do domínio gestão da atenção nas CE.

Adicionalmente, foi avaliada a relação entre as características das enfermeiras e usuários com a qualidade dos registros e a presença de competências.

Os percentuais de cumprimento do PE foram descritos e relacionados graficamente segundo as características dos usuários, dos profissionais de enfermagem e as características das consultas. Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o software estatístico R versão 4.1.3 (R Project for Statistical Computing) junto com o software estatístico RStudio versão 1.4.1717 (RStudio).

A fase II objetivou identificar a presença ou ausência das competências do EPA nas CE aos EA. Após a análise quantitativa na fase metodológica anterior, foram elencados os vídeos com maiores escores, adotando um recorte de 50% de cumprimento das etapas do PE. Os vídeos melhor ranqueados foram submetidos a nova análise, tomando como base uma proposta do modelo de competências para EPA na APS nos países da América Latina e Caribe⁽⁷⁾.

Esta etapa foi realizada através de uma planilha no Excel contendo os itens para análise de três dimensões e vinte competências propostas para EPA na APS⁽⁷⁾. A coleta dos dados qualitativos se deu através do registro de recortes de elementos ambientais, dialógicos e atitudinais, extraídos das cenas e falas observados nas gravações das CE, que representam evidências diante da presença ou ausência das competências buscadas, e as evidências no registro em prontuário. Foram incluídas 24 CE nesta etapa.

Para análise qualitativa, utilizou-se o método de análise do conteúdo⁽²⁴⁾ do vídeo, da transcrição das evidências diante da fala e da cena das CE e leituras sucessivas do

material coletado, a fim de possibilitar a organização e identificação dos indicadores baseados na frequência de aparecimento de temas.

A *fase III* ocorreu após análises quantitativa e qualitativa dos dados, com rigor específico para cada método, através da integração dos dados. Na integração, os resultados quantitativos e qualitativos foram comparados pela abordagem denominada comparação lado a lado a fim de identificar convergência e divergências, bem como contribuições para melhor entendimento na resposta ao objetivo geral do estudo, interpretadas em uma única conclusão.

Aspectos éticos

Os preceitos éticos e legais foram cumpridos, respeitando-se a Resolução nº. 510/2016⁽²⁵⁾ do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Para garantir o anonimato dos sujeitos participantes, foi utilizada a identificação pela primeira inicial do nome do usuário e no caso da enfermeira pela letra E, seguida de um numeral e as iniciais do município de atuação profissional. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE: 56255622.2.0000.0071.

Resultados

Foram convidados 250 usuários, obtendo-se 47 recusas, e, portanto, gravadas um total de 203 CE. Considerando os critérios de elegibilidade, foram incluídas 58 CE aos EA, realizadas por 24 enfermeiras, distribuídas em São Paulo (63,2%), Manaus (26,3%) e Parelhas (10,5%). Em Carneiros, não houve consultas gravadas por motivos de EA.

Descrição dos usuários e demandas de saúde

Os *usuários* atendidos nas CE têm uma média de idade de 37 anos ($\pm 18,5$), são do sexo feminino (65,2%), se autodeclararam pardos (61,4%), cursaram até o ensino médio (53,8%), não trabalham ou estavam desempregados (42,3%), declararam não ter parceiros (50%), tinham filhos (78,9%) e possuem renda familiar de até 2 salários-mínimos (74,1%).

Sobre as demandas de saúde apresentadas, utilizou-se o sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária - 2ª Edição (CIAP-2)⁽²⁶⁾. As demandas mais frequentes foram relacionadas ao aparelho genital feminino (20%), seguidas pelo sistema musculoesquelético (19%), aparelho digestivo (12%) e pele (11%).

Descrição e caracterização das Enfermeiras participantes

Das enfermeiras que realizaram as CE aos EA, 11 eram provenientes da região sudeste (45,8%) e 13 da região norte e nordeste (54,2%). Majoritariamente, eram do sexo feminino (78,3%) e atuantes em unidades mistas ou exclusivamente Estratégia Saúde da Família (ESF). As características das enfermeiras participantes estão sumarizadas na Tabela 1, classificadas em dois grupos: 1. Cumprimento $\geq 50\%$ das etapas do PE e 2. Cumprimento $< 50\%$ das etapas do PE.

Tabela 1. Características sociodemográficas e laborais das enfermeiras, de acordo com o escore de cumprimento das etapas do Processo de Enfermagem (n=24). São Paulo-SP, Manaus-AM, Parelhas-RN, Brasil, 2022

Variáveis	Cumprimento das etapas do processo de enfermagem		
	< 50% n(%)	≥ 50% n(%)	Total n(%)
Raça			
Branco	3(30)	6(46,2)	9(39,1)
Pardo	7(70)	5(38,5)	12(52,2)
Amarelo	0(0,0)	2(15,4)	2(8,7)
Renda individual			
Até 2 SM*	0(0,0)	0 (0%)	0(0,0)
3 a 4 SM*	2(20)	2(15,4)	4(17,4)
5 a 6 SM*	3(30)	0(0,0)	3(13,0)
Mais de 7 SM*	5(50)	11(84,6)	16(69,6)
Outro vínculo empregatício			
Sim	5(50,0)	5(38,5)	10(43,5)
Não	5(50,0)	8(61,5)	13(56,5)
Tempo experiência como enfermeira			
Entre 1 a 5 anos	1(10,0)	1(7,7)	2(8,7)
Entre 6 a 10 anos	3(30,0)	6(46,2)	9(39,1)
Maior que 10 anos	6(60,0)	6(46,2)	12(52,2)
Existe equipe multidisciplinar na Unidade de saúde			
Sim	4(40,0)	11(84,6)	15(65,2)
Não	6(60,0)	2(15,4)	8(34,8)
Tempo experiência como enfermeira da ESF†			
Menor a 1 ano	1(10,0)	0(0,0)	1(4,5)
Entre 1 a 5 anos	4(40,0)	4(33,3)	8(36,4)
Entre 6 a 10 anos	4(40,0)	4(33,3)	8(36,4)
Maior que 10 anos	1(10)	4(33,3)	5(22,7)
Existe prontuário eletrônico na unidade			
Sim	9(90,0)	12(92,3)	21(91,3)
Não	1(10,0)	1(7,7)	2(8,7)
Existe sala exclusiva para consulta de enfermagem			
Sim	8(80,0)	8(61,5)	16(69,6)
Não	2(20,0)	5(38,5)	7(30,4)
Existe dificuldades para realização de consulta			
Sim	6(60,0)	9(69,2)	15(65,2)
Não	4(40,0)	4(30,8)	8(34,8)
Instrumentos padronizados do processo de enfermagem			
Sim	3(30,0)	6(46,2)	9(39,1)
Não	7(70,0)	7(53,8)	14(60,9)
Motivação com profissional			
Insatisfeito	0(0,0)	1(7,7)	1(4,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	1(10,0)	0(0,0)	1(4,3)
Um pouco satisfeito	0(0,0)	3(23,1)	3(13,0)
Satisfeito	6(60,0)	6(46,2)	12(52,2)
Muito satisfeito	3(30,0)	3(23,1)	6(26,1)
Tipo de Universidade (Graduação)			
Pública	6(60,0)	6(46,2)	12(52,2)
Privada	4(40,0)	7(53,8)	11(47,8)
Possui Pós-graduação			
Sim	9(90,0)	13(100)	22(95,7)
Não	1(10,0)	0(0,0)	1(4,3)

Tipo de curso de pós-graduação	0(0,0)	6(46,2)	6(26,1)
Especialização em Atenção Primária à Saúde	4(40,0)	7(53,8)	11(47,8)
Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva ou Saúde Pública	0(0,0)	2(15,4)	2(8,7)
Mestrado profissional	1(10,0)	1(7,7)	2(8,7)
Mestrado acadêmico	7(70,0)	6(46,2)	13(56,5)
Outro			
Teve aulas sobre o processo de enfermagem			
Sim	10(100,0)	10(76,9)	20(87)
Não	0(0,0)	1(7,7)	1(4,3)
Não sei	0(0,0)	2(15,4)	2(8,7)
Uso de protocolos de enfermagem na unidade de atuação			
Sim	5(50,0)	11(84,6)	16(69,6)
Não	5(50,0)	2(15,4)	7(30,4)
Protocolos usados para eventos agudos			
Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde	6(60,0)	9(69,2)	15(65,2)
Protocolo Ministério da Saúde	5(50,0)	7(53,8)	12(52,2)
Protocolo do Estado	0(0,0)	1(7,7)	1(4,3)
Protocolo de outros municípios	2(20,0)	1(7,7)	3(13,0)
Protocolo do Conselho Regional de Enfermagem	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Protocolo da sua secretaria municipal de saúde	2(20,0)	7(53,8)	9(39,1)
Outros	0(0,0)	1(7,7)	1(4,3)

*SM = Salário-mínimo vigente, Brasil, 2022 (R\$ 1.302,00); †ESF = Estratégia Saúde da Família.

Descrição das consultas de enfermagem (filmagem)

No que se refere às *CE*, o tempo médio foi de 20,22 minutos ($\pm 15,47$), com alto percentual de interrupção da consulta ($\approx 52,63\%$) por alguma demanda relacionada a procura pela enfermeira ou outros motivos.

Destas consultas, em 43,1% a enfermeira foi o profissional procurado pelo usuário na APS. Quando os usuários foram questionados sobre sua satisfação com o atendimento, em uma escala de 0 a 10, identificou-se a mediana de 10,0 (2,0). A Tabela 2 apresenta a descrição do cumprimento das etapas do PE nas 58 CE na APS.

Tabela 2. Descrição do cumprimento das etapas do Processo de Enfermagem nas consultas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. São Paulo-SP, Manaus-AM, Parelhas-RN, Brasil, 2022

Etapas do processo de enfermagem	Ausente	Presente
	n(%)	n(%)
Coleta de dados		
O paciente traz o evento agudo como principal motivo de consulta?	12(20,69)	46(79,31)
Em algum momento da consulta, a enfermeira(o) questiona/aborda proativamente se há presença de queixas agudas?	06(50,00)	06(50,00)
O usuário manifesta a queixa aguda como demanda secundária durante o atendimento?	03(25,00)	09(75,00)
O evento agudo era identificado através do exame físico?	57(98,28)	01(1,70)
A Enfermeira(o) conduz a coleta dos dados com base na demanda aguda apresentada?	18(31,03)	40(68,97)
A Enfermeira(o) investigou as causas relacionadas à demanda aguda?	30(51,72)	28(48,28)
A Enfermeira(o) considera o histórico clínico do indivíduo no seu raciocínio clínico para atender a demanda aguda?	26(44,83)	32(55,17)
A Enfermeira(o) avalia se o evento agudo está relacionado a uma condição crônica ou recorrente?	20 (34,48)	38(65,52)
Se sim, na pergunta anterior, trata-se de uma condição crônica agudizada?	29(76,32)	09(23,68)
A Enfermeira(o) consegue escutar/valorizar a demanda trazida pelo indivíduo em relação ao evento agudo?	24(41,38)	34(58,62)
A Enfermeira(o) se dedica a entender quais são os sentimentos e temores do indivíduo acerca de sua demanda?	52(89,66)	06(10,34)
A Enfermeira(o) se dedica a entender quais são as ideias do indivíduo sobre o que está errado?	44(75,86)	14(24,14)
A Enfermeira(o) se dedica a entender quais são os efeitos da doença nas funções da pessoa?	49(84,48)	09(15,52)
A Enfermeira(o) se dedica a entender quais são as expectativas do indivíduo acerca de seu cuidado?	46(79,31)	12(20,69)
A Enfermeira(o) realizou exame físico durante o atendimento? (pode ser parcial)	16(27,59)	42(72,41)
O evento agudo referido ou identificado precisa de um exame físico específico?	00(0,00)	42(100,0)
A Enfermeira(o) realizou exame físico relacionado ao evento agudo?	10(23,81)	32(76,19)
Diagnóstico de Enfermagem		
A Enfermeira(o) expressou algum diagnóstico de enfermagem?	40(68,97)	18(31,03)
Planejamento		
A Enfermeira(o) pactuou o plano de cuidado?	30(51,72)	28(48,28)
Fez prescrição de enfermagem?	40(68,97)	18(31,03)
Implementação		
A Enfermeira(o) aplicou elementos de intervenção/cuidado relacionados a queixa de evento agudo?	05(8,62)	53(91,38)
Na opinião do especialista, para atender a queixa do usuário, houve necessidade de incluir a atenção de outros profissionais de saúde?	15(25,86)	43(74,14)
A Enfermeira(o) encaminhou para o médico?	33(56,9)	25(43,10)
A Enfermeira(o) encaminhou para a equipe multiprofissional?	54(93,1)	04(6,90)

A Enfermeira(o) realizou interconsulta?	51(87,93)	07(12,07)
A Enfermeira(o) fez consulta compartilhada?	54(93,10)	04(6,90)
A Enfermeira(o) incentivou a procura por cuidado longitudinal?	29(50,0)	29(50,0)
A Enfermeira(o) realizou encaminhamento para outros pontos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências?	57(98,28)	01(1,72)
A Enfermeira(o) realiza orientações acerca de sinais de alarme ou quando procurar novamente o serviço?	45(77,59)	13(22,41)
A Enfermeira(o) realizou orientações sobre a fisiopatologia e evolução do problema de saúde?	45(77,59)	13(22,41)
Avaliação		
A Enfermeira(o) menciona a necessidade de um novo encontro?	23(39,66)	35(60,34)
A Enfermeira(o) aplica corretamente o conceito de risco relacionado ao evento agudo?	12(20,69)	46(79,31)
Considerando o conceito de risco a intervenção foi a adequada?	13(22,41)	45(77,59)
Esta é uma consulta de retorno ou seguimento longitudinal de acompanhamento?	42(72,41)	16(27,59)

Além da análise das etapas do PE, foram avaliados aspectos relacionados à *Comunicação clínica*. Destacou-se que durante as CE, a enfermeira se atentou ao conforto/privacidade do usuário (91%), adaptou a linguagem evitando o uso de linguagem científica (95%), evitou críticas/juízo de valor em relação ao usuário (93%) e a comunicação não verbal que denota desinteresse/desaprovação (91%).

No entanto, outros aspectos foram pouco observados, como: se apresentou (22%), repetiu a mensagem do usuário validando sua compreensão e informações (25%), verificou a compreensão do usuário e encorajou o esclarecimento de dúvidas (36%), solicitou feedback sobre o entendimento do usuário em relação conteúdo abordado (9%), estimulou a verbalização de sentimentos, expectativas e/ou preocupações (22%) e resumiu as informações e priorizou a demanda (3%).

Descrição dos registros de enfermagem (prontuários)

Em relação aos *registros de enfermagem*, 53 consultas (91,37%) estavam documentadas, sendo 50 em prontuários eletrônicos. Todos os registros estavam datados, 92,45% apresentavam horário e na maioria (92,45%) foi utilizado o método SOAP⁽²³⁾ como instrumento de padronização do registro.

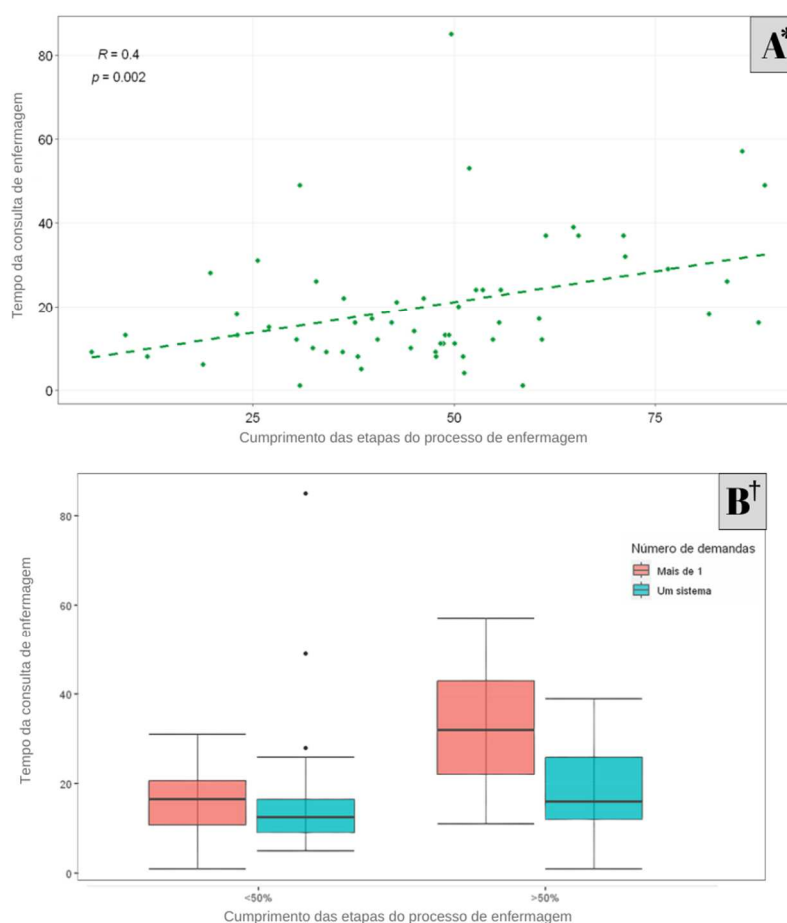
Na etapa *coleta de dados*, a maioria teve os dados subjetivos registrados de maneira completa (37,74%) ou parcial (54,72%). Os dados objetivos foram registrados de maneira completa em apenas 5,66% dos prontuários, e parcialmente em 84,91%, e o exame físico estava ausente em 24,53% dos prontuários.

O *diagnóstico* de enfermagem estava presente em 58,49% dos registros analisados. Desses, apenas 30,19% representavam de maneira completa os achados durante a coleta de dados. Em todos os registros realizados em prontuário eletrônico (94,34%) constava ao menos um CIAP, e em 81,13% o CIAP tinha relação com a coleta de dados.

Na etapa de *planejamento*, a descrição das metas e resultados esperados estava ausente em 86,79%. Apenas 11,32% registraram de forma completa a prescrição de enfermagem, que apareceu de maneira parcial em 75,47% dos registros. A minoria das prescrições (22,64%) estava adequada de maneira completa ou parcial ao diagnóstico de enfermagem. A etapa de *implementação* estava ausente em 96,23% dos prontuários, e a etapa de *avaliação* não foi registrada em 81,13%, porém, não se aplicava a 71,70% dos casos, por se tratar de consultas de primeiro contato para as condições de saúde abordadas.

Avaliação de correlações (tempo de consulta e cumprimento das etapas do PE)

Identificou-se uma correlação positiva e fraca entre o tempo de consulta de enfermagem e o cumprimento das etapas do processo de enfermagem ($R=0,4$ e $p=0,002$), conforme representado na Figura 2(A). Observou-se que o tempo de duração das consultas de EA foi maior entre as enfermeiras que cumpriram mais de 50% das etapas do PE, e ainda maior, nas consultas em que o usuário apresentou mais de uma demanda 2(B).



*A = correlação entre o tempo de consulta de enfermagem e a porcentagem do cumprimento do Processo de Enfermagem; †B = Descrição das medianas do tempo da consulta segundo o percentual de cumprimento do Processo de Enfermagem e número de demandas.

Figura 2. Avaliação do tempo de consulta e cumprimento das etapas do Processo de Enfermagem. São Paulo-SP, Manaus-AM, Parelhas-RN, Brasil, 2022.

Descrição das competências de gestão do cuidado propostas para EPA

Dentre as 58 consultas inseridas na amostra, foram selecionadas 24 consultas que atingiram o cumprimento de 50% ou mais das etapas do processo de enfermagem para análise qualitativa em relação a presença das competências de gestão do cuidado proposta para EPA na APS⁽⁷⁾.

Essas 24 consultas foram realizadas por 13 enfermeiras, sendo 8 provenientes de São Paulo, 4 de Manaus e 1 de Parelhas. As demandas de saúde mais frequentes abordadas, de acordo com a classificação CIAP-2 foram: X14 Secreção vaginal (7), D06 Outras dores abdominais localizadas (3), N01 Cefaleia (3) e R05 Tosse (3). Destaca-se que em 8 das consultas, foram abordadas duas ou mais demandas trazidas pelo usuário.

As enfermeiras que realizaram as CE aos EA desempenharam algumas competências propostas para o EPA na APS, no âmbito da gestão do cuidado, contudo ainda de forma parcial. Entre as categorias, destaca-se a dimensão enfoque do cuidado (61,11%), prestação do cuidado (41,20%) e avaliação e diagnóstico (40,50%), com média geral de 47,60% de identificação das competências, considerando o mesmo peso às três dimensões.

As evidências extraídas através das análises das filmagens e registros em prontuário, assim como as frequências de identificação das competências foram sintetizadas e podem ser visualizadas na Tabela 3.

Tabela 3. Síntese das competências propostas para a Enfermeira de Práticas Avançadas na Atenção Primária à Saúde, na gestão do cuidado, presentes em consultas aos eventos agudos. São Paulo-SP, Manaus-AM, Parelhas-RN, Brasil, 2022.

Item	Frequência	Qualitativo	Análise
Gestão do cuidado: enfoque do cuidado			
Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos usuários e à avaliação dos resultados.	n = 9 37,5%	Consulta:1807-05-EM Cena: O usuário entra na sala, a enfermeira o acomoda na cadeira, ao lado de sua mesa. Confirma os dados, e questiona em relação ao motivo pela busca do atendimento (vermelhidão em tórax e costas). Enfermeira digita informações trazidas pelo usuário. Intercala entre realizar contato visual e digitar informações. Enfermeira, na entrevista, inclui dados em relação ao contexto de vida, rotina, condições de moradia e trabalho. Fala: <i>O Sr trabalha, Seu (nome)? (E22); Trabalho como autônomo, sou eletricitista (U24); Na casa do Sr é muito fechado? Tem ventilação ou é pouca? (E22)"; É um pouco fechado, mas tem ventilação (U24); Deixa só eu perguntar uma coisa, o Sr mudou amaciante, sabão, sabonete, perfume, desodorante? (E22); Uma vez eu usei o retona, e fiquei todo empipocado, aí comprei aqueles antialérgicos, troquei o sabonete e melhorou. Mas se fosse sabonete daria no corpo todo (U24); Algum perfume que você usa, mudou algum cosmético? Amaciante, sabão em pó, que possa ter mudado a marca? (E22); Não sei, aí é com a minha esposa (U24); O Sr teve contato com alguém diferente? (E22); Eu tenho contato com muita gente, porque eu trabalho na obra né (U24); Mas que tinha lesão na pele, alguma coisa assim? (E22); Não, não (U24); Febre também não teve, certo? (E22); Não também. Eu fiquei até pensativo, que isso apareceu depois da vacina da COVID, há uns 6 meses atrás (U24).</i>	A maioria das enfermeiras não incorporou a competência durante as consultas, e as que estiveram presentes, estavam de maneira parcial no momento de avaliação e manejo terapêutico, abordando sobre as condições socioeconômicas, comportamentais, culturais e ambientais, tais como o ambiente de trabalho, relações e moradia.
Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental,	n = 13 54,17%	Consulta:2607-07-APSR Cena: Enfermeira realizou orientações sobre hipóteses diagnósticas, após relato inicial do usuário, para explicar os próximos passos. Se comunica mantendo contato visual com o mesmo. Ambos sentados, um em frente ao outro. Após, encaminhou o usuário para maca, para exame físico. Usuário procurou a unidade por ter notado aparecimento de “bolinhas” na região inguinal. Fala: <i>Então vou te explicar o que pode estar acontecendo, são duas coisas pra gente</i>	Metade das enfermeiras incorporou a competência durante as consultas, entretanto, de maneira parcial, incorporando conhecimentos sobre a fisiopatologia, psicopatologia, processos

doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico.		<i>pensar. Quando a gente pensa em uma íngua, o nome popular é íngua, pra nós a gente chama de linfonodo, é um gânglio que fica ali naquela região, e eles só vão aumentar, quando dentro de você tiver algum microrganismo, pode ser um vírus, uma bactéria, algum bichinho. A outra parte é quando a gente faz aquele teste de assoprar, e se ele aumentar a gente pensa em uma hérnia, que é uma estrutura de dentro do corpo, que ela sai aí de dentro do local onde ela deveria ficar e estufa ali e causa dor. E aí isso daí é cirúrgico, a gente encaminha pra cirurgia. Então a gente vai fazer esses dois testes aqui, para a gente poder examinar direitinho (E31). (Testes rápidos e teste de valsava)</i> <i>(...)</i> <i>E esse negócio de trabalhar de pedreiro, você sabia que induz bastante a formação de hérnia, porque você faz muita força (E31).</i>	familiares na avaliação, diagnóstico e manejo terapêutico, abordando sobre as condições de saúde, uso contínuo de medicação, antecedentes de saúde, histórico familiar, achados clínicos, e evolução esperada da doença.
Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos usuários e na avaliação dos resultados.	n = 22 91,7%	Consulta: 1807-02-SJS Cena: Enfermeira realizou a investigação do histórico da usuária, intercalando com olhares no computador e para a usuária. Em um momento, levanta-se, arruma a maca e convida a usuária a se deitar. Continua a realizar as perguntas, enquanto faz o exame físico. Fala: <i>Na quinta-feira começou a sair uma secreção do meu umbigo, assim, do nada. Já tinha acontecido outra vez e aí parou, aí dessa falei, vamos ver o que é. Saiu quinta, sexta e no sábado não ficou saindo, de sujar e de secar. Ficou só aquele cheirinho desagradável (U23); Você teve febre? (E21); Nada (U23); Fez alguma cirurgia na barriga? (E21); Fiz hidrolipo, mas já tem um ano (U23); E foi pelo umbigo? (E21); Não, o recorte foi aqui na lateral, não tem nada a ver com o umbigo. O que eu senti na quarta-feira à noite foi uma dor tipo cólica, muito forte, aí eu coloquei aquela bolsa de gelo, sabe, só que quente (U23); Além dessa cirurgia, já realizou alguma outra cirurgia abdominal? (E21)"; Só cesárea mesmo, a última tem 7 anos (U23); Tem algum problema de saúde ou alergia a alguma medicação? Teve algum outro sintoma? (E21); Não. Uma outra questão que me dá muito é hemorroidas. A um tempo atrás eu passei aqui, a médica me passou uma pomada, só que vira e mexe sai, queria ver se é possível realizar alguma microcirurgia para tirar, porque ô negocinho chato (U23); Sim, precisa examinar para ver como é que está, para ser encaminhado. E como é a sua alimentação? (E21); Como de tudo, menos pimenta, que eu sei que é o que piora (U23); Come legumes e verduras todos os dias? (E21); Não, de vez em quando, não sou muito fã (U23); Seu intestino funciona como? (E21); Super bem, todos os dias, 3 a 4 vezes por dia (U23); E esse é o seu normal, é isso? Sai pastoso, não endurecido? (E21); Sim. Normal (U23).</i>	A maioria incorporou a competência, entretanto, de maneira parcial, durante a avaliação, manejo terapêutico e na avaliação dos resultados, abordando questões sobre os eventos agudos e doenças crônicas diante da investigação do histórico pessoal e de fatores relacionados à demanda de saúde apresentada. Porém, não foram identificados esses elementos na avaliação dos resultados.

		(...) <i>Hoje o que te incomoda mais é a questão do umbigo, certo? (E21); Sim (U23); E dessa parte da hemorroida, ela não tá pra fora ou sangrando? (E21); Não (U23); (Enfermeira arruma a maca, e solicita que a usuária deite, enquanto continua realizando as perguntas) A secreção sai quando você está sentada, em pé? (E21); Não, eu fui trabalhar e quando eu voltei a noite que fui tomar banho vi que estava melado (U23); Você já teve algo semelhante alguma vez, ou é a primeira vez que acontece? (E21); Já tinha acontecido antes, antes mesmo da cirurgia (U23); Sentiu a barriga endurecida, inchada? (E21); Nada (U23); Eu vou fazer o seguinte, vou conversar com o médico e já volto aqui (E21). (sai da sala para realizar interconsulta)</i>	
Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico			
Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias.	n = 2 8,3%	Consulta:2807-07-MAFSN Cena: Enfermeira leva usuário até a balança, após, voltam a sentar na cadeira, onde é aferida a pressão arterial. Realiza também coleta de dados subjetivos, e análise de exames de imagem, no caso, de uma USG das vias urinárias. Fala: <i>Dilatação do sistema coletor renal à esquerda, então quer dizer que do lado esquerdo tem uma dilatação, aumento, de onde tá chegando, porque no rim, a gente tem um pensamento diferente das pessoas que não estudaram essa parte renal, ele não filtra urina, o resultado é a urina, ele filtra o sangue. Então chega o sangue, ele filtra, o que é bom ele manda para o organismo, o que é ruim, sai na forma de xixi. Nesse sistema coletor onde está recebendo esse sangue, tá com um aumentinho. Isso aqui a Dra vai conversar com vocês um pouquinho melhor. Dimensões normais, ausência de cálculos renais, então não tem pedrinhas renais, contorno regulares, presença de discreta dilatação. Mas vai fazer cirurgia? Provavelmente não. Vai esperar seu organismo responder, se você procurar na internet, xixi a noite, você vai ver que a maioria das causas é o diabetes (E29); É, foi o que me acendeu o sinal de alerta, e essa sede (U50); Seu organismo tá desregulado, a gente precisa acertar tudo isso e ver como vai funcionar nessa parte renal. Eu acredito que isso pode ser controlado a partir do momento que seu organismo entrar num parâmetro melhor do que está hoje. Hoje no seu organismo está todo mundo tentando compensar o trabalho do outro (E29).</i>	Nas consultas a grande maioria das enfermeiras não incorporou a competência e quando esteve presente foi de maneira parcial por meio de raciocínio clínico na avaliação de exames laboratoriais e sinais e sintomas mencionados pelo usuário. Não foram observadas habilidades de avaliação avançada.

Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do usuário.	n = 2 9,1%	Consulta: 2507-05-CAG Cena: Enfermeira, sentada próximo a usuária, acessa dados dos exames no sistema, imprime, interpreta, orienta a usuária e entrega. Utiliza resultados dos exames para complementar seu raciocínio clínico. Fala: <i>O exame de urina a senhora falou que não conseguiu pegar né? Você tem aquele protocolo que eu consigo pegar na internet (E25); Sim (U33) (entrega o protocolo para enfermeira); O do papa você fez dia 21, esse realmente eu não vou conseguir porque faz seis dias, mas da urina eu já consegui identificar, já achei aqui. Você fez dia 06/07, urocultura negativa, hemácia, eu vou imprimir, tá com um pouquinho de sangramento, que a gente verifica pela quantidade de hemácia e tá com 20.000, o leucócito tá com 10.000, que são as células de defesa, tá no limite. Mas você já tava fazendo uso de antibiótico nessa data, já, já tinha começado? (E25); Já tinha começado (U33).</i>	Somente em duas consultas a enfermeira utilizou sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do usuário, sendo o prontuário o eletrônico utilizado como ferramenta
Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos usuários em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.	n = 8 33,3%	Consulta: 1907-03-ACAS Cena: Enfermeira realizou a investigação do histórico da usuária, intercalando com olhares no computador e para a usuária, manteve-se atenta durante a interação. Diante das diversas queixas apresentadas, priorizou a demanda. Evidência do registro em prontuário: SUBJETIVO “Compareceu em acesso avançado, com queixa de dor de barriga e dor nas costas em região torácica há mais de 05 anos (trabalhou como manicure, governanta, cuidadora). Dor no coração há muitos anos, diz passar nervoso com filho que faz uso de bebida alcoólica, já fez cirurgia de catarata há mais de 02 anos, queixa que olho esquerdo está com incômodo, faz tempo que não passa com oftalmologista, faz uso de lentes corretivas, óculos está fraco. Vacinação covid: 4ª dose. Mora com filha e neto. Aposentada (pensionista do marido falecido), faz uso de levotiroxina 50 mcg, 1 cp ao dia, hidroclorotiazida 25mg 1cp ao dia, metformina 500 mg 1 cp 3 vezes ao dia e omeprazol 20 mg 1 cp em jejum. Nega tabagismo e etilismo, religião evangélica. Alimentação, queixa de perda de paladar, não sente sabor dos alimentos, manhã Nescafé com leite ninho e adoçante, torrada (quando come queijo e manteiga sente dor abdominal), almoço: arroz, feijão, carne (não gosta de fritura), gosta de verdura e salada, janta sopa de verduras batida no liquidificador. Chega a ficar três dias sem evacuar, ontem teve episódio de evacuação, nega saída de sangue.”	Menos da metade das enfermeiras incorporaram a competência, contudo a coleta de dados na consulta aconteceu de maneira parcial, assim como o registro em prontuário.

		Fala: <i>A Sra mora com quem? (E23); Moro com a filha e o neto, mas só fico meu neto, 15 anos, que minha filha trabalha a semana toda fora (U26); A Sra tá aposentada? (E23); To, aposentada não, sou pensionista do meu marido (U26); E já fumou alguma vez na sua vida? (E23); Nunca (U26); Beber? Já bebeu? (E23); Sou evangélica, graças a deus, só suco e refrigerante (U26).</i> (...) <i>A senhora trabalhou? (E23); Sim, como manicure, depois governanta e cuidadora (U26); Como está a alimentação da senhora? (E23); Antigamente eu tinha vontade de comer, agora não tenho apetite. Eu tomo café solúvel, não posso comer manteiga e queijo, sinto dor na barriga. No almoço, como feijão, arroz, carne, o que tiver. Ontem comi rabada, minha filha fez. Não posso comer fritura, gosto de legumes, salada (U26); E depois do almoço? (E23); Faço sopa de verdura, bato no liquidificador e como a semana toda. Tem dia que estou enjoada, só como pão. Gosto de banana, mexerica. O cocô não é nem mole e nem duro, quando como mamão consigo fazer. Ah, eu estou com a visão muito ruim (U26); Faz tempo que a senhora não vai no oftalmologista? (E23); Sim, faz tempo (U26); O óculos que a senhora está usando está fraco? (E23); Isso (U26).</i> (...) <i>Mais alguma coisa está te incomodando? (E23); E essa dor aqui no coração, que eu sinto essa dor no coração, mas eu passo muito nervoso com um filho que bebe. Ele está aí comigo (U26); E a quanto tempo que a Sra está com essa preocupação? (E23); Há muito tempo (U26); Essa dor no coração também há muito tempo? (E23); Há muitos anos. Passo nervoso porque ele bebe. Ele não mora lá (U26); Qual o nome dele? (E23); É Marcio. Ele é mecânico (U26); Ele fica lá? (E23); Às vezes só, essa noite, eu falei pra ele que eu vinha no médico, ele resolveu dormir lá pra vir comigo (U26).</i>	
Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos usuários de todas as idades (incluindo triagens do	n= 14 58,33%	Consulta:2007-01-JRR Cena: Enfermeira solicita que o paciente exponha a região afetada, para avaliar a região de tórax anterior, usuário mantém-se sentado na cadeira, e para avaliação da região posterior, fica em pé, em frente à enfermeira. Após realizou a aferição da pressão arterial. Pede solicitação para tirar uma foto para compartilhar com o médico. Evidência em prontuário: OBJETIVO	A competência foi incorporada pelas enfermeiras em pouco mais da metade das consultas, porém, de maneira parcial, pois não foi realizado e documentado com precisão. O exame físico foi

desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).		Consciente e orientado. Corado e hidratado. Presença de hiperemia em região torácica e dorsal, além de pápulas em região dorsal. PA: 120/70 mmHg Fala: <i>Tá bem vermelho (E22); Tá vermelho, né? Às vezes aparecem esses pontinhos aqui ó. E diminuiu, diminuiu quando eu tomei o prednisolona (U28); E o Sr tomou a quantos dias atrás? (E22); Eu tomei só esses dois dias (usuário se levanta, para mostrar as costas) Tá vendo ó, tá coçando aqui (aponta para a região) (U28); Está bem vermelha né? Certo (E22); Aqui só às vezes fica vermelho, tá vendo, tem uns carocinhos, fica vermelhão. E se eu tomar banho quente, aí fica tudo vermelho (U28); Na barriga não tem, na perna, nada? (E22); Não, o que acontece, eu tenho aquele cimecort, aí quando tava bem atacado, com feridinha, eu passava. Mas tá vendo aqui, essa feridinha, ela seca tudo, mas ela sempre retorna (U28); Ah, entendo. Posso medir a pressão do Sr? (aferição de pressão arterial) Pressão está boa, 12 por 7 (E22).</i>	direcionado a queixa na maioria das consultas, porém, em algumas, foram realizados exames físicos de rastreamento, como no caso do relato, com a aferição da pressão arterial.
Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de usuários de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar.	n = 9 37,50%	Consulta: 1807-02-SJS Cena: Enfermeira realiza coleta de dados subjetivos e solicita à usuária, para deitar-se na maca, para conseguir examiná-la. Puxa lençol de papel para cobrir a maca, antes de acomodá-la. Avalia região abdominal, e umbigo. Realizou ausculta e palpação abdominal e inspeção da região do umbigo. O diálogo acontece durante o exame físico. Finaliza, e lava as mãos após. Fala: <i>Eu fui pesquisar, e parece que pode ser cisto? (U23); Não dá pra saber na verdade (E21); Há dois anos eu perdi meu pai com câncer de intestino e leucemia (U23); Entendi. Ele tinha quantos anos? (E21); 55 anos, e foi do nada, em 15 dias que a gente descobriu ele faleceu (U23); Normalmente de intestino, a orientação é fazer o acompanhamento 10 anos antes da idade que ele teve, fazer colonoscopia e um acompanhamento (E21).</i>	Uma pequena parcela das enfermeiras incorporou a competência durante as consultas de enfermagem. Na maioria das consultas, a abordagem foi voltada para a queixa, não tendo sido explorados aspectos relacionados aos fatores de risco psicossociais, e agravos de saúde em geral.
Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida.	n = 21 87,50%	Consulta: 1907-04-ACLA Cena: Enfermeira sentada na lateral do paciente, voltada para ele, realiza contato visual ao realizar o questionamento sobre motivo da consulta, e balança a cabeça como estímulo para que se expresse. Fala: <i>A gente vai fazer o seguinte, para aliviar essa dor hoje, eu vou conversar com o nosso médico, o Dr (nome), e passar o seu caso pra ele, tá bom? Por conta dessa dor que</i>	A maioria das enfermeiras incorporou a competência, ao realizarem diagnósticos diferenciais entre demandas agudas, crônicas e de risco de vida, porém, ainda quando presentes, estavam

		<i>você está sentindo hoje. Mas é uma dor que já tá crônica né? Você me contou que foi depois que você teve COVID, há um ano, então é isso que tá te incomodando bastante hoje, que está até te impedindo de fazer suas atividades no dia a dia né, que é trabalhar, pegar esses trabalhos que você tem (E23).</i>	de maneira parcial.
Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os usuários.	n = 11 45,83%	Consulta: 2607-07-APSR Cena: Usuário deitado na maca, para exame físico, enfermeira recebe a médica e aluna de medicina na sala, para realizar interconsulta. Explica para a médica um resumo do quadro e do que pensou após sua avaliação. Fala: <i>Dra, esse é o (nome), trabalhador da construção civil, tá com dor a 7 dias na região inguinal, foi no AMA sábado, foi medicado com algumas injeções, que ele não sabe dizer o nome, eu o examinei, e depois da manobra que eu pedi pra ele fazer, eu palpei bilateral, e eu achei que tá bem aumentado e algico, de qualquer forma vou pedir uns testes rápidos também, não tem nada na uretra, não tem secreção, o pênis está sem lesão, mas vou colocar também. A gente precisa fazer um diferencial, se é uma hérnia, ou se é alguma infecção. Eu já vou chamar as meninas daqui a pouco pra gente fazer os testes rápidos (técnicas de enfermagem) (E21).</i>	Em menos da metade das consultas de enfermagem foi possível observar a competência, e quando presente, estava de maneira parcial, se manifestando através de realização de interconsultas e solicitação de exames investigatórios.
Gestão do cuidado: prestação do cuidado			
Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.	n = 12 54,55%	Consulta: 2507-05-CAG Cena: Enfermeira, sentada próximo a usuária, realiza proposta terapêutica, ao final da consulta. Fala: <i>Então aqui está seu tratamento, eu vou te explicar, que é o tratamento contra a candidíase. É o fluconazol, antifúngico. Você vai tomar 1 comprimido dose única. Passa na farmácia, pega, chega em casa já toma e não toma mais. E uso vaginal dessa pomada (miconazol). Você já usou alguma pomada vaginal antes? Então a senhora vai aplicar por 14 noites especificamente. Chega a noite toma banho, deita, aplica e dorme tá bom? Aí sem relação durante esse período por gentileza (E25).</i>	Em cerca de metade das consultas de enfermagem, foram evidenciadas essa competência, de maneira parcial. Em uma parcela, o cumprimento se deu através da realização de interconsulta médica.
Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade	0,0%		Não foi evidenciado.

cultural.			
Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.	n = 12 50%	Consulta:2507-05-CAG Cena: Enfermeira, sentada próximo a usuária, realiza leitura dos exames trazidos pela usuária, orientando em relação aos resultados, e esclarecendo dúvidas. Intercala o olhar entre contato visual e leitura do exame. Fala: <i>Tá aqui seu exame de urina, a urocultura deu negativa, então não foi evidenciado nenhum crescimento de bactérias na sua urina, nessa data do dia 06. Glicose ausente, nitrito negativo, aí aqui as hemácias que eu te falei que tinha um pouquinho, 20.000, isso quer dizer que tinha um pouco de sangramento e quando tem sangramento na urina pode ser um cálculo de rim, pode ser também uma ITU de repetição porque o trato fica prejudicado e pode ter um pouco de sangramento. Então acredito que seja isso, porque de fato o seu ultrassom tá normal, e os leucócitos que são as células de defesa estão em 10.000 que é a margem. Então de fato se você tava com infecção aqui daria um pouquinho mais alto mesmo, mas não tava muito alto não! A gente repete mais uma vez, afinal você vai ficar usando por 90 dias o antibiótico (E25); Essa glicose é açúcar no sangue? (U33); Tá ausente. É açúcar na urina, o que acontece é que às vezes o paciente é diabético e a glicose está muito alta, então ela sai até pela urina, mas no seu caso a senhora é diabética? (E25); Não. Eu me preocupo muito porque minha mãe é e meus irmãos são, então tem um histórico assim de diabetes (U33); Então aqui é seu ultrassom, e ele vai dizer pra nós, dimensões e contornos normais, não há evidência de imagens calculosas, ou seja, não há cálculo e não há dilatação do sistema coletor, porque às vezes tem uma dilatação, mas não tem cálculo, é porque o ultrassom não conseguiu achar o cálculo ou outras justificativas, mas não tem. Rim direito ok, rim esquerdo ok, bom tamanho, bexiga com boa repleção, paredes finas e regulares, conteúdo anecóico, exame normal tá? Você tava de bexiga cheia? (E25); Isso (U33); Então por isso que ele fala de boa repleção. Então aqui pra nós o seu ultrassom tá normal, não tem nenhuma alteração. O médico deve ter solicitado porque às vezes a infecção urinária foi pros rins, então ela foi pro trato urinário alto, aí é importante fazer o ultrassom pra evidenciar isso (E25); No meu caso não foi? (U33); Não (E25).</i>	A competência esteve presente em metade das consultas, porém de maneira parcial, apresentando-se majoritariamente na abordagem de achados clínicos e intervenções terapêuticas, caracterizados nas consultas pela identificação de sinais e sintomas, resultado de exames e propostas terapêuticas.
Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em	n = 11 45,83%	Consulta:2507-05-CAG Cena: Enfermeira, sentada próximo a usuária, realiza proposta terapêutica, ao final da consulta.	Na maioria das consultas não foi desempenhada a competência pelas

colaboração com os usuários, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo-benefício das intervenções.		Fala: <i>A gente também vai buscar ver, porque no SUS tem algumas medicações homeopáticas pra tratamento dessas queixas da menopausa, talvez seja interessante a gente pensar em você tomar essa medicação já que isso atrapalha tanto seu sono. Seria interessante? Você gostaria que a gente começasse a ver isso? (E25); Sim, claro! (U33); Então no retorno me lembra, eu vou colocar aqui como pendência, mas me lembra no retorno daqui há 1 mês mais ou menos, pra gente iniciar o uso dessas medicações homeopáticas tá? Mas eu te adianto que a homeopatia vem das plantas e dos alimentos, então se você consumir para além dessas cápsulas de medicação, também o próprio alimento, por exemplo a amora (E25); É, eu já fiz o chá. Minha mãe falou pra mim (U33); É, o chá de amora (E25); Inclusive eu tenho meus paizinhos vivos também (U33); Que maravilha! Inlui os pais aqui no seu fortalecimento (U25); Eles são minha fonte de apoio (U33).</i>	enfermeiras, e quando presente, estava de maneira parcial, ao considerar expectativas e crenças e relação custo-benefício na pactuação do plano terapêutico. Quando presentes, se relacionaram com o encaminhamento para outros profissionais, introdução de medicamentos e agendamento de retornos para reavaliação. Havia colaboração dos usuários durante a realização do plano.
Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica.	n = 11 41,67%	Consulta: 2807-07-MAFSN Cena: Enfermeiro se levanta, e vai até a porta, chama usuária pelo nome completo para entrar na sala de atendimento. Acomoda usuária e companheiro na cadeira, em frente a ele e se comunica realizando contato visual. Fala: <i>Boa tarde, sejam bem-vindos, podem sentar. Olá (nome), tudo bem? Sou o enfermeiro (nome), vou te atender. Empresta um documento com foto por favor." (usuária entrega o documento) (E29); A moça não conseguiu, ela disse que talvez você consiga, o resultado dos exames...(U50).</i>	A competência esteve presente em menos da metade das consultas, sendo evidenciada quando as enfermeiras realizaram a identificação do usuário. Em algumas consultas, não foi realizada a identificação, porém, havia demonstração de vínculo entre o profissional e o usuário.
Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias.	n = 23 95,83%	Consulta: 2107-05-MZSA Cena: Enfermeira recebe usuária em consultório para coleta do papanicolau, durante procedimento, identificou presença de corrimento vaginal, após, acomoda usuária novamente na cadeira, ao seu lado, e realiza orientações em relação ao tratamento e seguimento do cuidado, realizando contato visual e gestos.	Na maioria das consultas a competência esteve presente, demonstradas a partir da intervenção da enfermeira a solicitação de exames laboratoriais,

		Fala: <i>Eu vou te passar o miconazol, que é um creme vaginal, você vai utilizar ele por 10 noites. Nessas 10 noites não ter relação, tome banho e passe a pomada (E24); Mas eu acho que já vai começar a menstruação (U32); Então pode esperar, acabando você começa, pra gente não interromper no meio, não para. Mas aí já pega lá a pomada. O resultado do papa você pega comigo com 30 dias. Exame de sangue, faz tempo que não faz? (E24); Faz (U32); Eu já vou te passar também. Tem 18 anos também? (E24); Tem não, mulher. Mas eu tive diabetes gestacional na última gestação a dois anos (U32). (...)</i> <i>Calcinha, de preferência não lavar no banheiro e não deixar no banheiro. Tá? Seca no sol, fora, se não conseguir secar no sol, passa pelo menos o fundo da calcinha, para evitar essas bactérias. Lavar a calcinha com sabão ou sabão de coco e de preferência lavar separado das outras roupas (E24); É, a gente lava tudo junto, com amaciante (U32); Se não resolver, aí a gente vê no resultado e reavalia, e aí a gente trata de novo, e vê se tem outros achados no papa (E24).</i>	realização de procedimentos, aferição de sinais vitais, encaminhamento para atividade física e atividades de bem-estar em geral, prescrição de medicamentos e pactuação de retornos.
Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).	n = 9 69.23%	Consulta:2507-05-CAG Cena: Enfermeira, sentada próximo a usuária, realiza proposta terapêutica, ao final da consulta. Fala: <i>Então aqui está seu tratamento, eu vou te explicar, que é o tratamento contra a candidíase. É o fluconazol, é antifúngico, tá? E você vai tomar 1 comprimidinho dose única. Passa na farmácia pega, chega em casa já toma e não toma mais. E uso vaginal dessa pomada (miconazol). Você já usou alguma pomada vaginal antes? Então a senhora vai aplicar por 14 noites especificamente. Chega a noite toma banho, deita, aplica e dorme tá bom?Aí sem relação durante esse período por gentileza (E25).</i>	A competência esteve presente na maioria das consultas, especialmente no tratamento de infecções vaginais, exceto por uma consulta, em que a enfermeira transcreveu a prescrição de tratamento recém iniciado para tuberculose.

Monitora o progresso do usuário, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.	n = 5 62,5%	Consulta: 2007-14-EAC Cena: Enfermeira recebe criança de colo e mãe em consultório. Cumprimenta, e as acomoda em cadeira ao seu lado. Realiza a coleta de dados, mantendo contato visual com a mãe, e após, direciona a criança para a maca, para realizar o exame físico. Fala: <i>Olá, tudo bem? e aí, esse moço, como tá hoje? (E24); Então, ele tá resfriado (U31); Ah, mas o olhinho melhorou bem né? (E24); O olhinho tá, eu to usando esse colíriozinho, e lavando com soro, mas eu senti que tinha ficado muito inchado (U31); É, mas como ele é muito bebê (mãe interrompe e mostra o frasco do colírio que está utilizando). Ah, ótimo. Esse quem passou pra ele? (E24)".</i> (...) <i>Esse é o segundo olho, né? (E24); É, aí remela mais né? (U31); É, essa época é terrível pra eles, que está mais geladinho. Você pode fazer a limpeza do olho assim (ensina mãe a realizar a limpeza ocular), mas sem friccionar, porque acho que como está limpando muito, está machucando um pouco aqui em volta, está ficando vermelhinho (E24).</i>	A competência foi evidenciada em mais da metade das consultas, porém, de maneira parcial, ao realizarem consultas longitudinais de retorno, como no caso de consultas de pré-natal e seguimento de usuários com diabetes, consultas de usuários que já tinham apresentado a mesma queixa anteriormente, e consultas de reavaliação.
Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.	n = 6 25%	Consulta 2807-06-BTM Cena: Enfermeiro recebe mãe, criança e irmãos em consultório, acomoda a criança na cadeira à sua frente, familiares permanecem em pé. Realiza coleta de dados subjetivos e objetivos, com dados expressos pela criança e pela mãe. Fala: <i>(nome), você está em fase de crescimento, você precisa de alimentação, mas você não precisa viver para comer. Se você comer pra ter uma atividade, para jogar uma bola, poder ir pra escola, fazer suas artes marciais. Aí é o certo (E29); Quando eu tava fazendo essas coisas, eu sentia muita fome, aí acabei acostumando (U49); Acabou acostumando, aí deu uma parada dessas atividades, e começou a demonstrar no corpo né? (E29); Sim (U49); Mesmo não tendo as artes marciais, você pode fazer exercício. A gente precisa fazer uns pactos aqui, combinar algumas questões pra te ajudar, tá? Fazer exercícios, caminhadas. Ah, mas eu não posso ir na rua porque minha mãe não deixa. Pode circular dentro de algum lugar, agachar, levantar, tem exercícios que podem ser feitos em casa...(E29).</i>	Em uma parcela das consultas a competência esteve presente, porém, de maneira parcial, sendo considerado a adaptação de intervenções em transições da vida e situações de comorbidades, de acordo com a condição financeira e recursos disponíveis. As intervenções se relacionam principalmente com orientações sobre atividade física e bem-estar em geral.
Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de	Não se aplica		Por se tratar de uma competência que se relaciona com o tratamento

maneira apropriada.			de final de vida, em nenhuma das consultas houve demanda.
---------------------	--	--	---

Triangulação dos dados quantitativos e qualitativos

Os resultados foram triangulados para obter uma análise da prática de enfermagem na APS aos EA, e identificar as competências propostas para EPA. Os resultados da abordagem quantitativa demonstram cerca de 40% das consultas com desempenho mínimo, ou seja, cumprimento maior de 50% dos itens esperados no PE.

Ao realizarmos a integração dos dados na etapa de coleta de dados do PE, com as competências da EPA, observa-se que os dados corroboram, apresentando fragilidades durante o levantamento de dados, especialmente ao que se refere às questões de diversidade cultural, determinantes de saúde e sentimentos e impactos que envolvem o processo de adoecer, evidenciando uma necessidade de aprofundamento e resgate de habilidades de comunicação, como a escuta qualificada, e o cuidado ampliado.

Nesta etapa, destaca-se positivamente a competência de incorporação de conhecimentos em relação às manifestações clínicas, eventos normais, agudos ou crônicos, que foi observada na maioria das CE, porém, divergindo dos dados quantitativos encontrados, que identificaram que a maioria dos profissionais não investigou as causas relacionadas ao EA (51,72%), e não consideraram o histórico clínico do usuário no seu raciocínio clínico (45%).

Ademais, há semelhança dos dados em relação às fragilidades para realização do registro das informações, tanto dos aspectos da entrevista, como dos achados no exame físico, que foram registrados de maneira completa (5,66%), e parcial (92,45%). Em uma parcela expressiva das CE, evidenciou-se através das filmagens, coletas de dados mais completas, em relação ao que foi registrado em prontuário.

Em relação ao diagnóstico, apesar de poucos profissionais o terem expressado durante os atendimentos, na maioria dos casos, foi observado a incorporação da competência de realização de diagnósticos diferenciais entre condições agudas, crônicas e de risco de vida, mesmo que de maneira superficial, identificadas através de elementos do raciocínio clínico e desfechos das CE.

Sobre a etapa de planejamento, observou-se que a maioria das enfermeiras iniciou alguma intervenção de enfermagem ou plano de cuidado, inclusive realizando prescrições medicamentosas, porém, no geral, não houve pactuação desse plano, ou realização da prescrição de enfermagem evidenciadas nas filmagens ou nos registros.

O monitoramento do progresso do usuário é pouco expressivo, uma vez que a grande maioria das consultas não eram programadas, sendo o primeiro contato para abordagem da demanda. Naquelas CE que possibilitaram essa avaliação, a maioria incorporou a competência, no entanto, relacionadas às demandas crônicas que estavam sendo abordadas.

Conclui-se que, na CE aos EA, algumas competências propostas para o EPA são identificadas, porém de maneira superficial em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para sua expressão.

Discussão

As enfermeiras atuantes na APS realizam CE à usuários por demandas relacionadas a manifestação de EA, entretanto, ainda de modo incipiente. Além disso, quando analisadas as competências de EPA propostas para APS, de forma geral, são identificadas, porém, quando presentes, a maioria se apresenta de maneira parcial ou frágil.

O perfil das enfermeiras participantes se assemelha ao perfil nacional em aspectos como a realização da graduação em universidades privadas, ao alto percentual de realização de cursos de pós-graduação, com destaque às especializações⁽⁹⁾, e ao tempo de experiência e atuação na ESF, observando um padrão duradouro de vínculo profissional com estas instituições⁽²⁷⁾.

Sobre as demandas de saúde mais prevalentes, há na literatura pesquisas que realizaram estudos de demandas em serviços da APS, com achados diversos, o que reforça a importância do levantamento destes dados a nível regional, com objetivo de planejar e ofertar cuidados que respondam às demandas de saúde locais⁽²⁸⁻³²⁾. Apesar da diversidade em relação aos achados, destaca-se a atuação da enfermeira em manejar, principalmente questões relacionadas à saúde da mulher⁽³⁰⁾.

Em relação às CE aos EA, em sua maioria, foram consultas não programadas. A organização do acesso aos cuidados na APS, de forma a contemplar o atendimento das demandas programadas e não programadas, é um desafio enfrentado pela gestão⁽¹⁶⁾. Ao mesmo tempo que é primordial oferecer e desenvolver atividades programadas de caráter preventivo, é preciso responder os EA, que representam uma busca imprevisível por atenção^(16,18).

Durante as CE, observou-se que, no geral, a abordagem das enfermeiras estava focada nos aspectos biológicos, com a realização superficial da coleta de dados, e em

muitos casos não houve valorização da demanda trazida pelo usuário^(13-14,33). Fatores como a valorização de indicadores quantitativos de produção em saúde pelas instituições, agendas com limitações de tempo insuficientes e desempenho de múltiplas tarefas, podem impactar no desenvolvimento das competências da enfermeira no atendimento aos EA.

Desta forma, melhorias dos processos de trabalho são necessárias, pois quando ineficientes, ocasionam desafios para que a enfermeira desenvolva suas outras atribuições, e podem levar os profissionais à pressão pelo atendimento rápido, à sobrecarga e ao sofrimento, favorecendo práticas focadas na queixa-conduta⁽³⁴⁻³⁵⁾. Além disso, há uma lacuna na capacitação e muitas vezes, falta de entendimento do profissional e equipe multidisciplinar em relação às suas atribuições para manejar essas demandas.

O cumprimento do PE é primordial na sustentação da CE, para a construção do raciocínio clínico⁽³⁶⁻³⁷⁾. Destaca-se a etapa de coleta de dados, por ser o momento em que há oportunidade de iniciar o estabelecimento do vínculo, e investigar elementos relacionados à demanda apresentada, suas manifestações clínicas, histórico de saúde, expectativas, e fatores psicossociais. A enfermeira realiza esta etapa de maneira parcial, não abordando aspectos essenciais para o cuidado^(13-14,33). Uma coleta de dados frágil, pode acarretar prejuízos na realização das etapas seguintes, e propostas de plano de cuidados inadequadas.

Em relação às demais etapas, destacou-se a de diagnóstico pela sua fragilidade. Este, aparece com mais frequência nos registros, quando comparado à expressão dos mesmos durante as CE. As nomenclaturas exclusivas da enfermagem foram pouco utilizadas, sendo o CIAP-2, a classificação mais frequente, por ser um item de preenchimento obrigatório encontrado no atual Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (e-SUS/SISAB). O COFEN estabelece que o CIAP-2 deve ser utilizado como uma classificação complementar aos demais exclusivos da enfermagem⁽³⁸⁾.

O registro e expressão de diagnósticos de enfermagem com uso das nomenclaturas próprias, fortalece a identidade da categoria, além de trazer reconhecimento à prática de enfermagem, e apoiar o usuário a se nortear no seu processo de cuidado.

Uma ferramenta de cuidado essencial que permeia todas as etapas do PE, é a comunicação, favorecendo a construção de vínculo e permitindo a efetivação do cuidado seguro e qualificado, tendo potencial de aumentar a satisfação e adesão dos usuários

aos planos de cuidado. Identificaram-se lacunas importantes na habilidade de comunicação, que podem estar relacionados à maneira superficial em que o tema é abordado durante a formação da enfermeira⁽³⁹⁾, tendo impacto direto no cumprimento do PE.

Estudos corroboram com os dados encontrados, sobre dificuldades para a implementação do PE na APS. Como um dos motivos, destacou-se a formação deficiente, pois estes profissionais referem fragilidade no conhecimento sobre o tema⁽⁴⁰⁾, tendo a percepção de que a formação acadêmica não os prepara para a realização do PE no contexto da APS, pois tem foco hospitalar.

Sugerem-se ações para fortalecer a implementação do PE na APS, a fim de aprimorar a assistência de enfermagem e aumentar sua resolutividade, como: diagnóstico situacional; sensibilização da equipe; definição do referencial teórico; elaboração de instrumentos para a realização do PE; e preparo prático para a implantação da SAE⁽⁴⁰⁾, através de ações de educação continuada⁽⁴¹⁾.

Nas CE com maior cumprimento das etapas do PE, foram identificadas algumas competências propostas para o EPA na APS, porém, ainda de maneira parcial. De maneira geral, tiveram melhor desempenho na dimensão enfoque do cuidado, que engloba competências de avaliação, principalmente realizadas na primeira etapa do PE, tendo maior destaque na incorporação de conhecimentos em relação às manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças agudas e crônicas.

Porém, o desenvolvimento de competências esperadas, inclusive às enfermeiras generalistas atuantes na APS, como a incorporação de conhecimentos sobre diversidade cultural e determinantes da saúde e a identificação de fatores de risco de saúde e psicossociais foram pouco identificadas. Evidenciando que, em geral, são tidas como essenciais unicamente aquelas informações referentes ao diagnóstico biomédico, resultando na elaboração de planos de cuidado embasados apenas nas crenças dos profissionais, o que nem sempre representa o universo sociocultural do usuário⁽⁴²⁾.

Na dimensão relacionada à avaliação e diagnóstico, a competência mais desenvolvida, mesmo que de forma parcial, foi a realização do diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida, tendo sido realizadas propostas de cuidados compatíveis com o risco identificado. No entanto, em sua maioria não realizaram orientações acerca da fisiopatologia, evolução esperada da doença, ou sinais de alarme/motivos de busca por novo atendimento relacionados ao EA.

Já na dimensão prestação de cuidados, observou-se a incorporação da competência relacionada ao início de planos terapêuticos, através da realização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias. Entretanto, foi pouco desenvolvida a adaptação dessas intervenções para responder às necessidades das pessoas e famílias em transições da vida e considerando as situações psicossocial e financeira. A prescrição de medicamentos esteve presente na maioria das CE, sendo que naquelas em que não havia protocolos que respaldassem a prescrição para atender a demanda apresentada, este item foi considerado como não aplicável.

Uma etapa importante para a implementação da EPA no país, é a definição das competências centrais para sua formação e atuação, assim como suas responsabilidades e atribuições. A definição de competências é fundamental na conceituação dessa prática, podendo apoiar na construção de políticas e regulamentações para sua implementação⁽³⁰⁾.

O Brasil avançou nas discussões para implementação da EPA, tendo como referência experiências positivas no contexto internacional. Nas CE aos EA, por apresentarem maior escopo e incorporarem atividades normalmente atribuídas aos médicos, esse profissional amplia o acesso à saúde de qualidade, especialmente em regiões remotas. Estas práticas vêm sendo desenvolvidas em países como Austrália⁽⁴³⁾, Canadá, Singapura, Taiwan e outros⁽³⁷⁾, tendo seus limites normalmente delimitados pelas leis de regulamentação locais, especialmente as que definem a possibilidade de prescrição medicamentosa⁽³⁰⁾.

No entanto, encontra-se maior produção científica internacional desses atendimentos no cenário hospitalar, se comparado à APS nos moldes aos quais estamos familiarizados. Na APS, as maiores evidências na literatura sobre a atuação do EPA relacionam-se com ações de prevenção e promoção e de acompanhamento de pacientes com condições crônicas⁽⁴⁴⁾.

Dentre os países da América Latina, o Brasil está entre os que apresentam condições mais favoráveis para implementação da EPA, pois conta com avanços crescentes no processo de ensino da enfermagem, destacando-se pelo grande número de programas de pós-graduação, incluindo de mestrado profissional⁽⁴⁵⁾. Porém, há alguns desafios para sua implementação, como a hegemonia do modelo biomédico, a resistência de algumas categorias profissionais, incluindo a médica e a falta de incentivos governamentais^(2-3,45).

Ainda, a prática de enfermagem é fundamentada por leis, políticas e portarias, e orientada por diretrizes clínicas, protocolos e outras normativas estabelecidas pelos gestores municipais, estaduais e federais, em parceria com as entidades de representação da enfermagem, e instituições de ensino⁽²⁷⁾. Portanto, é necessária a articulação de esforços com todos estes parceiros estratégicos, pois não basta formar um EPA sem antes estabelecer uma base teórica, política e laboral para pautar seu exercício⁽⁴⁵⁾.

Reforça-se que, para que a enfermeira consiga desempenhar as competências esperadas durante as CE, é necessário que estejam adequadamente capacitados, e disponham de equipamentos, instrumentos, reconhecimento, investimentos e qualificação. Ainda, deve-se ter processos de trabalho bem estruturados que apoiem o cumprimento dos atributos da universalidade e integralidade do cuidado, e que promovam um ambiente de trabalho profissional saudável e potencializador para execução de suas atribuições⁽²⁷⁾.

As limitações deste estudo se referem às características da amostra e coleta de dados, em ser por conveniência e realizar a coleta de dados através da filmagem das consultas, podendo ocasionar constrangimentos e/ou viés do observador, além disso, por se tratar de objetos de estudo subjetivos, a análise da presença e ausência das etapas do PE e competências se deu através dos conhecimentos e experiências acumulados pelas pesquisadoras, além de elementos presentes na literatura.

Conclusão

As competências de gestão do cuidado propostas para o EPA de APS foram identificadas de maneira parcial nas CE aos EA na APS, tendo sido encontradas fortalezas em sua prática assistencial, como a incorporação de conhecimentos relacionados às manifestações clínicas de eventos normais, agudos e crônicos, e a implementação de planos terapêuticos em resposta às demandas identificadas. Além de fragilidades, como o respeito e a promoção da diversidade cultural na prestação de cuidados e o uso de habilidades avançadas de avaliação.

No geral, os registros de enfermagem nos prontuários se apresentaram incipientes, muitas vezes, não contemplando as etapas do PE. Ainda, na atenção aos EA, faz-se necessário estabelecer processos de trabalho favoráveis ao desenvolvimento desta prática, além de trabalhar questões relacionadas à capacitação profissional, e

elaboração de guias clínicos que sustentem o cuidado de enfermagem nesta linha de cuidado.

No cenário nacional, discute-se principalmente aspectos relacionados à formação do EPA no país, portanto, os achados do presente estudo contribuem com o movimento de produção de conhecimento para subsidiar futuros programas de formação EPA, ao identificar as competências de enfermagem na APS já desenvolvidas, e quais são as lacunas que exigem maior investimento e atenção no processo de implementação desta categoria.

Referências

1. Oliveira JL, Toso BR, Matsuda LM. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2060-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0115>
2. Cassiani SH, Fernando MA. Expanding the role of nurses in primary health care: the case of Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3245. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3245>
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Plano estratégico da organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025: a equidade, o coração da saúde. Washington: PAHO; 2019 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <https://www.paho.org/pt/documentos/plano-estrategico-da-opas-2020-2025>
4. Pan American Health Organization. Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care. Washington: PAHO; 2018 [cited 2023 Jun 6]. Available from: https://reliefweb.int/report/world/expanding-roles-nurses-primary-health-care?gclid=Cj0KCQjwgYSTBhDKARIsAB8KuktlLh8uvzdAmi91vLuZYUwluFNEmkWptiRBqnwKg0HQmfVEKsBXZzcaAj7OEALw_wcB
5. Brasil. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Caderno ODS 3 - assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades: o que mostra o retrato do Brasil? Brasília (DF): IPEA; 2019 [cited 2023 Jun 6]. Available from: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf
6. Bezerril MS, Chiavone FBT, Mariz CMS, Sonenberg A, Enders BC, Santos VEP. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: context analysis. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2018;31(6):636-43. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800087>
7. Cassiani SHB, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MFC, Peña LM, Mackay MCC, Silva FAM. Competencies for training advanced practice nurses in primary health care. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2018;31(6):572-84. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800080>

8. Dias FCP, Baitelo TC, Toso BRGO, Sastre-Fullana P, Oliveira-Kumakura ARS, Gasparino RC. Adaptation and validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(5):e20210582. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0582>
9. Almeida EWS, Godoy S, Silva IR, Dias OV, Marchi-Alves LM, Mendes IAC. Mapping of advanced practice nursing actions in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 6):e20210228. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0228>
10. Soder RM, Santos LE, Oliveira IC, Silva LA, Peiter CC, Santos JS. Healthcare Management Practices in Primary Care. *Rev Cubana Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 6];36(1):e2815. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n. 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 15 out 2009; Seção 1.
12. Crivelaro P, Posso M, Gomes P, Papini S. Ten competences for teaching-learning in nursing consultation and integrality of care: an integrative review. *Enf em Foco.* 2021;12(1):3850. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3850>
13. Silva e Lima SG, Spagnolo RS, Juliani MC, Silva L, Fernandes VC, Martin LB. Nursing Consultation in Primary Health Care: Integrative Revision. *Ensaio Ciênc Biol Agrárias Saúde.* 2021; 24(5 esp): 693–702. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2020v24n5-esp.p693-702>
14. Amaral IB, Silva AL. Nurses consultation in the Family Health Strategy: a cut-off in Rio de Janeiro. *Rev Pesqui.* 2021;13:227-33. <http://doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8250>.
15. Zarifian P. O modelo de competências: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Senac; 2003.
16. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília (DF): CONNAS; 2019. [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>
17. Mendes EV. Health care networks. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(5):2297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Acolhimento à demanda espontânea. Vol.1. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. [cited 2021 Set 02]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
19. Morelato CS, Dorneles LL, Martins VD, Goés FD, Viana AL, Brunello ME, et al. Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. *Rev*

Bras Enferm. 2021;74(2):e20200317. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317>

20. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5a ed. Porto Alegre: Penso; 2021.
21. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009;42(2):377–81. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
22. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O’Neal L, McLeod L, Delacqua G, Delacqua F, Kirby J, Duda SN; REDCap Consortium. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform.* 2019;95:103208. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
23. Queiroz, MJ. SOAP revisitado. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar.* 2009;25(2), 221–7. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i2.10610>
24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
25. Brasil. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2022 Apr 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
26. World Health Organization. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). S.l.: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). 2009, 200 p.
27. Sousa MF. Práticas de enfermagem no contexto da atenção primária à saúde (aps): estudo nacional de métodos mistos: relatório final. Brasília (DF): ECoS; 2022. [cited 2023 Jun 14]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Final-Web-1.pdf>
28. Franco FV, Monteiro CN, Melo CR, Fracolli LA. Resolutivity of nursing consultations in a basic health unit with advanced access. *Recien.* 2021;11(36):300-8. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.300-308>
29. Silveira JF. Caracterização do perfil de demanda de unidades básicas de saúde urbana e rural no Distrito Federal [tesis]. Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz; 2021. 109 f. [cited 2023 Jun 17]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51375>
30. Canuto LE, Pinheiro LS, Canuto Júnior JC, Santos NL. Study of the demand for a Family Health Strategy (FHS) team that uses advanced access (AA) as a model for organizing the agenda. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2021;16(43):2378. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378)
31. Chueiri PS. Um estudo sobre os motivos de consulta e a qualidade das condutas médicas da Atenção Primária à Saúde Brasileira [tesis]. Porto Alegre:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. 256 f. [cited 2023 Ap 23]. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/205867>

32. Barbosa SF, Calixto PR, Silva RP, Almeida ER. User embracement in the Family Health Strategy in a city in the north of Minas Gerais, Brazil: a descriptive study, 2019-2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2022;31(2): e20211162. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200019>
33. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
34. Bohusch G, Acioli S, Rafael RM, Mello AS, Roza J, Silva HC. Weakening of nurses practice delivering same day-access in primary care. *Rev Gaúch Enferm*. 2021;42:e20200314. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314>
35. Norman AH, Tesser CD. Access to healthcare in the Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion. *Saúde Soc*. 2015;24(1):165-79. *Saúde Soc*. 2015;24(1):165-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>
36. Caballero SP. *Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Primária em Saúde: diagnóstico situacional na perspectiva de profissionais da enfermagem [tesis]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020. 110 f [cited 2023 Jun 17]. Available from: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-25022021-121658/publico/Selonia_Caballero.pdf
37. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03375. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>
38. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer conjunto de Câmara Técnica nº 004/2022 - CTLN/CTAS/COFEN. Brasília (DF): COFEN; 2022 [cited 2023 Jun 17]. Available from: http://www.cofen.gov.br/parecer-conjunto-de-camara-tecnica-no-004-2022-ctlm-ctas-cofen_97506.html
39. APSREDES. *A comunicação clínica como instrumento de qualificação da consulta de enfermagem: oficinas para capacitação para o desenvolvimento de habilidades de comunicação com enfermeiros residentes*. Brasília (DF): APSREDES; 2018 [cited 2023 Jun 17]. Available from: <https://apsredes.org/lis-enfermagem/a-comunicacao-clinica-como-instrumento-de-qualificacao-da-consulta-de-enfermagem-oficinas-de-capitacao-para-o-desenvolvimento-de-habilidades-de-comunicacao-com-enfermeiros-residentes/>
40. Hermida PM, Araújo IE. Systematization of nursing assistance: subsidies for implementation. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(5):675-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500015>
41. Almeida SLP, Primo CC, Almeida MVS, Freitas PSS, Lucena AF, Lima EFA, et al. Guide for systematization of care and nursing process: educational technology for professional practice. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(Suppl 4):e20210975. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0975p>

42. Kumar R, Bhattacharya S, Sharma N, Thiagarajan A. Cultural competence in family practice and primary care setting. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(1):1-4. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_393_18
43. McCullough K, Whitehead L, Bayes S, Williams A, Cope V. The delivery of Primary Health Care in remote communities: A Grounded Theory study of the perspective of nurses. *Int J Nurs Stud*. 2020;102:103474. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103474>.
44. Cassiani SH, Dias BM. Perspectives for advanced practice nursing in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56(spe):e20210406. <https://doi.org/10.1590/1980-220XREEUSP-2021-0406en>
45. Püschel VA, Paz EP, Ribeiro RM, Alvarez AM, Cunha CL. Advanced Practice Nursing in Brazil: how are we and what is missing? *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56(spe):e20210455. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0455en>

5 DISCUSSÃO

As enfermeiras atuantes na APS realizam CE à usuários por demandas relacionadas a manifestação de EA, entretanto, ainda de modo incipiente. Além disso, quando analisadas as competências de EPA propostas para APS, de forma geral, são identificadas, porém, quando presentes, a maioria se apresenta de maneira parcial ou frágil.

O perfil das enfermeiras participantes se assemelha ao perfil nacional em aspectos como a realização da graduação em universidades privadas, ao alto percentual de realização de cursos de pós-graduação, com destaque às especializações,⁽⁷⁸⁾ e ao tempo de experiência e atuação na ESF, observando um padrão duradouro de vínculo profissional com estas instituições.⁽⁷⁹⁾

Sobre as demandas de saúde mais prevalentes, há na literatura pesquisas que realizaram estudos de demandas em serviços da APS, com achados diversos, o que reforça a importância do levantamento destes dados a nível regional, com objetivo de planejar e ofertar cuidados que respondam às demandas de saúde locais.⁽⁸⁰⁻⁸⁴⁾ Apesar da diversidade em relação aos achados, destaca-se a atuação da enfermeira em manejar, principalmente questões relacionadas à saúde da mulher.⁽⁸²⁾

Em relação às CE aos EA, em sua maioria, foram consultas não programadas. A organização do acesso aos cuidados na APS, de forma a contemplar o atendimento das demandas programadas e não programadas, é um desafio enfrentado pela gestão.⁽¹⁵⁾ Ao mesmo tempo que é primordial oferecer e desenvolver atividades programadas de caráter preventivo, é preciso responder os EA, que representam uma busca imprevisível por atenção.^(15,36)

Durante as CE, observou-se que, no geral, a abordagem das enfermeiras estava focada nos aspectos biológicos, com a realização superficial da coleta de dados, e em muitos casos não houve valorização da demanda trazida pelo usuário.⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾ Fatores que podem impactar no desenvolvimento das competências do enfermeiro no atendimento aos EA, que podem ser relacionados a uma valorização de indicadores quantitativos de produção em saúde pelas instituições, agendas com limitações de tempo insuficientes e desempenho de múltiplas tarefas.

Desta forma, melhorias dos processos de trabalho são necessárias, pois quando ineficientes, ocasionam desafios para que a enfermeira desenvolva suas

outras atribuições, e podem pressionar os profissionais à atendimentos rápidos, à sobrecarga e ao sofrimento, favorecendo práticas focadas na queixa-conduta.^(37,88) Além disso, há uma lacuna na capacitação e muitas vezes, falta de entendimento do profissional e equipe multidisciplinar em relação às suas atribuições para atender a essas demandas.

O cumprimento do PE é primordial na sustentação da CE, para a construção do raciocínio clínico.^(48,89) Destaca-se a etapa de coleta de dados, por ser o momento em que há oportunidade de iniciar o estabelecimento do vínculo, e investigar elementos relacionados à demanda apresentada, suas manifestações clínicas, histórico de saúde, expectativas, e fatores psicossociais. A enfermeira realiza esta etapa de maneira parcial, não abordando aspectos essenciais para o cuidado.⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾ Uma coleta de dados frágil, pode acarretar prejuízos na realização das etapas seguintes, e propostas de plano de cuidados inadequadas.

Em relação às demais etapas, destacou-se a de diagnóstico pela sua fragilidade. Este, aparece com mais frequência nos registros, quando comparado à expressão dos mesmos durante as CE. A utilização das nomenclaturas exclusivas da enfermagem foi deficiente, sendo o CIAP-2, a classificação mais frequente, por ser um item de preenchimento obrigatório encontrado no atual Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (e-SUS/SISAB). O COFEN estabelece que o CIAP-2 deve ser utilizado como uma classificação complementar aos demais exclusivos da enfermagem.⁽⁹⁰⁾

O registro e expressão de diagnósticos de enfermagem com uso das nomenclaturas próprias, fortalece a identidade da categoria, além de trazer reconhecimento à prática de enfermagem, e apoiar o usuário a se nortear no seu processo de cuidado.

Uma ferramenta de cuidado essencial que permeia todas as etapas do PE, é a comunicação, favorecendo a construção de vínculo e permitindo a efetivação do cuidado seguro e qualificado, tendo potencial de aumentar a satisfação e adesão dos usuários aos planos de cuidado. Identificaram-se lacunas importantes na habilidade de comunicação, que podem estar relacionados à maneira superficial em que o tema é abordado durante a formação da enfermeira,⁽⁹¹⁾ tendo impacto direto no cumprimento do PE.

Estudo realizado,⁽⁹²⁾ corrobora com os dados encontrados, sobre dificuldades para a implementação do PE na APS. Como um dos motivos, destacou-se

a formação deficiente, pois estes profissionais referem fragilidade no conhecimento sobre o tema,⁽⁹²⁾ tendo a percepção de que a formação acadêmica não os prepara para a realização do PE no contexto da APS, pois tem foco hospitalar.

Sugerem-se ações para fortalecer a implementação do PE na APS, a fim de aprimorar a assistência de enfermagem e aumentar sua resolutividade, como: diagnóstico situacional; sensibilização da equipe; definição do referencial teórico; elaboração de instrumentos para a realização do PE; e preparo prático para a implantação da SAE,⁽⁹²⁾ através de ações de educação continuada.⁽⁹³⁾

Nas CE com maior cumprimento das etapas do PE, foram identificadas algumas competências propostas para o EPA na APS, porém, ainda de maneira parcial. De maneira geral, tiveram melhor desempenho na dimensão enfoque do cuidado, que engloba competências de avaliação, principalmente realizadas na primeira etapa do PE, tendo maior destaque na incorporação de conhecimentos em relação às manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças agudas e crônicas.

Porém, o desenvolvimento de competências esperadas, inclusive ao enfermeiro generalista atuante na APS, como a incorporação de conhecimentos sobre diversidade cultural e determinantes da saúde e a identificação de fatores de risco de saúde e psicossociais foram pouco identificadas. Evidenciando que, em geral, são tidas como essenciais unicamente aquelas informações referentes ao diagnóstico biomédico, resultando na elaboração de planos de cuidado embasados apenas nas crenças dos profissionais, o que nem sempre representa o universo sociocultural do usuário.⁽⁹⁴⁾

Na dimensão relacionada à avaliação e diagnóstico, a competência mais desenvolvida, mesmo que de forma parcial, foi a realização do diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida, tendo sido realizadas propostas de cuidados compatíveis com o risco identificado. No entanto, em sua maioria não realizaram orientações acerca da fisiopatologia, evolução esperada da doença, ou sinais de alarme/motivos de busca por novo atendimento relacionados ao EA.

Já na dimensão prestação de cuidados, observou-se a incorporação da competência relacionada ao início de planos terapêuticos, através da realização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias. Entretanto, foi pouco desenvolvida a adaptação dessas intervenções para responder às necessidades das pessoas e famílias em transições da vida e considerando as situações psicossocial e financeira. A prescrição de medicamentos esteve presente na maioria das

CE, sendo que naquelas em que não havia protocolos que respaldassem a prescrição para atender a demanda apresentada, este item foi considerado como não aplicável.

Uma etapa importante para a implementação da EPA no país, é a definição das competências centrais para sua formação e atuação, assim como suas responsabilidades e atribuições. A definição de competências é fundamental na conceituação dessa prática, podendo apoiar na construção de políticas e regulamentações para sua implementação.⁽⁸²⁾

O Brasil avançou nas discussões para implementação da EPA, tendo como referência experiências positivas no contexto internacional. Nas CE aos EA, por apresentarem maior escopo e incorporarem atividades normalmente atribuídas aos médicos, esse profissional amplia o acesso à saúde de qualidade, especialmente em regiões remotas. Estas práticas vêm sendo desenvolvidas em países como Austrália,⁽⁹⁵⁾ Canadá, Singapura, Taiwan, e outros,⁽⁸⁸⁾ tendo seus limites normalmente delimitados pelas leis de regulamentação locais, especialmente as que definem a possibilidade de prescrição medicamentosa.⁽⁸²⁾

No entanto, encontra-se maior produção científica internacional desses atendimentos no cenário hospitalar, se comparado à APS nos moldes aos quais estamos familiarizados. Na APS, as maiores evidências na literatura sobre a atuação do EPA relacionam-se com ações de prevenção e promoção e de acompanhamento de pacientes com condições crônicas.⁽⁹⁶⁾

Dentre os países da América Latina, o Brasil está entre os que apresentam condições mais favoráveis para implementação da EPA, pois conta com avanços crescentes no processo de ensino da enfermagem, destacando-se pelo grande número de programas de pós-graduação, incluindo de mestrado profissional.⁽⁹⁷⁾ Porém, há alguns desafios para sua implementação, como a hegemonia do modelo biomédico, a resistência de algumas categorias profissionais, incluindo a médica e a falta de incentivos governamentais.^(4,6,97)

Ainda, a prática de enfermagem é fundamentada por leis, políticas e portarias, e orientada por diretrizes clínicas, protocolos e outras normativas estabelecidas pelos gestores municipais, estaduais e federais, em parceria com as entidades de representação da enfermagem, e instituições de ensino.⁽⁷⁹⁾ Portanto, é necessária a articulação de esforços com todos estes parceiros estratégicos, pois não basta formar um EPA sem antes estabelecer uma base teórica, política e laboral para pautar seu exercício.⁽⁹⁷⁾

Reforça-se que, para que o enfermeiro consiga desempenhar as competências esperadas durante as CE, é necessário que estejam adequadamente capacitados, e disponham de equipamentos, instrumentos, reconhecimento, investimentos e qualificação. Ainda, deve-se ter processos de trabalho bem estruturados que apoiem o cumprimento dos atributos da universalidade e integralidade do cuidado, e que promovam um ambiente de trabalho profissional saudável e potencializador para execução de suas atribuições.⁽⁷⁹⁾

As limitações deste estudo se referem às características da metodologia, especialmente, pela escolha em realizar a coleta de dados através da filmagem das consultas, podendo ocasionar constrangimentos e/ou viés do observador, além disso, por se tratar de objetos de estudo subjetivos, a análise da presença e ausência das etapas do PE e competências se deu através dos conhecimentos e experiências acumulados pelas pesquisadoras, além de elementos presentes na literatura.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. As competências de gestão do cuidado propostas para a enfermeira de práticas avançadas de atenção primária à saúde foram identificadas de maneira parcial nas consultas de enfermagem aos eventos agudos. Foram evidenciadas fortalezas na sua prática assistencial, como a incorporação de conhecimentos relacionados às manifestações clínicas de eventos normais, agudos e crônicos, e a implementação de planos terapêuticos em resposta às demandas identificadas, bem como fragilidades em relação ao respeito e promoção da diversidade cultural na prestação de cuidados e o uso de habilidades avançadas de avaliação.

2. No que se refere à prática de enfermagem na atenção aos eventos agudos, observou-se que as ações de enfermagem ainda são bastante focadas no modelo intervencionista, baseado na queixa-conduta, fazendo-se necessário estabelecer processos de trabalho favoráveis ao desenvolvimento desta prática, além de trabalhar questões relacionadas à capacitação profissional, e elaboração de guias clínicos que sustentem o cuidado de enfermagem neste cenário.

3. No geral, os registros de enfermagem nos prontuários se apresentaram incipientes, muitas vezes, não contemplando as etapas do processo de enfermagem.

4. No cenário nacional, discute-se principalmente aspectos relacionados à formação da enfermeira de práticas avançadas no país, portanto, os achados do presente estudo contribuem com o movimento de produção de conhecimento para subsidiar futuros programas de formação de enfermeiras de práticas avançadas, ao identificar as competências de enfermagem na Atenção Primária à Saúde já desenvolvidas, e quais são as lacunas que exigem maior investimento e atenção no processo de implementação desta categoria.

5. Apresenta produtos indiretos como o mapa de definição das competências e o checklist do processo de enfermagem, que podem ser utilizados no cenário assistencial, na elaboração de ações de educação permanente e em processos formativos das enfermeiras atuantes na atenção primária à saúde. As demais análises de dados que não compõem o artigo, estão demonstradas nos apêndices 13, 14 e 15, e 16 poderão ser apresentadas em artigos futuros.

6. Por fim, após a compilação dos dados de análise foi elaborada uma matriz de recomendações para universidades, gestores e conselho federal de enfermagem com o propósito de auxiliar no processo de fortalecimento da prática da CE das enfermeiras de atenção primária à saúde e para implementação das práticas avançadas de enfermagem na atenção primária brasileira, frente à crescente demanda de cuidados relacionados aos eventos agudos no Brasil e no mundo.

7 ANEXOS

Anexo 1. Parecer Consubstanciado do CEP

	ALBERT EINSTEIN HOSPITAL ISRAELITA ENSINO E PESQUISA		Plataforma Brasil
HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN-SP			
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA			
Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS DE PRÁTICA AVANÇADA NAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO			
Pesquisador: Daiana Bonfim			
Área Temática:			
Versão: 3			
CAAE: 56255622.2.0000.0071			
Instituição Proponente: SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN			
Patrocinador Principal: INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL - HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN			
DADOS DO PARECER			
Número do Parecer: 5.362.332			
Apresentação do Projeto:			
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1882679.pdf, de 19/04/2022) e/ou do Projeto Detalhado/ Brochura do Investigador.			
Resumo: Introdução: O constante avanço em boas práticas de saúde e novas abordagens da atuação do enfermeiro vem conquistando mundialmente um lugar de destaque, motivando os profissionais a construírem mudanças e reestruturação em sua prática, fazendo-se necessário consolidar a importância do seu papel nos diversos espaços de atuação. Objetivo: Analisar se as competências presentes nas consultas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde aproximam das competências propostas para a gestão do cuidado dos Enfermeiros de Prática Avançada. Método: Estudo misto, descritivo, exploratório e transversal. Serão realizadas três etapas de estudo: 1. Realização de filmagens de consultas de enfermagem, captação de registros do atendimento no prontuário e elaboração de instrumentos de captação da realidade de competências para análise do material empírico com a realização de Grupo Focal com Especialistas. 2. Realização de análise comparativa sobre as evidências encontradas no estudo durante a coleta de dados e as competências de gestão do cuidado para práticas avançadas de			
Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F			
Bairro: Morumbi CEP: 05.653-000			
UF: SP Município: SAO PAULO			
Telefone: (11)2151-3729 Fax: (11)2151-0273 E-mail: cep@einstein.br			



**HOSPITAL ISRAELITA ALBERT
EINSTEIN-SP**



Continuação do Parecer: 5.362.332

enfermagem nas consultas de enfermagem na APS. 3. Elaboração de um mapa orientador para formulação de diretrizes para formação e educação permanente de enfermeiros da atenção primária à saúde. O estudo será realizado em Unidades Básicas de Saúde de quatro municípios brasileiros. Serão sujeitos da pesquisa enfermeiras que atuem na Estratégia Saúde da Família com pelo menos dois anos de experiência profissional e usuários atendidos nas consultas de enfermagem por ciclo de vida (saúde mental, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança e eventos agudos). Para cada etapa do estudo será adotado metodologia de análise específica, sendo adotada especialmente a análise do discurso e análises estatísticas descritivas. Resultados esperados: essa análise fornecerá subsídios para a elaboração de capacitações com vistas ao desenvolvimento dessas competências, contribuindo para qualificação dos recursos humanos, da produção do cuidado e, consequentemente, melhores resultados em saúde, acesso, segurança e satisfação da população, além de subsidiar o desenvolvimento de instrumentos que direcionam a avaliação dessas competências nas diretrizes curriculares.

Hipótese: As competências presentes nas consultas de enfermagem em APS se aproximam das propostas para EPA.

Metodologia Proposta: Estudo exploratório e descritivo, de natureza transversal e de método misto. O estudo será realizado em Unidades Básicas de Saúde de quatro municípios brasileiros: São Paulo -SP, Manaus - AM, Carneiros - AL e Parelhas - RN. O percurso metodológico para a coleta dos dados serão realizadas em três etapas de estudo: 3.5.1 Etapa 1: Identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes nas consultas de enfermagem. 3.5.1.1 Observação direta, não participativa. 3.5.1.2 Análise de Prontuário. 3.5.1.3 Elaboração de instrumento para análise dos vídeos. 3.5.2 Etapa 2: Comparação entre as competências encontradas e as competências para prática avançada de enfermagem. 3.5.2.1 Momento A3. 3.5.2.2 Momento B3. 3.5.3 Etapa 3: Elaboração de uma matriz/mapa orientadora para formulação de diretrizes para formação e educação permanente de enfermeiros da atenção primária à saúde.

Critério de Inclusão: Serão sujeitos da pesquisa enfermeiros que atuem na Estratégia Saúde da Família, em pleno exercício de suas funções no dia da coleta de dados, totalizando uma amostra de 30 a 40 profissionais, com observação de no mínimo uma consulta de enfermagem por profissional, por ciclo de vida (saúde mental, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, eventos agudos), totalizando 5 consultas por profissional, 30 a 40 para cada ciclo de vida e 150 a

Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F
Bairro: Morumbi **CEP:** 05.653-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)2151-3729 **Fax:** (11)2151-0273 **E-mail:** cep@einstein.br



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT
EINSTEIN-SP



Continuação do Parecer: 5.382.332

200 consultas filmadas e registros avaliados no total. Os critérios de inclusão serão os profissionais com pelo menos dois anos de experiência profissional, estar atuando na Atenção Primária à Saúde e que concordarem em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A). Como critério de exclusão adotaremos, enfermeiros que estejam afastados de suas funções ou em férias no dia da coleta de dados e enfermeiros gestores. Os critérios de inclusão para os usuários, serão todos os usuários atendidos pelos enfermeiros no momento da coleta de dados, que aceitem participar da pesquisa após abordagem dos aspectos éticos. Para as consultas de saúde mental serão incluídos usuários com diagnóstico de saúde mental e busca de atendimento para esta queixa ou outra no momento do atendimento.

Critério de Exclusão: Enfermeiros em férias, folga ou licença.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar se as competências presentes nas consultas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde aproximam das competências propostas para o Enfermeiro de Práticas Avançadas.

Objetivo Secundário: - Identificar as competências presentes nas consultas de enfermagem na APS;- Descrever os elementos do processo de enfermagem presentes nas consultas de enfermagem na APS;- Comparar as competências presentes nas consultas de enfermagem com o modelo proposto pelo perfil de competência para Práticas Avançadas para enfermeiros de APS, no âmbito da gestão do cuidado, promoção e prevenção; prática baseada em evidência; pesquisa, colaboração interprofissional e liderança;- Analisar a relação entre perfil profissional e presença de competências durante a consulta de enfermagem;- Realizar diagnóstico situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva do Enfermeiro de Atenção Primária à Saúde;- Elaborar um mapa orientador para formulação de diretrizes para o desenvolvimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde frente aos achados na realização da consulta de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Todos os cuidados necessários serão tomados, entretanto existem riscos mínimos de perda de confidencialidade. Existe também a possibilidade de gerar constrangimento por estar

Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F
Bairro: Morumbi **CEP:** 05.653-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2151-3729 **Fax:** (11)2151-0273 **E-mail:** cep@einstein.br



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT
EINSTEIN-SP



Continuação do Parecer: 5.362.332

sendo filmado, para isso será considerado os princípios da privacidade, confiança e respeito.

Benefícios: A realização do estudo pode beneficiar os participantes, no que se refere a ser sujeito colaborador de um estudo que busca a análise da prática do profissional de Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia de Análise de Dados: Considerando o desenho de estudo do método misto, utilizaremos o tipo convergente, visto que os métodos quantitativos e qualitativos serão usados simultaneamente e misturados na etapa de interpretação.(38) Para cada etapa do estudo será adotado metodologia de análise específica, sendo adotada especialmente a análise do conteúdo(49) e análises estatísticas descritivas.(50)O método de análise do conteúdo será utilizado para análise do grupo focal dos especialistas e análise das transcrições das gravações das consultas de enfermagem. Este método fundamenta-se na explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens; quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretende causar por meio delas. Dessa forma consiste na verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Essa técnica é organizada em três etapas: pré-análise, fase em que é realizada a escolha dos documentos a serem analisados; exploração do material que trata-se da codificação do material, ou seja, é um recorte do texto classificando-o nas categorias temáticas e a terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, e a partir disso é proposto as inferências do investigador e realiza-se suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.(49)Na análise estatística descritiva, o objetivo é resumir as principais características de um conjunto de dados por meio de tabelas, gráficos e resumos numéricos, devendo ser extremamente cuidadosa ao escolher a forma adequada de resumir os dados.(50)

Desfecho Primário: Apresentação das competências presentes nas consultas de enfermagem em APS

Tamanho da Amostra no Brasil: 250

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide: Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F
Bairro: Morumbi **CEP:** 05.653-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2151-3729 **Fax:** (11)2151-0273 **E-mail:** cep@einstein.br



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT
EINSTEIN-SP



Continuação do Parecer: 5.382.332

Recomendações:

Em próximas submissões de respostas, recomenda-se que a pesquisadora se atenha ao item ORIENTAÇÕES PARA A TRAMITAÇÃO DAS RESPOSTAS, respondendo as pendências item por item por carta resposta. Quando necessário, afim de melhorar a compressão do relator e colegiado, os documentos postados podem ser acompanhados de breve explicação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Resposta ao parecer 5.340.137 de 08 de Abril de 2022

9- Solicita-se que sejam listados no projeto de pesquisa todos os locais onde a pesquisa ocorrerá de forma detalhada, informando seus CNPJs no projeto. Cada uma das unidades mencionadas deverão constar na Plataforma Brasil como Instituições coparticipantes. (Norma Operacional CNS no 001 de 2013, item 3.4.1.5)

Resposta: O CNPJ das instituições participantes foi adicionado ao texto do projeto. Todas as instituições estão cadastradas como coparticipantes.

ANÁLISE: PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA: Considerando o documento *anuenciasupervisaosp.pdf* de 09/01/2022, em que são descritas as Unidades de Saúde Básicas que farão parte do projeto, solicita-se que seja incluído documento de igual teor e/ou lista com as UBSs relacionadas e incluídas como centros no projeto de pesquisa para os municípios de Parelhas, Manaus e Carneiros.

Nova resposta de 19/04/2022: Agradecemos a cuidadosa avaliação e apontamentos.

Foi anexo os documentos informado as Unidades campo da pesquisa, por município, conforme solicitação.

1) para Manaus, serão incluídas 04 unidades:

- UBS-S 01
- USF Theomario Pinto da Costa
- USF Nilton Lins
- USF Alfredo Campos

Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F
 Bairro: Morumbi CEP: 05.653-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2151-3729 Fax: (11)2151-0273 E-mail: cep@einstein.br



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT
EINSTEIN-SP



Continuação do Parecer: 5.362.332

2) para Carneiros, serão incluídas 09 unidades:

- 02 UBS MANOEL JOSÉ DE LIMA.
- 03 UBS AGENOR RODRIGUES DOS ANJOS
- 04 UBS JOSIAS VIANA DE OLIVEIRA.

3) para Parelhas serão incluídas 08 unidades:

- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOQUEIRÃO
- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ELOAH DIANA BEZERRA
- POSTO DE SAÚDE ANTÔNIO JACINTO DE MEDEIROS
- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO
- PSF DINARTE MARIZ
- POSTO DE SAÚDE MARLETE NOBREGA DA LUZ
- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA IVAN BEZERRA
- POLICLÍNICA MUNICIPAL

Após análise, não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, de acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1882679.pdf	19/04/2022 21:41:07		Aceito
Outros	cartaCep2.docx	19/04/2022 21:40:30	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	manaus.pdf	13/04/2022 09:16:11	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	carneiros.pdf	13/04/2022 09:12:01	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	parelhas.pdf	13/04/2022 09:11:40	Dalana Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de	V2TCLEResp_limp.docx	01/04/2022	Ana Cláudia	Aceito

Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F
 Bairro: Morumbi CEP: 05.653-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2151-3729 Fax: (11)2151-0273 E-mail: cep@einstein.br



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN-SP



Continuação do Parecer: 5.362.332

Assentimento / Justificativa de Ausência	V2TCLEEsp_limpo.docx	15:47:27	Machado Urvaneglia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2TCLEPac18anos_limpo.docx	01/04/2022 15:47:06	Ana Cláudia Machado Urvaneglia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2TCLEEsp_limpo.docx	01/04/2022 15:46:50	Ana Cláudia Machado Urvaneglia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2TCLEEnf_limpo.docx	01/04/2022 15:46:31	Ana Cláudia Machado Urvaneglia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2AC14a17_limpo.docx	01/04/2022 15:46:15	Ana Cláudia Machado Urvaneglia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2AC7a13_limpo.docx	01/04/2022 15:46:00	Ana Cláudia Machado Urvaneglia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	VesaomarcoCEP.docx	01/04/2022 13:55:34	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	termosomEspecialista.docx	01/04/2022 13:52:03	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	termosomPaciente.docx	01/04/2022 13:51:43	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	cartaCep.docx	01/04/2022 13:50:33	Dalana Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2AC7a13.docx	01/04/2022 13:50:15	Dalana Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2AC14a17.docx	01/04/2022 13:50:06	Dalana Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2TCLEEnf.docx	01/04/2022 13:49:58	Dalana Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2TCLEEsp.docx	01/04/2022 13:49:49	Dalana Bonfim	Aceito

Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F
 Bairro: Morumbi CEP: 05.653-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2151-3729 Fax: (11)2151-0273 E-mail: cep@einstein.br



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN-SP



Continuação do Parecer: 5.382.332

Ausência	V2TCLEEsp.docx	01/04/2022 13:49:49	Dalana Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2TCLEPac18anos.docx	01/04/2022 13:49:40	Dalana Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	V2TCLEResp.docx	01/04/2022 13:49:28	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	coordenadoriasul.pdf	25/03/2022 17:12:04	Dalana Bonfim	Aceito
Orçamento	declaracao.pdf	16/02/2022 17:06:43	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	CAPESCOFEN.pdf	16/02/2022 17:06:08	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	ModeloResponsabilidadeInvestigadorV2.doc	31/01/2022 19:13:28	Dalana Bonfim	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	13/01/2022 11:40:18	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	anuenciasupervisaosp.pdf	09/01/2022 17:06:47	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	anuenciaparelhas.pdf	09/01/2022 17:06:22	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	anuenciameiros.pdf	09/01/2022 17:06:04	Dalana Bonfim	Aceito
Outros	anuenciamaus.pdf	09/01/2022 17:05:42	Dalana Bonfim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Abril de 2022

Assinado por:
Fabio Pires de Souza Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F
Bairro: Morumbi CEP: 05.653-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2151-3729 Fax: (11)2151-0273 E-mail: cep@einstein.br

Página 06 de 08

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Comitê de Ética em Pesquisa. São Paulo: HIAE; 2023 [citado 2023 Jun 17]. Disponível em: <https://www.einstein.br/pesquisa/servicos/comite-etica-em-pesquisa>⁽⁹⁸⁾

8 REFERÊNCIAS

1. Oliveira JL, Toso BR, Matsuda LM. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2060-5.
2. World Health Organization. Universal Health Coverage (UHC). Geneva: WHO; 2021 [cited 2023 June 12]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
3. Brasil. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Caderno ODS 3 - assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades: o que mostra o retrato do Brasil? Brasília (DF): IPEA; 2019 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf
4. Cassiani SH, Fernando MA. Expanding the role of nurses in primary health care: the case of Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3245.
5. Organização Pan-Americana de Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. PAHO; 2014 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>
6. Organização Pan-Americana de Saúde. Plano estratégico da organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025: a equidade, o coração da saúde. Washington: PAHO; 2019 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/plano-estrategico-da-opas-2020-2025>
7. Pan American Health Organization. Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care. Washington: PAHO; 2018 [cited 2023 Jun 6]. Available from: https://reliefweb.int/report/world/expanding-roles-nurses-primary-health-care?gclid=Cj0KCQjwgYSTBhDKARIsAB8KuktlLh8uvzdAmi91vLuZYUwluFNEmkWPtiRBqnwKg0HQmfVEKsBXZzcaAj7OEALw_wcB
8. Pan American Health Organization. CD52.R13. Human resources for health: Increasing access to qualified health workers in primary health care-based health systems. Washington: PAHO; 2013 [cited 2023 June 6]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/4441>
9. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Misener-Martin R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2826.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília (DF): OPAS; 2018 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf

12. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar AC, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1763-76.
13. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(Suppl 1):20–6.
14. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LM, Vieira ML; National Health Surveys. The Family Health Strategy coverage in Brazil: what reveal the 2013 and 2019. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 1):2543–56.
15. Mendes EV. *Desafios do SUS*. Brasília (DF): CONNAS; 2019.
16. Pereira JG, Oliveira MA. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):627–35.
17. Ferreira SR, Périco LA, Dias VR. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care [Internet]. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 1):704–9.
18. Soder RM, Santos LE, Oliveira IC, Silva LA, Peiter CC, Santos JS. Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. *Rev Cubana Enferm*. 2020;36(1):e2815.
19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n. 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 15 out 2009; Seção 1.
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n. 429/2012, de 11 de junho de 2012 - Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. *Diário Oficial da União*. 8 jun 2012; Seção 1.
21. Ruthes RM, Cunha IC. The understanding of competencies and their application in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):109–12.
22. Crivelaro P, Posso M, Gomes P, Papini S. Dez competências para ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem e integralidade em saúde: uma revisão integrativa. *Enf em Foco*. 2021;12(1):3850.
23. Zarifian P. *O modelo de competências: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Senac; 2003.
24. Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of population health: concepts and competencies. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):548–54.
25. Kahl C, Meirelles BH, Lanzoni GM, Koerich C, Cunha KS. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03327.
26. Morelato CS, Dorneles LL, Martins VD, Goés FD, Viana AL, Brunello ME, et al. Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200317.

27. Bezerril MS, Chiavone FB, Mariz CM, Sonenberg A, Enders BC, Santos VE. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: context analysis. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(6):636–43.
28. Cassiani SH, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MF, Peña LM, Mackay MC, et al. Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(6):572–84.
29. International Council of Nursing - ICN. Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva: ICN; 2020 [cited 2022 Jun 6]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
30. International Council of Nursing - ICN. Advanced Practice Nursing Network: definition and characteristics of the role. Geneva: ICN; 2018 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
31. Miranda Neto MV. Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019. 248 f.
32. Dias FC, Baitelo TC, Toso BR, Sastre-Fullana P, Oliveira-Kumakura AR, Gasparino RC. Adaptation and validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(5):e20210582.
33. Andriola IC, Sonenberg A, Lira AL. A compreensão da prática avançada de enfermagem como um passo à sua implementação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e115.
34. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *Int Nurs Rev.* 2014;61(4):534-42.
35. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(5):2297-305.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Acolhimento à demanda espontânea. Vol.1. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
37. Bohusch G, Acioli S, Rafael RM, Mello AS, Roza J, Silva HC. Fragilização da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea na atenção primária. *Rev Gaúch Enferm.* 2021;42:e20200314.
38. Chávez GM, Rennó HM, Viegas SM. A inter-relação da demanda e acessibilidade na estratégia saúde da família. *Physis.* 2020;30(3): e300320.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
40. Rossato K, Real VR, Oliveira GBO, Corte de Araújo CD. Reception with risk rating in the family health strategy: perception of the nursing team. *Rev Enferm.* 2018; 8(1):144-56.
41. Cordeiro HA. Saúde: concepções e políticas públicas. Saúde, trabalho e formação profissional: O conceito de necessidades de saúde e políticas sanitárias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
42. Coutinho P, Rachel L, Barbieri AR, Santos ML. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate.* 2015;39(105):514–24.

43. Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Lamothe L, Ritchie JA, Doran D. Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *J Adv Nurs*. 2013;69(1):205-17.
44. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
45. Garcia TR, Nóbrega MM. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery*. 2009;13(1):188–93.
46. Garcia TR. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):5–10.
47. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem, 7a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. Capítulo 4, Fundamentos teóricos da prática da enfermagem; p: 44-47.
48. Caballero SP. Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Primária em Saúde: diagnóstico situacional na perspectiva de profissionais da enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020. 110 f.
49. Pinheiro CW, Araújo MA, Rolim KM, Oliveira CM, Alencar AB. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enferm Foco*. 2019;10(3):64-9.
50. Horta Wde A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev Esc Enferm USP*. 1974;8(1):7-17.
51. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat; 1990.
52. Rewa T. Competências para práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde no contexto brasileiro [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. 75 f.
53. Zarifian P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001.
54. Camelo SH, Angerami EL. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):552–60.
55. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. 9 nov 2001. Seção 1:37.
56. Lourenção DC, Benito GA. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):91–7.
57. GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2007.
58. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez; 2013.
59. Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde. São Paulo: Roca; 2004.
60. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5a ed. Porto Alegre: Penso; 2021.

61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. População do município de São Paulo. São Paulo: IBGE; 2021 [citado 2022 Jun 6]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-paulo.html>
62. São Paulo (Cidade). Estabelecimentos e Serviços de Saúde. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2023 [citado 2023 Jun 17]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_assistenciais/index.php?p=30566
63. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados: Manaus. IBGE; 2023 [citado 2023 Jun 17]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>
64. Prefeitura de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2018-2021. Manaus: SEMSA; 2021 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: [Plano-Municipal-de-Saúde-de-Manaus-2018-2021.pdf](#)
65. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados: Carneiros. IBGE; 2023 [citado 2023 Jun 17]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/carneiros.html>
66. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção à Saúde – DataSus. Estabelecimento de saúde do município: Carneiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=27&VCodMunicipio=270180&NomeEstado=
67. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. População do município de Parelhas. IBGE; 2021 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/parelhas/panorama>
68. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de informações de saúde Rio Grande do Norte: Parelhas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2023 Jun 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rn.htm>
69. Prefeitura de São Paulo. Rede Nossa São Paulo. Mapa da desigualdade 2022 – mapas. Rede Nossa São Paulo; 2022 [citado 2023 Jun 23]. Disponível em: https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Mapa-da-Desigualdade-2022_MAPAS_23.pdf
70. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2022 [citado 2023 Jun 23]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2021_240822_versao_site.pdf
71. Prefeitura Municipal de General Carneiros. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025. Caneiros: Secretaria Municipal de Saúde; 2022 [citado 2023 Jun 23]. Disponível em: [Plano-Municipal-de-Saúde-Carneiros.pdf](#)
72. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009;42(2):377–81.

73. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, McLeod L, Delacqua G, Delacqua F, Kirby J, Duda SN; REDCap Consortium. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform.* 2019;95:103208.
74. Queiroz MJ. SOAP revisitado. *Rev Port Med Geral Fam.* 2009;25(2):221–7.
75. Barros AL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MC, Lopes MH, Silva RC. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.
76. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
77. Brasil. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União.* 24 maio 2016; n. 98, Seção 1:37.
78. Almeida EW, Godoy S, Silva IR, Dias OV, Marchi-Alves LM, Mendes IA. Mapping of advanced practice nursing actions in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 6):e20210228.
79. Sousa MF. Práticas de enfermagem no contexto da atenção primária à saúde (aps): estudo nacional de métodos mistos: relatório final. Brasília (DF): ECoS; 2022.
80. Franco FV, Monteiro CN, Melo CR, Fracolli LA. Resolutividade das consultas de enfermagem numa unidade básica de saúde com acesso avançado. *Recien.* 2021;11(36):300-8.
81. Silveira JF. Caracterização do perfil de demanda de unidades básicas de saúde urbana e rural no Distrito Federal [dissertação]. Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz; 2021. 109 f.
82. Canuto LE, Pinheiro LS, Canuto Júnior JC, Santos NL. Estudo da demanda de uma equipe da ESF. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2021;16(43):2378.
83. Chueiri PS. Um estudo sobre os motivos de consulta e a qualidade das condutas médicas da Atenção Primária à Saúde Brasileira [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. 256 f.
84. Barbosa SF, Calixto PR, Silva RP, Almeida ER. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do norte de Minas Gerais: um estudo descritivo, 2019-2020. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2022;31(2): e20211162.
85. Silva e Lima SG, Spagnolo RS, Juliani MC, Silva L, Fernandes VC, Martin LB. Consulta de enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Ensaio Ciênc Biol Agrárias Saúde.* 2021; 24(5 esp): 693–702.
86. Amaral IB, Silva AL. A consulta do enfermeiro na estratégia saúde da família: um recorte do Rio de Janeiro. *Rev Pesqui.* 2021;13:227-33.
87. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
88. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude Soc.* 2015;24(1):165-79.
89. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03375.

90. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer conjunto de Câmara Técnica nº 004/2022 - CTLN/CTAS/COFEN. Brasília (DF): COFEN; 2022 [citado 2023 Jun 17]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-conjunto-de-camara-tecnica-no-004-2022-ctlm-ctas-cofen_97506.html
91. APSREDES. A comunicação clínica como instrumento de qualificação da consulta de enfermagem: oficinas para capacitação para o desenvolvimento de habilidades de comunicação com enfermeiros residentes. Brasília (DF): APSREDES; 2018 [citado 2023 Jun 17]. Disponível em: <https://apsredes.org/lis-enfermagem/a-comunicacao-clinica-como-instrumento-de-qualificacao-da-consulta-de-enfermagem-oficinas-de-capacitacao-para-o-desenvolvimento-de-habilidades-de-comunicacao-com-enfermeiros-residentes/>
92. Hermida PM, Araújo IE. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm. 2006;59(5):675-9.
93. Almeida SLP, Primo CC, Almeida MVS, Freitas PSS, Lucena AF, Lima EFA, et al. Guide for systematization of care and nursing process: educational technology for professional practice. Rev Bras Enferm. 2023;76(Suppl 4):e20210975.
94. Kumar R, Bhattacharya S, Sharma N, Thiagarajan A. Cultural competence in family practice and primary care setting. J Family Med Prim Care. 2019;8(1):1-4.
95. McCullough K, Whitehead L, Bayes S, Williams A, Cope V. The delivery of Primary Health Care in remote communities: A Grounded Theory study of the perspective of nurses. Int J Nurs Stud. 2020;102:103474.
96. Cassiani SH, Dias BM. Perspectives for advanced practice nursing in Brazil. Rev Esc Enferm USP. 2022;56(spe):e20210406.
97. Püschel VA, Paz EP, Ribeiro RM, Alvarez AM, Cunha CL. Advanced Practice Nursing in Brazil: how are we and what is missing? Rev Esc Enferm USP. 2022;56(spe):e20210455.
98. Hospital Israelita Albert Einstein. Comitê de Ética em Pesquisa. São Paulo: HIAE; 2023 [citado 2023 Jun 17]. Disponível em: <https://www.einstein.br/pesquisa/servicos/comite-etica-em-pesquisa>

Abstract

Introduction: Discussions have been promoted to support the construction of a Brazilian model of competences for the implementation of advanced practice nurse in primary health care, in order to expand access to health and the resoluteness of these professionals, in response to the acute and chronic conditions. Academic education process, combined with historical and cultural factors, favors the performance of nursing care in the face of chronic health conditions, urging the need to advance in knowledge about the challenges and learning opportunities of nurses in the management of acute events. In addition, scientific production that supports the structure of advanced practice nurse implementation projects and the formation of these professionals are fundamental to respond to the urgency in attending to these health needs. **Purposes:** To analyze whether nurses who perform nursing consultations for acute events in primary health care have proposed competencies for advanced practice nurses. **Methods:** This is a multicenter, exploratory, mixed-method, sequential explanatory study characterized by data collection in two phases: quantitative-qualitative. The first phase was an observational cross-sectional study with a quantitative approach and aimed to describe nursing practice in acute care consultations. In the second phase, an exploratory, descriptive study with a qualitative approach was developed, which aimed to identify advanced practice nurse skills in nurses in acute care consultations in primary health care. The study was carried out in Basic Health Units in four Brazilian municipalities. The research subjects were nurses working in the family health strategy with at least one year of professional experience and users assisted in nursing consultations with acute demands. Descriptive statistical analyzes and content analysis were performed using a qualitative approach. **Results:** A total of 203 nursing consultations were recorded, performed by 28 nurses with 203 users. 58 were included in the acute events in the present study. It was observed that the nurses working in the primary health care perform to the users due to acute events, even in an incipient way. It is noteworthy that the Advanced Practice Nurse competencies proposed, in general, were identified. However, it is considered that, when present, most of the competences were presented in a partial or fragile way. **Conclusion:** the study's findings reveal opportunities for improvement in fulfilling the Nursing Process steps in then nursing consultations to acute events in primary health care and partially indicate the presence of the investigated competences.

Keywords: Primary Health Care. Advanced Practice Nursing. Professional Competence.
Health Services Needs and Demand.

Apêndices

Apêndice 1. Glossário com a descrição das competências da EPA na gestão do cuidado.

Termo	Conceito
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado	
	Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural: a diversidade cultural é definida como um influenciador no comportamento dos indivíduos que afeta diretamente o cuidado de enfermagem, pois exige do profissional uma visão ampla e transcendental que valorize o (re)conhecimento da cultura que é essencial para empregar no cuidado coerente com a individualidade e as necessidades de cada indivíduo, família, grupo social e sociedade. ⁽¹⁾
	Incorpora conhecimentos sobre os determinantes da saúde: os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. ⁽²⁾ A ideia de determinação social da saúde pressupõe, portanto, a discussão sobre as relações entre o indivíduo e a sociedade (e a própria natureza da sociedade), mas, de certa forma, a transcende ao colocar como central a questão da história dos processos e da forma como os fenômenos se desenrolam. ⁽³⁾
	Inclui os efeitos de múltiplas etiologias: analisa as prováveis causas dos diversos tipos de doença.
Avaliação:	O propósito é avaliar o estado de saúde da pessoa, identificar problemas e estabelecer um relacionamento terapêutico. Neste caso a pergunta norteadora é: Existe algum Problema? ⁽⁴⁾
Diagnóstico	Corresponde à segunda etapa do PE e pode ser caracterizado como julgamento clínico com relação às respostas humanas apresentadas por indivíduos, familiares e comunidades. Além do mais, dispõe a base para selecionar as intervenções para atingir resultados. ⁽⁴⁾
Manejo terapêutico	Utiliza métodos e técnicas variadas na abordagem e na elaboração de estratégias de cuidado.
Avaliação dos resultados	Verificar se os resultados foram alcançados ou não, ou se novos dados foram evidenciados. ⁽⁴⁾
	Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida ao fazer avaliação: Considera-se as etapas da vida com relação ao desenvolvimento (infância, adolescência, adulto, idoso) durante o PE na etapa de avaliação que tem como propósito avaliar o estado de saúde da pessoa, identificar problemas e estabelecer um relacionamento terapêutico. Neste caso a pergunta norteadora é: Existe algum Problema? ⁽⁴⁾
	Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida ao fazer diagnósticos: considera-se as etapas da vida com relação ao desenvolvimento (infância, adolescência, adulto, idoso) durante o PE na etapa diagnóstico de enfermagem, caracterizado como julgamento clínico com relação às respostas humanas apresentadas por indivíduos,

familiares e comunidades. Além do mais, dispõe de base para selecionar as intervenções para atingir resultados.⁽⁴⁾

Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida ao proporcionar manejo terapêutico: considera-se as etapas da vida com relação ao desenvolvimento (infância, adolescência, adulto, idoso) ao utilizar métodos e técnicas variadas na abordagem e na elaboração de estratégias de cuidado.

Sobre o tipo de conhecimento:

Fisiopatologia	Considerar as alterações anormais no processo do desenvolvimento da doença e como o organismo reage, a fim de identificar a formação da patologia.
Psicopatologia	Considerar o estado psíquico relacionado ao sofrimento mental do usuário. ⁽⁵⁾
Exposição ambiental	Considerar a proximidade das práticas do enfermeiro no território frente aos riscos ambientais e à saúde aos quais estão expostas as populações. ⁽⁶⁾ O enfermeiro, como profissional sensível às vulnerabilidades e necessidades emergentes de saúde, tem papel significativo na aplicação de seu conhecimento para promoção da saúde e melhoramento da qualidade ambiental e de vida dos indivíduos e das coletividades. ⁽⁷⁾
Epidemiologia	Denominada como a ciência que estuda o processo saúde- doença em coletividades humanas, analisa a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. ⁽⁸⁾
Doenças infecciosas	Causada por agentes infecciosos, microrganismos com potencial de transmissão para outros seres vivos, da mesma espécie ou não. ⁽⁹⁾
Ciência do comportamento	As ciências do comportamento são aplicadas para perceber todo o potencial dos conhecimentos adquiridos, percepções, predições e descobertas no ambiente. Observam-se, preveem-se e mudam-se os comportamentos. ⁽¹⁰⁾
Demografia	Demografia tem sua origem (demos: população e graphein: descrever, estudar), a qual busca estudar as populações humanas e suas características tais como: tamanho, crescimento, distribuição espacial, composição (idade e sexo), movimentação, reposição, entre outras. Tais aspectos são classificados em: estáticos – tamanho e composição e dinâmicos – mudanças e inter-relações das variáveis: fecundidade, mortalidade e migração. ⁽¹¹⁾
Processos familiares	Entende a família como um sistema complexo e aberto, e aplica conhecimentos e métodos de análise da sua estrutura e dinâmica, identificando sua história e ciclo de vida, recursos e problemas. Inclui a abordagem familiar. ⁽¹²⁾

Competências para a PAE na APS no contexto brasileiro.⁽⁵²⁾

Prática clínica ampliada	Inclui ações de assistência direta a indivíduos, família e comunidades, baseadas nas necessidades de saúde, formas de viver e trabalhar e no perfil epidemiológico desses grupos. ⁽⁵²⁾
Autonomia para tomada de decisão de situações complexas	Refere-se a avaliação diagnóstica avançada e ao planejamento estratégico de cuidados para os casos baseados nas melhores evidências científicas. ⁽⁵²⁾
Integralidade do cuidado	Envolve ações articuladas com demais membros da equipe e com a rede de serviços de saúde, integrando ações da assistência, promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde de indivíduos, famílias e comunidade. ⁽⁵²⁾
<i>Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de:</i> conjunto de sinais e sintomas. ⁽¹³⁾	
Eventos normais de saúde	Circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem resposta sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas. ⁽¹⁴⁾
Doenças/lesões agudas	Doença relativamente grave e de curta duração. ⁽¹³⁾
Doenças crônicas	Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se esperar requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado. ⁽¹³⁾
Comorbidades	Presença de doenças coexistentes ou adicionais com relação ao diagnóstico inicial ou com relação à doença índice que é o objetivo do estudo. A comorbidade pode afetar o desempenho de indivíduos afetados e até mesmo a sua sobrevivência. Pode ser usado como um indicador prognóstico para a duração da hospitalização, fatores de custos e de melhoria ou sobrevivência. ⁽¹³⁾
Emergências de saúde	Caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população. ⁽¹⁵⁾
<i>b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico</i>	
Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar: capacidade de realizar diagnósticos diferenciais, de efeitos colaterais, estadiamento de doenças ou avaliações avançadas de saúde. ⁽¹⁶⁾	
Normal	É aquilo que se observa com mais frequência.
Variações do normal	É o modificado.
Anomalias	Aberrações cromossômicas. ⁽¹³⁾
Usa sistemas tecnológicos para	O principal sistema tecnológico utilizado pela equipe de enfermagem é o prontuário eletrônico, pois é uma ferramenta que contribui para

levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do usuário.	a melhoria do funcionamento das unidades básicas de saúde, bem como para a qualificação do cuidado de enfermagem. ⁽¹⁷⁾
Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos usuários em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.	A coleta de dados ou histórico busca identificar quais são os verdadeiros problemas de saúde e necessidades do indivíduo, família e comunidade. Dando suporte para realização do exame físico, validação dos dados coletados, agrupamento dos dados, identificação de padrões e comunicação e registro dos dados. ⁽⁴⁾ Atentar para o seguimento da teoria de enfermagem utilizada pelo enfermeiro.
Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos usuários de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).	Realiza e documenta o exame físico assertivo, a depender da demanda de cada indivíduo, de forma a colaborar com o seu raciocínio clínico, entendendo os achados e sabendo diferenciar padrões normais e não normais.
Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de usuários de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar.	Identifica os fatores de risco, que são definidos como componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. ⁽¹⁸⁾ Considera os determinantes sociais ou determinação do processo saúde-doença em sua avaliação clínica. ^(67,68) Bem como os fatores psicossociais que compreendem as necessidades sociais, emocionais e de saúde mental e o cuidado oferecido para atendê-las. ⁽¹⁹⁾
Realiza o diagnóstico diferencial entre: Considera hipóteses diagnósticas que são as causas mais prováveis do quadro clínico do paciente, segundo os sinais e sintomas apresentados, considerando também o perfil epidemiológico de sua região de atuação.	
Condições Crônicas	As condições crônicas têm um período de duração longo, superior a três meses, algumas tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente; iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Vão além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas e outras), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas

	(amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes e outras); entre outras. ⁽²⁰⁾
Condições Agudas	As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; Usualmente, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias; são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite, ou de causas externas, como os traumas. ⁽²⁰⁾
Risco de vida	Consideram-se emergências. Definimos emergência como: a constatação de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato. ⁽²¹⁾
Planeja estratégias de rastreamento e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os usuários.	Adota ações de rastreamento e acompanhamento assertivas, respeitando o conceito de prevenção quaternária, através da realização de testes ou exames diagnósticos em populações alvo, com a finalidade de diagnóstico precoce ou de identificação e controle de riscos, tendo como objetivo final reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado. ⁽²²⁾
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado	
Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.	Adere aos guias e protocolos institucionais validados, exercendo o potencial de sua categoria e respeitando a legislação local em suas condutas.
Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural	Considera a diversidade cultural do indivíduo, que pode ser definida como fator influenciador no comportamento dos indivíduos, o que afeta diretamente no cuidado de enfermagem, pois exige do profissional uma visão ampla e transcendental que valorize o (re)conhecimento da cultura que é essencial para empregar um cuidado coerente, com as individualidades e necessidades de cada indivíduo, família e sociedade. ⁽¹⁾
Comunica-se de maneira efetiva: a comunicação efetiva é considerada um processo dinâmico, recíproco e que assenta as formas verbais, não verbais, escritas, telefônicas e eletrônicas, além de permeiar todo o cuidado e segurança do usuário. ⁽²³⁾	
Abordando:	
Os achados clínicos	Considera durante a consulta o conjunto de sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo com o objetivo de efetivar uma melhor abordagem e cuidado.

O diagnóstico	Aborda com exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana no processo saúde e doença para elaboração de um diagnóstico de enfermagem assertivo; e que constitua a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. ⁽²³⁾
As intervenções terapêuticas	Realiza ações visando o bem-estar do usuário considerando o seu contexto de vida.
Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os usuários: os princípios que orientam a prática do cuidado centrado no paciente são: dignidade, compaixão e respeito; coordenação e integração do cuidado; cuidado personalizado; apoio ao autocuidado; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional, alívio do medo e ansiedade; envolvimento de familiares e amigos; transição e continuidade; e, incorporado mais recentemente, acesso ao cuidado. ⁽²⁴⁾	
Considerando:	
Suas expectativas e crenças	Expectativas mudam ao longo da vida de um indivíduo, de acordo com seus valores e crenças. As expectativas e crenças não representam a mesma coisa que preferências, sendo que estas podem afetar as decisões dos pacientes por ocasião da procura por ajuda. O atendimento das suas necessidades e expectativas correlaciona-se positivamente com um alto grau de satisfação dos pacientes. ⁽²⁵⁾
As evidências disponíveis	A prática baseada em evidências é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde. A utilização de resultados de pesquisas na prática. ⁽²⁶⁾
Relação custo-benefício das intervenções	Ações tomadas para proteger indivíduos (por exemplo, pessoas/pacientes) de intervenções médicas desnecessárias que possivelmente causam mais danos que benefícios. ⁽¹³⁾
Incorpora os princípios de qualidade e segurança do usuário à prática clínica	O enfermeiro adota os princípios e diretrizes, tais como: a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças. ⁽²³⁾
Inicia um plano terapêutico: conjuntos de ações e estratégias de cuidado seguindo as etapas do PE (prescrição de enfermagem, planejamento, implementação).	
Realiza intervenções farmacológicas	O enfermeiro prescreve medicamentos de acordo com os protocolos e regulamentações. ⁽²⁸⁾
Realiza intervenções não farmacológicas	Considera em suas ações o conjunto de estratégias que visam maximizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença. As atividades desenvolvidas têm como fim a estimulação das capacidades individuais, preservando, pelo maior período possível, sua autonomia, conforto e dignidade. ⁽²⁹⁾

Realiza intervenções de tratamentos ou terapias	Consiste na implementação do plano assistencial, que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. ⁽²⁾
Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).	Compete ao enfermeiro durante a realização da consulta de enfermagem prescrever medicamentos e solicitar exames complementares de acordo com as normativas técnicas do Ministério da Saúde. ⁽²⁸⁾
Monitora o progresso do usuário, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.	Considerar se o enfermeiro segue as etapas do processo de enfermagem, na avaliação. ⁽²³⁾
Adapta intervenções conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no: com os princípios que orientam a prática do cuidado centrado no paciente são: dignidade, compaixão e respeito; coordenação e integração do cuidado; cuidado personalizado; apoio ao autocuidado; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional, alívio do medo e ansiedade; envolvimento de familiares e amigos; transição e continuidade; e, incorporado mais recentemente, acesso ao cuidado. ⁽²⁵⁾	
Envelhecimento	Compreende avaliar se o enfermeiro realiza intervenções de acordo com o “processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. ⁽³⁰⁾
Em transições da vida	O enfermeiro assume papel facilitador do usuário e família intervindo sobre mudanças e exigências no cotidiano dos mesmos, considerando pilares de transição: as transições de desenvolvimento são as que ocorrem ao longo do ciclo vital dos indivíduos; as situacionais estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o indivíduo está envolvido, incluindo a adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte; às transições de saúde-doença, incluem as mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crônica ou, de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar que, no entanto, engloba a cronicidade; e as organizacionais que, ocorrem no contexto ambiental dos indivíduos e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e econômico (ex.: as mudanças de líder, implementação de novas políticas ou práticas, mudanças na comunidade, saída do emprego). ⁽³¹⁾
Em situações de comorbidade	Presença de doenças coexistentes ou adicionais com relação ao diagnóstico inicial ou com relação à doença índice que é o objetivo do estudo. A comorbidade pode afetar o desempenho de indivíduos afetados e até mesmo a sua sobrevivência. Pode ser usado como um indicador prognóstico para a duração da hospitalização, fatores

	de custos e de melhoria ou sobrevivência. ⁽¹³⁾ Dessa forma, o enfermeiro deve efetivar os cuidados frente à condição do indivíduo que apresenta uma ou mais doenças de modo simultâneo.
Considera as situações:	
• Psicossocial	O enfermeiro deve compreender o processo saúde-doença como resultante de processos biopsicossociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com ações inseridas em uma diversidade de dispositivos comunitários e territorializados de atenção e de cuidado. ⁽³²⁾
• Financeira	O enfermeiro considera aspectos socioeconômicos do usuário, família e contexto que está inserido.
Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada.	É uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos indivíduos e familiares na presença de doenças terminais. O enfermeiro deve elaborar um plano de intervenções num contexto sistêmico, valorizando todas as instâncias: físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticas. ⁽³³⁾

Referências para elaboração do glossário

1. Gomes TF, Robaína ML, Budó ML. Enfermagem transcultural, crenças e práticas: reflexão teórica. Santa Maria: UFSM; 2012 [citado 202 Jun 14]. Disponível em: http://w3.ufsm.br/senafe/senafe2012/Anais/Eixo_5/Tais_falcao.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Determinantes sociais. Rio de Janeiro: Fio Cruz; [citado 2023 Jun 14]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/determinantes-sociais>
3. Castañeda E. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. Rev Salud Pública. 2017;19(3):396-403.
4. Barros AL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MC, Lopes MH, Silva RC. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.
5. Pinheiro KM, Queiroz CV. Psicopatologia e saúde mental: questões sobre os critérios que orientam a percepção clínica. Rev Subj. 2014;14(1):9–16.
6. Moniz MA, Daher DV, Sabóia VM, Ribeiro CR. Saúde ambiental: desafios e possibilidades para o cuidado emancipador pelo enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20180478.
7. Zamberlan C, Calvetti de Medeiros A, Dei Svaldi J, Siqueira HC. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. Rev Bras Enferm. 2013;66(4):603–6.
8. Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EW. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Almeida Filho N. 8a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 9–23.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Agentes infecciosos. São Paulo: INCA; 2021 [citado 2023 Jun 14]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/agentes-infecciosos>
10. Skinner BF. Questões recentes na análise comportamental. 5a ed. Campinas: Papirus; 1995.
11. Cerqueira CA, Givisiez GH. Conceitos Básicos de Demografia e Dinâmica Demográfica Brasileira. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004. Capítulo 1, Conceitos básicos de demografia; p. 15-44.
12. Ramos VA. Consulta em 7 Passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Rev Port Med Geral Fam. 2009;25(2):208–20.
13. Descritores em Ciências da Saúde. DeCS. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS; 2017 [citado 2023 Jun 14]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>
14. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. Ann Intern Med. 1997;127(12):1097–102.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 354, de 10 de março de 2014. Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. 18 Jul 2014. Seção 1.
16. International Council of Nursing - ICN. Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva: ICN; 2020 [cited 2022 Jun 6]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
17. Gomes PD, Farah BF, Rocha RS, Friedrich DB, Dutra HS. Electronic citizen record: an instrument for nursing care. Rev Fund Care Online. 2019 [cited 2023 June 14];11(5):1226-35.
18. Rouquayrol MZ, Filho NA. Introdução à epidemiologia. 2a ed. Belo Horizonte: Coopmed; 1992.
19. Paiva VS. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. Temas Psicol. 2013;531–49.
20. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 2023 Jun 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
21. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de resposta rápida às emergências em saúde pública. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2014.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: rastreamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

23. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN; 2010 [citado 2023 Jun 14]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/10-passos-para-a-seguranca-do-paciente/>
24. Ogden K, Barr J, Greenfield D. Determining requirements for patient-centred care: a participatory concept mapping study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):780.
25. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? [Internet]. *Fam Pract.* 1995;12(2):193–201
26. Galvão CM, Sawada NO, Rossí LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2002;10(5):690–5.
27. Brasil. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União.* 2 Abr 2013. Seção 1:43.
28. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n. 317/2007. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Brasília (DF): Cofen; 2007 [citado 2023 Jun 14]. Disponível em: – RESOLUÇÃO COFEN-271/2002 – Revogada pela RESOLUÇÃO COFEN-317/2007 Conselho Federal de Enfermagem - Bra77l.
29. Fonseca ML, Guimarães MB, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS.* 2008;11(3):285-94.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
31. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch.* 1994;26(2):119–27.
32. Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde Debate.* 2008;32(78/80):27–37.
33. da Silva RC, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saude Publica.* 2006;22(10):2055–66.

Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Enfermeiros

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Enfermeiros

Introdução

Você foi convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado: “**Competências de Prática Avançada nas Consultas de Enfermagem aos Eventos Agudos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo Multicêntrico**”. Se você decidir fazer parte dele, precisará saber das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do termo de consentimento livre e esclarecido.

Este documento esclarece sobre o estudo que você deseja participar. Se você tiver qualquer pergunta, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

Sua participação é **voluntária** e você pode recusar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo de qualquer natureza.

O objetivo da pesquisa é verificar quais competências o enfermeiro desenvolve durante as consultas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde , e entender o quão próximas ou distantes elas estão das características do Enfermeiro de Práticas Avançadas.

Procedimentos realizados neste protocolo

Este documento será emitido em uma via eletrônica que ficará com o pesquisador (RedCap) e uma via impressa que será entregue para o profissional. A técnica de coleta dos dados consiste na filmagem das suas consultas de enfermagem, após o seu consentimento e do usuário. Estima-se que sejam gravados até 10 atendimentos. Será garantido o uso das imagens e informações de modo exclusivo e restrito aos pesquisadores e especialistas.

Riscos e inconveniências

Todos os cuidados necessários serão tomados, entretanto existe a possibilidade de gerar constrangimento por estar sendo filmado, para isso será considerado os princípios

da privacidade, confiança e respeito. Existem também riscos mínimos de perda de confidencialidade dos dados.

Benefício

A realização do estudo pode beneficiar os participantes, no que se refere a ser participantes da pesquisa que busca a valorização da prática do profissional de Enfermagem e ampliação de competências profissionais, com consequente aumento da resolutividade, segurança e satisfação dos usuários do serviço com o atendimento prestado.

Alternativa (s) à participação no estudo

Caso o(a) senhor(a) não queira participar deste estudo não sofrerá nenhum prejuízo de nenhuma natureza. Asseguramos a inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias.

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento, se o assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Ao assinar este termo você não abre mão de nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente de sua participação.

Danos

Se qualquer dano ocorrer como resultado de sua participação nesta pesquisa, a assistência integral estará disponível sem que você tenha gastos, pelo tempo que for necessário.

Confidencialidade

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o(a) identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Caso surjam novas informações que possam ser importantes à sua decisão de continuar na pesquisa, você será informado assim que os dados estejam disponíveis.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cuja função é a de aprovar os estudos envolvendo seres humanos.

Para qualquer dúvida geral e/ou relacionada a direitos do participante (direito à informação clara, confidencialidade de dados), entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Einstein no telefone (11) 2151-3729/ FAX (11) 2151-0273, localizado na Avenida Albert Einstein, 627 – 2ss com horário de funcionamento das 8 às 17 horas e e-mail cep@einstein.br e/ou Comitê de Ética da a Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 8 andar, e-mail: smscep@gmail.com

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pela condução do estudo, **Profa. Dra. Daiana Bonfim ou Prof. Dr. Manoel Miranda, nos telefones: (11) 98475-1401 ou (11) 99941-0573 respectivamente**. Reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhadas ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222.

Assinaturas de Consentimento

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo em que participarei. Receberei uma via assinada e datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

() Li este documento e concordo em participar do estudo

() Li este documento e não quero participar do estudo

Apêndice 3. Termos de autorização de uso de imagem e som de voz (Usuário e Enfermeiro)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ

Pelo presente instrumento, eu, _____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, com fundamento nos art. 5º, incisos V e X da Constituição Federal; art. 20 do Código Civil Brasileiro e artigo 49, da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, declaro que li atentamente todos as cláusulas abaixo, bem como concordo e autorizo à os pesquisadores Dra. Daiana Bonfim e Dr. Manoel Miranda de Viera Neto, pesquisadores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, sediada nesta capital, na Avenida Albert Einstein, número 627, Morumbi, inscrita no CNPJ sob o nº 60.765.823/0001-30:

1. A utilizar minha imagem e som de voz gravados exclusivamente para fins de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em projeto de pesquisa da Sociedade Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, intitulado “Competências de Prática Avançadas nas Consultas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: um estudo multicêntrico” com finalidade de produção de conhecimento.
2. O projeto de pesquisa ocorrerá no período de maio de 2022 a dezembro de 2025, período em que as imagem e som de voz gravados em consultas de enfermagem poderão ser utilizados para análises de cunho científico.
3. Estou ciente e concordo com o acesso aos meus dados de som e imagem nos limites do consentimento conferido pelo presente termo, bem como que o consentimento de acesso às minhas informações é restrito aos pesquisadores referidos neste projeto de pesquisa.
4. Autorizo a cessionária, a que título seja necessário, de forma graciosa e sem qualquer ônus, não requerendo para isso qualquer espécie de benefício, a partir da presente data e pelo prazo do projeto de pesquisa descrito no “item 2”, cedendo assim na sua totalidade todo e qualquer direito de uso. Dou por firme e valioso, com meu ciente abaixo, assino.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante da pesquisa

Apêndice 4. Instrumento de caracterização do Enfermeiro

CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Data entrevista: ____ / ____ / ____ Nº de Identificação do Enf: _____

1. Nome da UBS que você trabalha: _____
2. Iniciais do seu nome: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / _____
3. Gênero: () Masculino () Feminino
4. Como você se considera:
() Branco(a) () Pardo(a) () Preto(a) () Amarelo(a) () Indígena.
5. Qual sua faixa salarial:
() 1 a 2 salários-mínimos
() 3 a 4 salários-mínimos
() 5 a 6 salários-mínimos
() > 7 salários-mínimos
6. Quanto tempo você gasta para se deslocar até o trabalho? (somando o percurso de ida e volta)
() até 30 minutos
() entre 31 minutos e 60 minutos
() entre 61 minutos e 120 minutos
() mais de 121 minutos
7. Você possui outro vínculo empregatício fora da Atenção Primária à Saúde?
() Sim () Não
8. Qual sua carga horária de trabalho semanal?
() 30 horas semanais
() 36 horas semanais
() 40 horas semanais
() outra: _____
9. Qual seu vínculo de trabalho com a instituição?
() CLT
() Concurso público

☐ Contrato temporário

☐ outros: _____

10. Sua graduação foi realizada numa instituição:

☐ Pública ☐ Privada

11. Ano de formação na graduação: _____

12. Durante seu curso de graduação você teve aulas sobre Processo de Enfermagem?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

13. Pós-graduações (*permitido assinalar mais de uma opção*):

☐ Não tenho Pós-graduação

☐ Residência em Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva/Saúde Pública

☐ Especialização em Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva/Saúde Pública: ☐ concluído ☐ em andamento

☐ Mestrado Profissional: ☐ concluído ☐ em andamento

☐ Mestrado acadêmico: ☐ concluído ☐ em andamento

☐ Doutorado: ☐ concluído ☐ em andamento

☐ Outros cursos _____.

14. Tempo de experiência na área da saúde como enfermeiro (em anos):

☐ Menos de 1 ano.

☐ De 1 a 5 anos

☐ De 6 a 10 anos

☐ Mais de 10 anos.

15. Tempo de experiência como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (em anos):

☐ Menos de 1 ano.

☐ De 1 a 5 anos

☐ De 6 a 10 anos

☐ Mais de 10 anos.

16. Tempo de atuação na atual equipe de Estratégia Saúde da Família (em anos):

☐ Menos de 1 ano.

☐ De 1 a 5 anos

☐ De 6 a 10 anos

☐ Mais de 10 anos.

17. Qual o tipo de unidade de saúde que você trabalha?

- ☐ UBS mista/tradicional
- ☐ Estratégia Saúde da Família
- ☐ Unidade Saúde da Família Rural

18. Assinale as áreas de cursos/treinamentos que você participou no último ano?

(permitido assinalar mais de uma opção)

- ☐ Saúde da mulher ☐ Saúde da criança ☐ Saúde do Idoso
- ☐ Cuidado a crônicos (HAS/DM) ☐ Atendimento de casos agudos
- ☐ SAE ☐ Saúde Mental ☐ Processo de Enfermagem ☐ feridas

19. Você possui uma equipe multiprofissional vinculada a sua equipe de saúde?

- ☐ Sim ☐ Não

20. O quanto motivado você se sente para exercer a sua função profissional?

- ☐ Muito satisfeito ☐ Um pouco satisfeito ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ insatisfeito ☐ Muito insatisfeito

21. Na sua secretaria de saúde é adotado Protocolos de Enfermagem municipais?

- ☐ Sim ☐ Não

22. Que tipos de protocolo você utiliza:

- ☐ Caderno de Atenção Básica do Ministério da saúde
- ☐ Protocolos do Ministério da saúde
- ☐ Protocolo do Estado
- ☐ Protocolo de outros municípios
- ☐ Protocolo do COREN
- ☐ Protocolo da sua secretaria municipal de saúde

23. Quais protocolos são utilizados? *(permitido assinalar mais de uma opção)*

- ☐ Saúde da mulher ☐ Saúde da criança ☐ Saúde do Idoso
- ☐ Atendimento a condições crônicas ☐ Atendimento aos eventos agudos
- ☐ Vigilância em saúde ☐ Saúde Mental

Apêndice 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Paciente > 18 anos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pacientes maiores de 18 anos

Introdução

Você foi convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado: **“Competências de Prática Avançada nas Consultas de Enfermagem aos Eventos Agudos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo Multicêntrico”**. Se você decidir fazer parte dele, precisará saber das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do termo de consentimento livre e esclarecido.

Este documento esclarece sobre o estudo que você deseja participar. Se você tiver qualquer pergunta, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

A decisão de fazer parte do estudo é **voluntária** e você pode recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência para o seu tratamento na instituição.

O objetivo da pesquisa é verificar quais competências o enfermeiro desenvolve durante as consultas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, e entender o quão próximas ou distantes elas estão das características do Enfermeiro de Práticas Avançadas.

Procedimentos realizados neste protocolo

Este termo de consentimento livre e esclarecido será emitido em uma via eletrônica que ficará com o pesquisador (RedCap) e uma via impressa que será entregue para o você, no momento do seu atendimento na UBS. Os dados para pesquisa serão obtidos durante o seu atendimento na Unidade Básica de Saúde, por meio da gravação de vídeo e áudio do seu atendimento com o Enfermeiro da Unidade e por meio do levantamento de informações deste atendimento em seu prontuário. Será garantido o uso das imagens e informações de modo exclusivo e restrito aos pesquisadores.

Riscos e inconveniências

Todos os cuidados necessários serão tomados, entretanto existe a possibilidade de gerar constrangimento por estar sendo filmado, para isso será considerado os princípios da privacidade, confiança e respeito. Existem também riscos mínimos de perda de confidencialidade dos dados.

Benefício

A realização do estudo pode beneficiar os participantes, no que se refere a ser participante da pesquisa que busca a melhor a formação dos enfermeiros e assim, valorização da prática do profissional de Enfermagem com ampliação de competências profissionais e consequente aumento da resolutividade, segurança e satisfação dos usuários do serviço com o atendimento prestado.

Alternativa (s) à participação no estudo

Caso o(a) senhor(a) não queira participar deste estudo não sofrerá nenhum prejuízo no seu atendimento. Asseguramos a inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias.

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento, se o assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Ao assinar este termo você não abre mão de nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente de sua participação.

Danos

Se qualquer dano ocorrer como resultado de sua participação nesta pesquisa, a assistência integral estará disponível sem que você tenha gastos, pelo tempo que for necessário.

Confidencialidade

A equipe do estudo e a equipe assistencial, terão acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o(a) identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Caso surjam novas informações que possam ser importantes à sua decisão de continuar na pesquisa, você ou seu representante legal serão informados assim que os dados estejam disponíveis.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cuja função é a de aprovar os estudos envolvendo seres humanos.

Para qualquer dúvida geral e/ou relacionada a direitos do participante (direito à informação clara, confidencialidade de dados), entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Einstein no telefone (11) 2151-3729/ FAX (11) 2151-0273, localizado na Avenida Albert Einstein, 627 – 2ss com horário de funcionamento das 8 às 17 horas e e-mail cep@einstein.br e/ou Comitê de Ética da a Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 8 andar, e-mail: smscep@gmail.com

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pela condução do estudo, **Profa. Dra. Daiana Bonfim ou Prof. Dr. Manoel Miranda, nos telefones: (11) 98475-1401 ou (11) 99941-0573 respectivamente.** Reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhadas ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222.

Assinaturas de Consentimento

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo em que participarei. Receberei uma via assinada e datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

() Li este documento e concordo em participar do estudo

() Li este documento e não quero participar do estudo

Apêndice 6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Pais ou responsáveis de pacientes menores de 18 anos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pais ou responsáveis de pacientes menores de 18 anos

Introdução

A criança ou adolescente sob sua responsabilidade está sendo convidado (a) para participar voluntariamente do estudo intitulado: **“Competências de Prática Avançada nas Consultas de Enfermagem aos Eventos Agudos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo Multicêntrico”**. Se você autorizar a participação dele(a), precisará saber das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar a autorização através do termo de consentimento livre e esclarecido.

Este documento esclarece sobre o estudo. Se você tiver qualquer pergunta, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

A participação é voluntária e você pode recusar ou retirar o seu a criança ou adolescente sob sua responsabilidade filho(a) do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência para o tratamento.

O objetivo da pesquisa é verificar quais competências o enfermeiro desenvolve durante as consultas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, e entender o quão próximas ou distantes elas estão das características do Enfermeiro de Práticas Avançadas.

Procedimentos realizados neste protocolo

O documento será emitido em uma via eletrônica que ficará com o pesquisador (RedCap) e uma via impressa que será entregue para você, no momento em que a criança estiver na UBS. Os dados para pesquisa serão obtidos durante o atendimento

da criança na Unidade Básica de Saúde, por meio de: gravação de vídeo e áudio do atendimento e levantamento de informações deste atendimento em prontuário. Será garantido o uso das imagens e informações de modo exclusivo e restrito aos pesquisadores e especialistas.

Riscos e inconveniências

Todos os cuidados necessários serão tomados, entretanto existe a possibilidade de gerar constrangimento por estar sendo filmado, para isso será considerado os princípios da privacidade, confiança e respeito. Existem também riscos mínimos de perda de confidencialidade dos dados.

Benefício

A realização do estudo pode beneficiar os participantes, no que se refere a ser participante da pesquisa que busca a valorização da prática do profissional de Enfermagem e ampliação de competências profissionais, com consequente aumento da resolutividade, segurança e satisfação dos usuários do serviço com o atendimento prestado.

Alternativa (s) à participação no estudo

Caso o(a) senhor(a) não queira autorizar o menor a participar deste estudo, não haverá nenhum prejuízo a vocês no atendimento na UBS. Asseguramos a inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias.

Direitos do participante

Sua autorização é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar a participação em qualquer momento, se o assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação.

Ao assinar este termo você não abre mão de nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente de sua participação.

Danos

Se qualquer dano ocorrer como resultado de sua participação nesta pesquisa, a assistência integral estará disponível sem que você tenha gastos, pelo tempo que for necessário.

Confidencialidade

A equipe do estudo e a equipe assistencial, terão acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o(a) identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Caso surjam novas informações que possam ser importantes à sua decisão de continuar na pesquisa, você ou seu representante legal serão informados assim que os dados estejam disponíveis.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cuja função é a de aprovar os estudos envolvendo seres humanos.

Para qualquer dúvida geral e/ou relacionada a direitos do participante (direito à informação clara, confidencialidade de dados), entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Einstein no telefone (11) 2151-3729/ FAX (11) 2151-0273, localizado na Avenida Albert Einstein, 627 – 2ss com horário de funcionamento das 8 às 17 horas e e-mail cep@einstein.br e/ou Comitê de Ética da a Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 8 andar, e-mail: smscep@gmail.com

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pela condução do estudo, **Profa. Dra. Daiana Bonfim ou Prof. Dr. Manoel Miranda, nos telefone: (11) 98475-1401 ou (11) 99941-0573 respectivamente**. Reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhadas ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222.

Assinaturas de Consentimento

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo em que participarei.
Receberei uma via assinada e datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

() Li este documento e concordo em participar do estudo

() Li este documento e não quero participar do estudo

Apêndice 7. Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Crianças de 7 a 12 anos

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Crianças de 7 a 12 anos)

Olá,

Me chamo _____ e em conjunto com outros pesquisadores convidamos você a participar do estudo, intitulado “**Competências de Prática Avançada nas Consultas de Enfermagem aos Eventos Agudos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo Multicêntrico**”. Este estudo é realizado pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein.

Já conversamos com seus pais e/ou responsáveis e eles concordaram em convidarmos você a participar desta pesquisa com a gente.

Vou te explicar tudo o que precisará fazer. Você deve ouvir atentamente e depois que ler estas explicações você poderá dizer se quer participar ou se não quer.

Irei pedir para você me mostrar se quer seguir ou não com a nossa conversa sinalizando na carinha feliz ou triste:



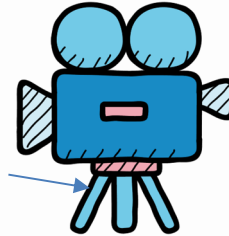
Pode ser que este documento tenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao pesquisador que está conversando com você para explicar qualquer palavra ou informação que você tenha dúvidas.



Por que estamos propondo este estudo?

Estamos trabalhando neste estudo com objetivo de verificar se durante as consultas o enfermeiro tem conhecimentos, habilidades e age como um enfermeiro de prática avançada na Atenção Primária em Saúde. O enfermeiro de Prática Avançada é um enfermeiro que estudou por mais anos, fez vários cursos e assim, consegue trabalhar com casos mais complicados e faz atividades que outros profissionais não podem fazer.

Com isso, poderemos propor melhores formações aos profissionais de Enfermagem, para que eles consigam melhorar o seu atendimento e de sua família.



Como será a sua participação?

1.



Primeiro vamos conversar com você ou com seus pais ou responsáveis durante o tempo que vocês estiverem aguardando o atendimento no Posto de Saúde ou quando o profissional for visitar a sua família na sua casa. Faremos algumas perguntas sobre você e sobre o atendimento através de um questionário. Vou anotar todas as respostas em um tablet.



2.



Quando o profissional te chamar para o atendimento, iremos acompanhar as atividades que serão realizadas pelo profissional que estiver te atendendo através de câmeras de vídeo e áudio. Em nenhum momento vamos interromper o seu atendimento, e após finalizar suas atividades na unidade de saúde, você estará livre para ir embora como de costume.



3.



Após o término do seu atendimento, as imagens que gravamos e os dados registrados no seu prontuário pelo profissional que te atendeu serão usados na pesquisa, para descrevermos as atividades realizadas pelos profissionais no seu cuidado e as formas como ele relatou o seu atendimento no prontuário. Mas quero que você saiba que seu nome nunca será divulgado.



Você poderá sentir algum desconforto durante a pesquisa por estar sendo filmado, mas saiba que iremos preservar sua privacidade, e caso tenha qualquer constrangimento ou mal estar com sua participação, pedimos para que informe prontamente o pesquisador ou seus pais e/ou responsáveis.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode falar com seu responsável para ligar no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Einstein no



telefone 11 2151 3729/ FAX 11 2151-0273/ e-mail cep@einstein.br
e/ou Comitê de Ética da a Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS
Rua General Jardim, 36 – 8 andar, e-mail: smscep@gmail.com.

Além disso, reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhadas ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou entrar em contato com os pesquisadores no telefone: (11) 21517081 ou (11) 984751401



Mas, se você não quiser participar, fique à vontade para dizer não e estará tudo bem. Você também pode mudar de ideia a qualquer momento e pedir para seus pais ou responsáveis comunicarem os pesquisadores.



Você quer perguntar mais alguma coisa



Você ficou com alguma dúvida? Se sim, pode perguntar, que te respondo. Se quiser conversar com seus pais ou com outra pessoa, tudo bem também!



DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável sobre este estudo e os detalhes deste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

() Aceito participar desta pesquisa

() Não aceito participar desta pesquisa

Apêndice 8. Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Adolescente de 13 a 17 anos

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Crianças de 13 a 17 anos)

Olá,

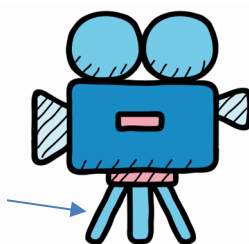
Me chamo _____ e em conjunto com outros pesquisadores convidamos você a participar do estudo, intitulado “**Competências de Prática Avançada nas Consultas de Enfermagem aos Eventos Agudos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo Multicêntrico**”. Este estudo é realizado pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein.

Já conversamos com seus pais e/ou responsáveis e eles concordaram em convidarmos você a participar desta pesquisa com a gente. Vou te explicar tudo o que precisará fazer. Você deve ouvir atentamente e depois que ler estas explicações você poderá dizer se quer participar ou se não quer.

Por que estamos propondo este estudo?

Estamos trabalhando neste estudo com objetivo de verificar se durante as consultas o enfermeiro tem conhecimentos, habilidades e age como um enfermeiro de prática avançada na Atenção Primária em Saúde. O enfermeiro de Prática Avançada é um enfermeiro que estudou por mais anos, fez vários cursos e assim, consegue trabalhar com casos mais complicados e faz atividades que outros profissionais não podem fazer.

Com isso, poderemos propor melhores formações aos profissionais de Enfermagem, para que eles consigam melhorar o seu atendimento e de sua família.



O que significa assentimento



Assentimento é um termo que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (criança ou adolescente) para participar de um estudo. Depois de compreender do que se trata o estudo e caso concorde em participar dele, você pode assinar este documento. Nós te asseguramos que você terá todos os seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre como será a sua

participação no estudo.

Pode ser que este documento tenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao pesquisador de campo que está conversando com você para explicar qualquer palavra ou informação que você tenha dúvidas.



Como será a sua participação?

1.



Primeiro vamos conversar com você ou com seus pais ou responsáveis durante o tempo que vocês estiverem aguardando o atendimento no Posto de Saúde ou quando o profissional for visitar a sua família na sua casa. Faremos algumas perguntas sobre você e sobre o atendimento através de um questionário. Vou anotar todas as respostas em um tablet.

2.



Quando o profissional te chamar para o atendimento, iremos acompanhar as atividades que serão realizadas pelo profissional que estiver te atendendo através de câmeras de vídeo e áudio. Em nenhum momento vamos interromper o seu atendimento, e após finalizar suas atividades na unidade de saúde, você estará livre para ir embora como de costume.

3.



Após o término do seu atendimento, as imagens que gravamos e os dados registrados no seu prontuário pelo profissional que te atendeu serão usados na pesquisa, para descrevermos as atividades realizadas pelos profissionais no seu cuidado e as formas

como ele relatou o seu atendimento no prontuário. Mas quero que você saiba que seu nome nunca será divulgado.

Você poderá sentir algum desconforto durante a pesquisa por estar sendo filmado, mas saiba que iremos preservar sua privacidade, e caso tenha qualquer constrangimento ou mal estar com sua participação, pedimos para que informe prontamente o pesquisador ou seus pais e/ou responsáveis.



Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode falar com seu responsável para ligar no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Einstein no telefone 11 2151 3729/ FAX 11 2151-0273/ e-mail cep@einstein.br e/ou Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 8 andar, e-mail: smscep@gmail.com.

Além disso, reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhadas ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou entrar em contato com os pesquisadores no telefone: (11) 21517081 ou (11) 984751401



Mas, se você não quiser participar, fique à vontade para dizer não e estará tudo bem. Você também pode mudar de ideia a qualquer momento e pedir para seus pais ou responsáveis comunicarem os pesquisadores.



Você quer perguntar mais alguma coisa

Você ficou com alguma dúvida? Se sim, pode perguntar, que te respondo. Se quiser conversar com seus pais ou com outra pessoa, tudo bem também!

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável sobre este estudo e os detalhes deste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram

respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

☐ Aceito participar desta pesquisa

☐ Não aceito participar desta pesquisa

Apêndice 9. Instrumento de caracterização do usuário

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS

Data entrevista: ____ / ____ / ____ N° do Material em análise: _____

N° Cartão Nacional do SUS: _____

Unidade Básica Saúde: _____

Local da consulta: () São Paulo () Carneiros () Manaus () Parelhas

- Motivo principal da procura do atendimento:

() Saúde da mulher

() Saúde da criança

() Saúde do Idoso

() Atendimento a condições crônicas

() Atendimento aos eventos agudos

() Vigilância em saúde

() Saúde Mental (serão incluídos usuários com diagnóstico de saúde mental e busca de atendimento para esta queixa ou outra no momento do atendimento).

Queixa principal: _____

- Quais problemas de saúde você tem?

() HAS

() DM

() Hipotireoidismo

() Hipertireoidismo

() Doença do aparelho reprodutor

() IST

() Câncer

() Doenças respiratórias

() Cardiopatias

() Alterações gastrointestinais

() Dor crônica

- () Anemia
- () Doenças transmissíveis
- () Doenças endócrinas
- () Doenças neurológicas
- () Depressão
- () Ansiedade
- () Uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas)
- () Outras doenças mentais
- () Não tenho
- () Outras: _____

● Está acompanhado na consulta?

() Sim

() Não

Se sim, qual o seu grau de parentesco em relação ao acompanhante: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Iniciais: _____
2. Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): _____
3. Idade: _____
4. Gênero: () Masculino () Feminino
5. Nacionalidade: () Brasileiro(a) () Outros: _____
6. Como você se considera:
 - () Branco(a) () Pardo(a) () Preto(a) () Amarelo(a)
 - () Indígena.
7. Qual seu estado civil?
 - () Solteiro(a) () Casado(a) () União Estável () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Não aplicável
8. Quantos(as) filhos(as) você têm?
 - () Um(a) () Dois(duas) () Três () Quatro ou mais

☐ Não tenho filhos(as)

9. Escolaridade:

- ☐ Não aplicável ☐ Ensino fundamental incompleto
☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino superior completo ☐ Não alfabetizado

10. Situação no mercado de trabalho:

- ☐ Empregador ☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social ☐ Autônomo sem previdência social ☐ Aposentado/pensionista
☐ Desempregado ☐ Não trabalha
☐ Outro _____

Profissão atual: _____

11. Renda Familiar:

- ☐ < salário-mínimo
☐ 1 a 2 salários-mínimos
☐ 3 a 4 salários-mínimos
☐ > 5 salários-mínimos.
☐ sem renda
☐ Depende exclusivamente de benefícios governamentais

12. Local de Moradia:

- ☐ Urbana ☐ Rural ☐ Periurbana ☐ Ribeirinha
☐ Aldeados ☐ Outros _____

13. Mora acompanhado?

- ☐ Sim ☐ Não

14. Se sim, quantas pessoas no domicílio (*indicar nº de pessoas/faixa etária nas lacunas*):

- () Crianças (0 - 11 anos)
- () Adolescentes (12 - 18 anos)
- () Adultos (19 - 59 anos)
- () Idosos (60 + anos)

OPINIÃO SOBRE O PROFISSIONAL ENFERMEIRO

1. Quando você vai até a UBS com qual profissional você procura para atendimento?
 - () Enfermeira(o)
 - () Médica(o)
 - () Outros: _____

2. Pensando em cada um dos pontos abaixo, gostaria que você desse uma nota de 1 a 10, onde quanto mais próximo do 1, mais insatisfeito você está e quando mais próximo do 10 mais satisfeito você está ao passar em consulta com os enfermeiros (as).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Apêndice 10. Instrumento de *checklist* do prontuário

CHECK LIST - AVALIAÇÃO DOS REGISTROS EM PRONTUÁRIOS (versão 1.0)

Data do atendimento: ____ / ____ / ____ N° do Material em análise: _____

N° Cartão Nacional do SUS: _____

Unidade Básica Saúde: _____

Local da consulta: () São Paulo () Carneiros () Manaus () Parelhas

Iniciais do paciente: _____ Idade: _____ N° Pront.: _____

Iniciais do Enfermeiro: _____

Horário do atendimento: _____

Pesquisador responsável: _____

1. Avaliação inicial do registro

- Há o registro da consulta de enfermagem em prontuário?
() Presente () Ausente
- Há prontuário eletrônico na Unidade?
() Presente () Ausente
- Há data e horário no registro?
() Presente () Ausente
- Há instrumentos padronizados para realização do processo de enfermagem?
() Presente () Ausente
- O conteúdo é legível?
() Sim () Não
- Qual a taxonomia diagnóstica utilizada pela Instituição?
() NANDA () CIPE () Outros: _____

2. Etapas do Processo de Enfermagem

2.1 Coleta de Dados

Coleta de dados	Presente	Parcialmente	Ausente	Não se aplica	Evidência
Dados Subjetivos					
Dados Objetivos					
Sequência Lógica					
Avaliação Inicial					
Avaliação Focalizada					
Avaliação de emergência					
Avaliação de acompanhamento					
Raciocínio clínico					
Exame físico					
Exame psíquico					

2.2 Diagnóstico de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Presente	Parcialmente	Ausente	Não se aplica	Evidências (escrever os diagnósticos)
Classificação de diagnóstico (taxonomia)					
Correlação com a queixa apresentada					
Elaboração de mais de 1 diagnóstico					
Utilizou Taxonomia diagnóstica?					

- Qual a taxonomia utilizada pela enfermeira?
() NANDA () CIPE () Outro: _____ () Não utilizou

2.3 Planejamento

Planejamento	Presente	Parcialmente	Ausente	Não se aplica	Evidências
Correlação com o diagnóstico de enfermagem					
Prescrição de enfermagem					
Resultados esperados					
Elementos Promoção, prevenção e recuperação da saúde					

2.4 Implementação (Se aplicável)

Implementação	Presente	Parcialmente	Ausente	Não se aplica	Evidências
Plano de ação					

2.5 Avaliação (Se aplicável)

Avaliação	Presente	Parcialmente	Ausente	Não se aplica	Evidências
Resultados esperados foram alcançados					
Indicadores se modificaram					
Diagnóstico acurado					

Intervenções de enfermagem apropriadas					
Intervenções alteraram as manifestações do diagnóstico					
Revisão do plano					

3. Orientações para aplicação do instrumento

Avaliar o registro da consulta de enfermagem em prontuário, considerando se o conteúdo da filmagem está de acordo com o registro. Considerar como ausente, quando não há o registro de cada subitem em prontuário; parcialmente quando há o registro de apenas um aspecto e presente quando o registro está completo.

3.1 Coleta de dados

Analisar e considerar:

- O enfermeiro buscou compreender a demanda sob a ótica e perspectiva do usuário?
- A qualidade do processo envolve a avaliação individual e global para identificar os fenômenos de enfermagem relevantes?
- Inclui as necessidades do usuário, os problemas e recursos pessoais?
- Inclui o motivo que levou o usuário a consulta de enfermagem?
- Está descrito a situação social, de gênero, espiritual e aspectos fisiológicos?

3.2 Diagnóstico:

Analisar e considerar:

- Os diagnósticos de enfermagem estão registrados?
- Os diagnósticos de enfermagem são numerados em ordem para serem monitorados nos registros de enfermagem?

- Os diagnósticos de enfermagem contêm etiologias relacionadas aos sinais e sintomas correspondentes?
- Os diagnósticos de enfermagem levantados estão registrados de acordo com a taxonomia utilizado pela instituição? Se não, qual o enfermeiro utilizou?

3.3 Planejamento de Enfermagem:

Analisar e considerar:

- O planejamento de enfermagem está registrado?
- Há uma linguagem padronizada utilizada?
- O planejamento de enfermagem está elaborado de acordo: como será realizado? Com que frequência? Por quem será realizado?
- O planejamento de enfermagem está registrado de acordo aos problemas ou diagnósticos levantados?

3.4 Implementação

Analisar e considerar:

- Há registro de implementação pela equipe de enfermagem?
- A implementação está relacionada com o planejamento de enfermagem?
- A implementação está registrada em linguagem padronizada?
- O plano de ação está relacionado com a prescrição de enfermagem?

3.5 Avaliação

Analisar e considerar:

- Há registro de avaliação?
- Está coerente com os diagnósticos de enfermagem elaborados?
- Estabelece uma relação entre os cuidados prescritos?
- Contempla registros de melhora? Piorado?
- Os resultados foram alcançados?
- As intervenções de enfermagem foram apropriadas?
- Houve mudança nos problemas levantados?

4. Glossário de termos e conceitos estruturantes

Dados Subjetivos: percepções e sensações do sujeito (dor, angústias, sentimentos) (Fernandes, 2000)

Dados Objetivos: consistem em dados palpáveis ou observáveis durante o exame físico no sujeito (Fernandes, 2000)

Sequência Lógica: a coleta de dados é organizada e tem uma sequência de perguntas e observações (COFEN, 2015)

Avaliação Inicial: cujo propósito é avaliar o estado de saúde da pessoa, identificar problemas e estabelecer um relacionamento terapêutico. Neste caso, a questão norteadora para direcionar a avaliação é: Existe um problema? (COFEN, 2015)

Avaliação Focalizada: tem como finalidade verificar a presença ou ausência de um diagnóstico em particular. Para este tipo de avaliação, o enfermeiro deve se nortear pelas seguintes questões: O problema está presente hoje? Se está, qual é o status do problema? (COFEN, 2015).

Avaliação de emergência: utilizada em situações em que há ameaça à vida. Neste caso, a questão que deve nortear a avaliação é qual é a natureza da disfunção/do problema? (COFEN, 2015).

Avaliação de acompanhamento: é realizada em determinado período após uma avaliação prévia. Para este tipo de avaliação, o enfermeiro deve ter em mente a seguinte pergunta norteadora: Alguma mudança ocorreu ao longo do tempo? Se ocorreu, qual foi sua direção (melhora ou piora)? (COFEN, 2015).

Raciocínio clínico: definido como o processo de aplicação do conhecimento e da capacidade junto a uma situação clínica para o desenvolvimento de uma proposta de solução. É por meio dele que o enfermeiro analisa os dados, identifica problemas e ajuda o indivíduo, família ou coletividade, a encontrar meios de resolver, adaptar. Está presente em todas as ações e decisões do enfermeiro (COFEN, 2015).

Exame físico: apresenta o conhecimento da propedêutica: inspeção, palpação, percussão e ausculta. (COFEN, 2015).

Exame psíquico: descrição do estado mental do indivíduo, observando os aspectos e funções mentais de consciência, orientação, atenção, memória, afetividade, psicomotricidade, pensamento (Marconlan, 2013).

Diagnóstico de enfermagem: consistindo na identificação das necessidades do ser humano e a determinação do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão (COFEN, 2015).

Classificação de diagnóstico (taxonomia): estrutura conceitual para organização dos diagnósticos de enfermagem, pode ser escolhida pelo enfermeiro (NANDA, CIPE...) (COFEN, 2015).

Planejamento de Enfermagem: estabelecimento de diagnósticos de enfermagem prioritários, a formulação de metas ou estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de enfermagem, que serão executadas na fase de implementação (COFEN, 2015).

Prescrição de enfermagem: consiste na implementação do plano assistencial, que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano (COFEN, 2015).

Resultados esperados: relaciona-se aos diagnósticos identificados, devendo ser realísticas e centrados na pessoa, família, grupo ou comunidade. (COFEN, 2015)

Elementos Promoção, prevenção e recuperação da saúde:

Implementação: execução, pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), das atividades prescritas na etapa de Planejamento da Assistência. Nesta etapa coloca-se o plano em ação (COFEN, 2015)

Plano de ação: Consiste na determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido (COFEN, 2015).

Avaliação: processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, da família ou da comunidade em um dado momento; (COFEN- 2015)

Indicadores: Permitem quantificar os resultados das ações. (COREN BA-2016)

Intervenções de enfermagem: é uma linguagem padronizada que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros, baseados no julgamento e no conhecimento clínico com o objetivo de melhorar os resultados esperados do indivíduo (COFEN, 2015).

Diagnóstico acurado: refere-se como índices de acurácia o uso do pensamento crítico no raciocínio do processo diagnóstico. O pensamento crítico, aplicado aos pressupostos que geram as ações e a interpretação da informação, aumenta as chances de o enfermeiro identificar um diagnóstico acurado. (COFEN, 2015)

5. Referências

1. Barros AL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MC, Lopes MH, Silva RC. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.
2. Santos IM, Fontes NC, Silva RS, Brito SS, organizadores. SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Salvador: COREN; 2016.
3. Fernandes MG, Fontes WD. Metodologia da assistência de enfermagem: texto roteiro. João Pessoa: [s.n.], 2000.
4. Marcolan JF, Castro RC. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. São Paulo: Elsevier; 2013.
6. Linch GF. Validação do Quality of Diagnoses, interventions and outcomes para uso no Brasil e nos Estados Unidos da América [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. 106 f.

Apêndice 11. Instrumento para análise da consulta de enfermagem aos eventos agudos na APS, com base nas Etapas do Processo de Enfermagem

Item do processo de Enfermagem	Variáveis
1. Coleta de Dados - Dados Subjetivos	
1.1 O paciente traz o evento agudo como principal motivo de consulta?	() Sim () Não
1.2 Em algum momento da consulta, a enfermeira(o) questiona/aborda proativamente em relação a presença de queixas agudas?	() Sim () Não
1.3 O usuário manifesta a queixa aguda como demanda secundária durante o atendimento?	() Sim () Não
1.4 O evento agudo é identificado durante a realização do exame físico? (através do exame físico ou referido pelo paciente durante o exame físico)	() Sim () Não
1.5 A Enfermeira(o) conduz a coleta dos dados com base na demanda aguda apresentada?	() Sim () Não
1.6 A Enfermeira(o) investigou as causas relacionadas a demanda aguda?	() Sim () Não
1.7 A Enfermeira(o) considera o histórico clínico do indivíduo no seu raciocínio clínico?	() Sim () Não
1.8 A Enfermeira(o) avalia se o evento agudo é relacionado a uma condição crônica ou recorrente?	() Sim () Não
1.8.1 Se sim, trata-se de uma condição crônica agudizada?	() Sim () Não
1.9 A Enfermeira(o) consegue escutar/valorizar a demanda trazida pelo indivíduo?	() Sim () Não
1.10 A Enfermeira(o) se dedica a entender quais são os sentimentos e temores do indivíduo acerca de sua demanda?	() Sim () Não
1.11 A Enfermeira(o) se dedica a entender quais são as ideias do indivíduo sobre o que está errado?	() Sim () Não
1.12 A Enfermeira(o) se dedica a entender quais são os efeitos da doença nas funções da pessoa? (limita atividades, compromete relações, ou qualidade de vida)	() Sim () Não
1.13 A Enfermeira(o) se dedica a entender quais são as expectativas do indivíduo acerca de seu cuidado?	() Sim () Não
2. Coleta de Dados - Dados objetivos	

2.1 A Enfermeira(o) realizou exame físico durante o atendimento? (pode ser parcial)	() Sim () Não
2.1.1 A Enfermeira(o) agudo referido ou identificado precisa de um exame físico específico?	() Sim () Não
2.1.2 A Enfermeira(o) realizou exame físico relacionado ao evento agudo?	() Sim () Não
3. Diagnóstico de Enfermagem	
3.1 A Enfermeira(o) expressou algum diagnóstico de enfermagem durante a consulta?	() Sim () Não
4. Planejamento	
4.1 A Enfermeira(o) pactuou um plano de cuidados?	() Sim () Não
4.2 Fez prescrição de enfermagem?	() Sim () Não
5. Implementação	
5.1 A Enfermeira(o) aplicou elementos de intervenção/cuidado relacionados a queixa de evento agudo?	() Sim () Não
5.2 Na opinião do especialista, para atender a queixa do usuário, houve necessidade de incluir a atenção de outros profissionais de saúde?	() Sim () Não
5.3 A Enfermeira(o) encaminhou para o médico?	() Sim () Não
5.4 A Enfermeira(o) encaminhou para a equipe NASF?	() Sim () Não
5.5. A Enfermeira(o) fez interconsulta?	() Sim () Não
5.6 A Enfermeira(o) fez consulta compartilhada?	() Sim () Não
5.7 A Enfermeira(o) incentivou a procurar por cuidado longitudinal?	() Sim () Não
5.8 A Enfermeira(o) realizou encaminhamento para outros pontos da RUE?	() Sim () Não
5.9 A Enfermeira(o) realiza orientações acerca de sinais de alarme/quando procurar novamente o serviço?	() Sim () Não
5.10 A Enfermeira(o) realizou orientações sobre a fisiopatologia e evolução do problema de saúde?	() Sim () Não
6. Avaliação	

6.1 A Enfermeira(o) menciona a necessidade de um novo encontro?	() Sim () Não
6.2 A Enfermeira(o) aplica corretamente o conceito de risco relacionado ao evento agudo?	() Sim () Não
6.3 Considerando o conceito de risco a intervenção foi a adequada?	() Sim () Não
6.4 Esta é uma consulta de retorno ou seguimento longitudinal de acompanhamento?	() Sim () Não

Apêndice 12. Planilha para análise qualitativa das competências propostas para EPA nas Consultas de Enfermagem aos eventos agudos

Tema	Categoria (Cassiane et al)	Sim (1) Não (0)	Descrição da Cena	Evidência
Gestão do cuidado: enfoque do cuidado	Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos clientes e à avaliação dos resultados.			
	Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental, doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico.			
	Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados			
Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico				
	Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias.			
	Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do usuário			
	Coleta e documenta , de maneira precisa, o histórico relevante dos usuários em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.			

	Realiza e documenta , com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos usuários de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).			
	Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de usuários de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar.			
	Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida			
	Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os clientes			
Gestão do cuidado: prestação do cuidado				
	Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.			
	Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural.			
	Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.			
	Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a			

	relação custo-benefício das intervenções.			
	Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica.			
	Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias.			
	Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).			
	Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.			
	Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.			
	Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada.			
Tema (Talita Rewa)	Categoria			
	Prática clínica ampliada			
	Autonomia para tomada de decisão de situações complexas			
	Integralidade do cuidado			

Apêndice 13. Evidências das Etapas do Processo de Enfermagem extraídas da análise dos prontuários e filmagens das consultas de enfermagem aos eventos agudos. Brasil, 2023

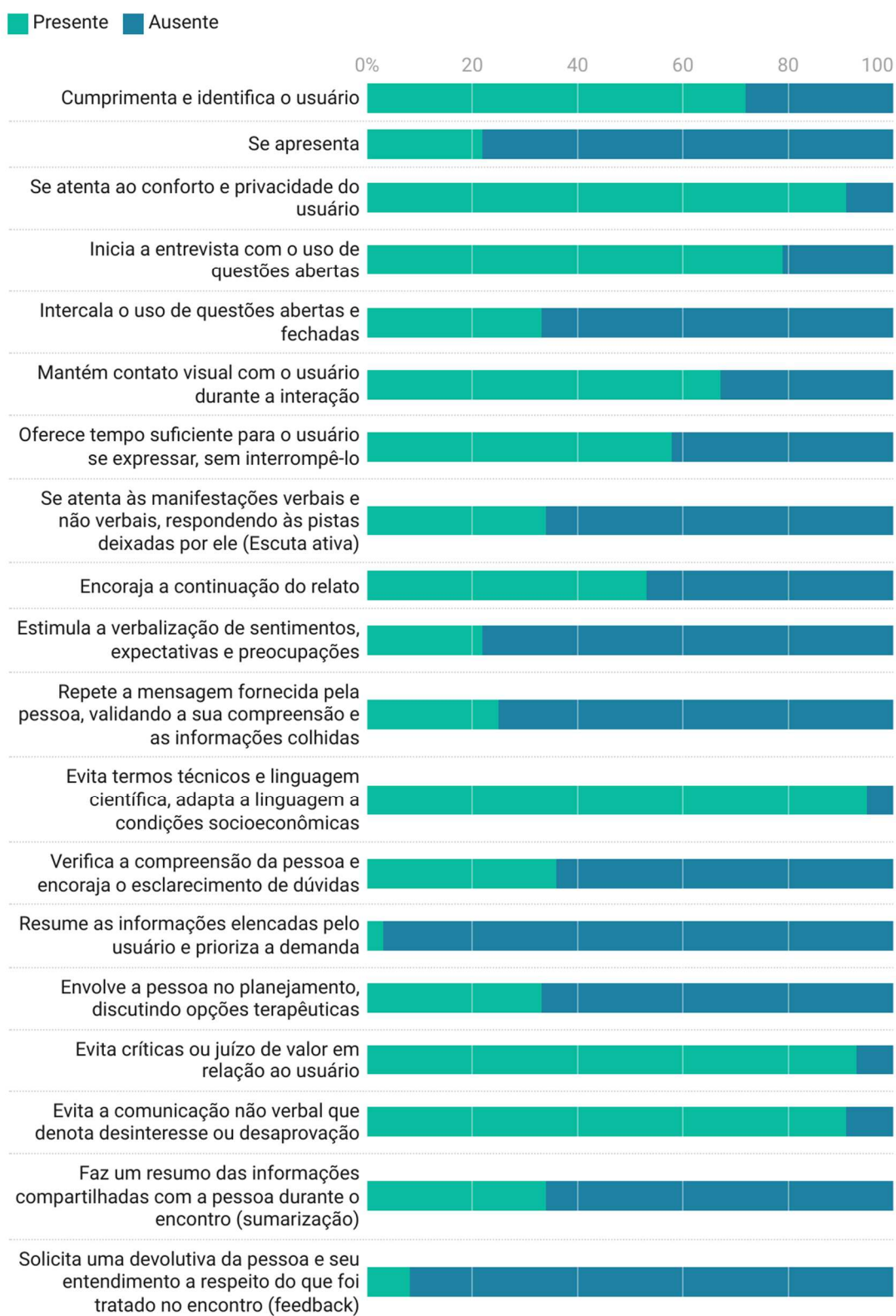
Evidências - prontuários	Evidência	Cena
1. Coleta de dados (Dois Itens)	1807-05-EM SUBJETIVO <i>“Paciente vem a unidade referindo que há cerca de 2 meses está apresentando vermelhidão em região torácica, prurido e pápulas em região dorsal. Nega outros sintomas. Refere ter feito uso de sabonete diferente que causou alergia pelo corpo, refere ter trocado a marca e apresentou melhora do quadro. Nega mudança de desodorante, não tem costume de usar perfumes. Não sabe dizer se houve mudança de sabão em pó ou amaciante de roupas. Relata ter feito uso de prednisolona por conta própria. Paciente relata que desconfia ter sido após a vacina de COVID-19. Nega alergia medicamentosa, patologias e vícios. Trabalha como eletricitista. Refere que em seu domicílio é arejado.</i> OBJETIVO <i>“Consciente/orientado, presença de hiperemia em região torácica e dorsal, além de pápulas em região dorsal. PA: 120x70 mmhg.”</i>	Não Aplicável
2. Diagnóstico de Enfermagem (Dois Itens)	2707-08-SBS SUBJETIVO <i>“DE: Risco para infecção; Conforto Prejudicado; CIAP2 S22 - SINAIS / SINTOMAS DAS UNHAS”</i>	Não Aplicável
3. Planejamento (Dois Itens)	1807-01-NSP SUBJETIVO <i>“Orientação de alimentação saudável: evitar embutidos, frituras e gorduras. Interconsulta com Dra. (nome) que solicita USG abdome total e fornece um dia de atestado.”</i>	Não Aplicável
4. Implementação (Um Item) e Avaliação (Um item)	2507-05-CAG SUBJETIVO <i>“Acesso: S1: Vem para mostrar resultados de exames por ITU de repetição; S2: Solicita sorologias e bioquímica; S3: Queixa-se de leucorreia; S4: Queixa-se de falta de ânimo. HPP: HAS em uso de Losartana, Hidroclorotiazida. Histórico: Mioma uterino.”</i> PLANO <i>“Interconsulta Médica com Dra (nome) - Solicitado USG TV. Solicito mamografia, solicito bioquímica + sorologia; Solicito Urina 1 e Cultura novamente. Oriento uso correto das medicações prescritas: Fluconazol + Miconazol. Oriento banho de assento. Oriento medidas de cuidados e higiene. Reforço a importância da rede de apoio. Reforço a importância da retomada da atividade física. Reforço a importância da alimentação saudável. Retorno com resultados de exames.”</i>	Não Aplicável

Evidências - vídeos	Evidência	Cena
1. Coleta de dados (11 Itens)	1907-04-ACLA EF "Como que eu posso ajudar vocês?"; Usuário: "Tô com uma dor como se fosse no nervo ciático, e já vem de muito tempo que tenho essa dor"; EF "(nome), você trabalha fora?"; Usuário: "Ultimamente não"; RF Você fuma?; Usuário: "Não"; EF "Já fumou alguma vez?"; Usuário: "Não"; EF: "Bebe, bebida alcoólica, usa alguma droga?"; Usuário: "Não"; EF: "Você tem alergia a alguma medicação? Faz uso de alguma medicação todos os dias, de uso contínuo?"; Usuário: "Não"; EF: "Na sua família, que você saiba, tem algum problema de saúde? A gente sabe da tua irmã, mas sua mãe, seu pai..."; Acompanhante: "Minha mãe tem, ela sofre de problema de epilepsia, toma remédio controlado"; EF: "Pressão alta, diabetes, que você saiba não, né?"; Usuário: "É"; EF: "E você já trabalhou fora? Você costuma trabalhar com o que?"; Usuário: "Coisa pesada mesmo, serviços gerais, ajudante de obra,..."; EF: "Atualmente você está desempregado, é isso?"; Usuário: "É, até por conta disso mesmo, não to conseguindo"; EF: "Ah tá. Posso pedir um favor pra você? Tira essa blusa para eu medir sua pressão para eu ver como ela está?" (Usuário tira a blusa) "Está com vontade de fazer xixi, com a bexiga cheia?"; Usuário: "Não"; EF "Já mediu a pressão antes?"; Usuário: "Medi ontem"; EF: "E quanto que estava?"; Usuário: "Tava 11 por 5 parece" (Enfermeira afere pressão arterial); EF: "Está ótima mesmo!" (Enfermeira registra, após, solicita que usuário se acomode na maca, sentado) "Onde é a dor?" (usuário aponta) "E essa dor, ela começa aqui nessa região, né, e ela irradia para alguma parte do corpo?"; Usuário: "Ela desce tudo aqui assim (aponta)"; EF: "Desce pra perna, ela desce até a onde?"; Usuário: "Até aqui, mas não é direto não, só de vez em quando"; EF: "Como é essa dor, é em pontada?"; Usuário: "Isso sim, em pontada, piso no chão e sente a pontada"; EF: "Direita, né, irradia né? (valida informações com usuário enquanto registra) O que você utiliza para melhorar a dor?"; Usuário: "Diclofenaco e Dipirona"; EF: "Melhora?"; Usuário: "Melhora um dia, e passa no outro. Alivia a dor"; EF: "Há quanto tempo você sente essa dor?"; Usuário: "Rapaz, já tem mais de ano já esse negócio"; Acompanhante: "É que ele teve COVID, aí depois que ele teve COVID que ele começou a sentir"; EF: "Quando que foi?"; Usuário: "Fez ano agora em junho"; EF: "Há um ano então. Faz um ano que você tem essa dor, é isso?"; Usuário: "Isso"; EF: "E dói todos os dias?"; Usuário: "Todos os dias"; EF: "Oh, vamos dar uma nota para essa dor, sendo que 0 é nenhuma dor, e 10 a pior dor que você já sentiu na sua vida. Que nota você dá de 0 a 10 pra sua dor agora?"; Usuário: "De 0 a 10, hmmm, não to sentindo muito não, porque eu tomei o remédio ontem. Uns 8 mais ou menos, quando eu ando que fica pior"; EF (Enfermeira realiza ausculta pulmonar e cardíaca nesse momento) "Ótimo, pode se sentar. Antes desse um ano você não tinha essa dor?"; Usuário: "Não, nada" (Enfermeira registra).	Enfermeira recebe usuário e sua irmã no consultório, acomoda usuário em cadeira próximo a ela, e irmã fica em pé, encostada na maca. Enfermeira sentada na lateral do paciente, voltada para o mesmo, realiza contato visual ao realizar o questionamento sobre motivo da consulta, e balança a cabeça como estímulo para que se expresse. Em certo momento, solicita que o usuário vá até a maca, para realizar exame físico direcionado, enquanto finaliza as questões de investigação da característica da dor. Após finalizar, acomoda o usuário novamente na cadeira ao lado de sua mesa, finaliza o registro das informações, e sai da sala para realização de interconsulta.
	2707-02-EFSS Enfermeiro: "Desde quando você está se sentindo assim, com esse mal estar?"	O enfermeiro recebe usuário em sala de

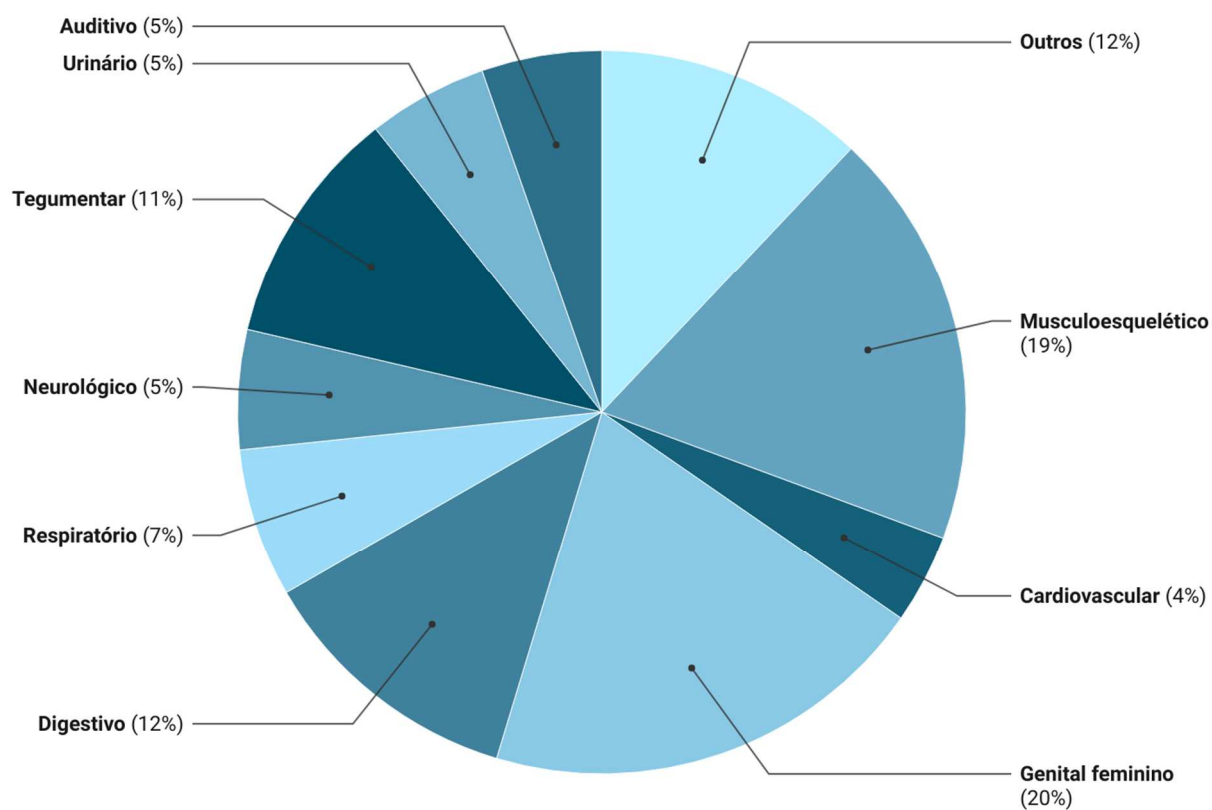
2. Diagnóstico de Enfermagem (Um Item)	<i>Usuário: "Faz uns 3 a 4 dias" (Enfermeiro digita) (Enfermeiro realiza ausculta cardíaca)</i> <i>Enfermeiro: "As bulhas cardíacas estão normais. Você se lembra quanto tem de peso?"</i> <i>Usuário: "A última vez que eu pesei eu tinha 103."</i> <i>Enfermeiro: "103, e a altura?"</i> <i>Usuário: "Acho que 1.83"</i> <i>Enfermeiro: "Uma coisa que a gente já evidencia logo de cara aqui é a obesidade, que é um fator de risco pra pressão arterial. Depois você precisa vir aqui, pra poder planejar uma linha de cuidado mais adequada, né, porque provavelmente o médico vai entrar com a medicação, aí vai a critério médico, mas na consulta de enfermagem a gente já consegue identificar alguns diagnósticos de potenciais de risco pra você né, entre eles aí né, o autocuidado inadequado, porque você tem uma ingesta calórica diária maior do que a sua necessidade, e isso reflete no seu dia-a-dia, reflete na sua condição de saúde, reflete na sua condição de bem-estar e até na sua condição emocional. Então a gente pode indicar pra você uma prática de atividade física, mas assim, denota ter alguma coisa a mais, que talvez você não esteja conseguindo falar, né, tem algo que você queira falar?" (paciente gesticula com a cabeça, respondendo que não)</i> <i>Enfermeiro: "Não?" (Enfermeiro digita) "Ó, aqui no posto toda segunda-feira tem um grupo de psicólogo, se por ventura você sentir de vir..."</i> <i>Usuário: "Minha mulher já tinha me chamado"</i>	atendimento, o acomoda na cadeira, ao seu lado, está acompanhado da acadêmica de enfermagem, que realiza aferição da pressão arterial do usuário. Usuário com pressão arterial elevada, estava realizando controle pressórico, para posterior reavaliação médica. Usuário procurou a unidade nesta ocasião por outro motivo, porém, ao identificar a pressão arterial elevada no exame físico, o enfermeiro realizou intervenção, e após, encaminhou diretamente para consulta médica.
3. Planejamento (Dois Itens)	2107-05-MZSA <i>"Eu vou te passar o miconazol, que é um creme vaginal, você vai utilizar ele por 10 noites. Nessas 10 noites não ter relação. Então sugestão, tenha hoje, tome o banho e passe a pomada (riem)."</i> <i>"Mas eu acho que já vai começar a menstruação"</i> <i>"Então pode esperar, acabando você começa, pra gente não interromper no meio"</i> <i>(...)</i> <i>"Calcinha, de preferência não lavar no banheiro e não deixar no banheiro. Tá? Seca no sol, fora, se não conseguir secar no sol, passa pelo menos o fundo da calcinha, pra evitar essas bactérias. Lavar a calcinha com sabão ou sabão de coco e de preferência lavar separado das outras roupas."</i>	Enfermeira, após realizar coleta de papanicolau, identificando corrimento vaginal, realiza orientações, mantendo contato visual, gesticulando para facilitar a explicação de alguns pontos, sentada na cadeira de frente para a usuária.
4. Implementação (Dez Itens)	1807-02-SJS (Médica realizar exame físico, solicita USG abdominal, orienta em relação a rastreamento de CA de intestino, e sinais de alarme) <i>ENF "(Nome), você ficou com alguma dúvida em relação ao que a gente orientou sobre o histórico do seu pai (CA de intestino)?"</i>; <i>Usuária: "Não, foi ótimo que eu comentei, porque eu tenho uma prima que fica falando que eu tenho que ir atrás, pra ver, mas é algo que me machuca, tanto que eu só fui recentemente buscar o laudo do exame dele, já faz 2 anos que ele faleceu." (...)</i> <i>ENF: "Escuta seu pessoal, sua enfermeira e a médica...(riem)"</i> <i>Usuário: "Ai, todo mundo sabe que eu tenho esse problema de comer legume e verdura"</i> <i>ENF: "É tudo uma adaptação, quando você entende que o alimento tem aquele benefício, a gente come até com mais prazer. Ai esse exame, você vai agendar, assim que tiver o</i>	Enfermeira realiza coleta de dados subjetivos e solicita à usuária, para deitar-se na maca, para conseguir examiná-la. Avalia região abdominal, e umbigo. Realiza ausculta abdominal, palpação abdominal, inspeção da região do umbigo. Finaliza, e lava as mãos após. Sai da sala para realizar interconsulta. Após, realiza orientações. Usuária acomodada em cadeira, à sua frente.

	resultado pode trazer no acesso da equipe, pra médica avaliar. Observa, e se você ver que, como tem uma secreção com odor, observa se não vai ter febre, se não vai ficar inchado, quente, dolorido, aí precisa ter uma investigação mais rápida, a gente até recomenda ir ao pronto socorro pra fazer um exame mais rápido. Se caso não tiver esses sintomas e continuar os sintomas, mas sem sinais de alarme, faz os exames e traz o mais rápido possível pra gente ver. Que esses sintomas que falei são de infecção."	
5. Comunicação (Vinte Itens)	1907-04-ACLA <i>"É uma dor que já está crônica, né, já está durando um ano, e você está me contando que foi depois que você teve COVID, então é isso que está te incomodando bastante hoje, que está até te impedindo de fazer as suas atividades do dia a dia, que é trabalhar, e pegar esses trabalhos que você tem. Então é isso mesmo que mais está te incomodando hoje?"</i>	Enfermeira sentada na lateral do paciente, voltada para o mesmo, realiza contato visual ao realizar o questionamento, balança a cabeça como estímulo para que se expresse e resume as informações elencadas pelo usuário e prioriza a demanda.
6. Avaliação (Um Item)	2007-14-EAC <i>EF "Olá, tudo bem? e aí, esse moço, como tá hoje?" "Então, ele tá resfriado", "Ah, mas o olhinho melhorou bem né?" "O olhinho tá, eu to usando esse colíriozinho, e lavando com soro, mas eu senti que tinha ficado muito inchado", "É, mas como ele é muito bebê (mãe interrompe e mostra o frasco do colírio que está utilizando). Ah, ótimo. Esse quem passou pra ele?" "Sim, ele tava assim desde quinta, sexta, a domingo passou pro outro, e aí já ficou resfriado." "Ele teve febre?" "Não, eu não cheguei a medir, mas à noite senti o corpo mais quente" (encaminha para a maca para exame físico) "Tem termômetro em casa?" "Não" "Se conseguir comprar um é bom, que ajuda bem. Ele fez 2 meses?" "3" "3, ja? ta grande já, gente! Oi moço, tudo bem? Deixa eu dar uma olhada aqui nesse olhinho"(realiza avaliação física dos olhos) "Ih, passou pros dois" "Primeiro foi nesse, depois passou pro outro" "É criança né, passa mesmo, porque é difícil controlar" (realiza ausculta pulmonar) <i>"Esse é o segundo olho né?" "É, aí remela mais né?" "É, essa época é terrível pra eles, que está mais geladinho" (Enfermeira com oxímetro, tentando identificar saturação de O2) EF "Oh, pode fazer a limpeza do olho assim. (Ensina a realizar a limpeza ocular) Mas sem friccionar, porque acho que como está limpando muito, está machucando um pouco aqui em volta, está ficando vermelhinho"</i></i>	Enfermeira recebe mãe e bebê (no colo da mãe), acomoda ambos da cadeira, ao seu lado, onde consegue manter contato visual. Após, os encaminha para maca, onde deita o bebê em decúbito dorsal, e realiza exame físico, enquanto conversa com a mãe.

Apêndice 14. Percentual de cumprimento de aspectos da Comunicação durante as consultas de enfermagem aos eventos agudos. Brasil, 2023



Apêndice 15. Distribuição da frequência das demandas de saúde abordadas nas consultas de enfermagem, agrupadas por sistemas, pela classificação CIAP-2. Brasil, 2023



Apêndice 16. Produto do Mestrado Profissional - matriz de recomendações para universidades, gestores e conselho federal de enfermagem com o propósito de auxiliar no processo de fortalecimento da prática da consulta de enfermagem dos enfermeiros de APS e para implementação do EPA na APS brasileira

Matriz de recomendações para desenvolvimento de competências em Enfermeiros para Consultas de enfermagem em APS com foco no atendimento de eventos agudos	
Enfermeiro da APS	Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) em APS *todas as recomendações para o Enfermeiro da APS, com acréscimo de:
Eixo 1. Universidades	
1.1 Formação	
Raciocínio Clínico Ensinar e instrumentalizar a enfermeira para: realiza abordagem interprofissional e colaborativa orientada pelas necessidades de saúde e integralidade (investigação dos sintomas físicos - queixa e histórico; psíquicos - habilidades sociais, relações, dinâmica familiar, lazer e social - aspectos socioeconômicos e culturais), compreendendo como esses fatores afetam o processo saúde-doença; identificar sinais de alarme e emergências em saúde. Comunicação Clínica Ensinar e instrumentalizar a enfermeira para: desenvolver habilidades para escuta ativa atentando-se as manifestações verbais e não verbais, com perguntas abertas, sumarização das informações, verificação da compreensão da informação pelo usuário e encorajamento do esclarecimento de dúvidas, e solicitação de feedback ao usuário garantindo o entendimento da consulta.	Enfoque no cuidado Incorporar na proposta do programa de formação do EPA para APS, com enfoque no atendimento aos eventos agudos na APS: prática clínica baseada em evidências; investigação e diferenciação de fatores de risco à saúde; fisiopatologia e manejo das principais condições agudas atendidas na APS; aplicação dos conhecimentos adquiridos nas disciplinas (psicopatologia, epidemiologia, processo saúde-doença, emergências em saúde, doenças crônicas, agudas e comorbidades) durante a realização das etapas do processo de enfermagem; compreensão dos determinantes socioeconômico, comportamentais, biológicos e relacionais no processo de adoecimento; comunicação clínica; cuidado centrado na pessoa, considerando os aspectos biopsicossociais, aplicação de diagnósticos de enfermagem; utilização de referenciais teóricos que norteiem a prática de enfermagem; manejo de situações de emergências em saúde.

Diretrizes curriculares

Incluir e abordar em relação ao acolhimento e manejo clínico dos principais eventos agudos na APS durante a graduação.

Processo de Enfermagem: Coleta de dados

Reforçar na etapa do histórico de enfermagem, a inclusão da abordagem dos determinantes de saúde e culturais nas diferentes etapas da vida, além da investigação de fatores relacionados aos eventos agudos, considerando o histórico de saúde do usuário para complementar o raciocínio clínico. Capacitar a enfermeira para realização de exame físico direcionado à demanda trazida.

Processo de Enfermagem: Diagnóstico de Enfermagem

Ensinar e instrumentalizar a enfermeira para: realizar o levantamento de diagnósticos relacionados às necessidades de cuidado às demandas agudas apresentadas, e o fortalecimento do uso da taxonomia de diagnósticos de enfermagem para registro, além da comunicação do diagnóstico de enfermagem para o usuário.

Processo de Enfermagem: Planejamento e Implementação

Ensinar e instrumentalizar a enfermeira para: utilizar a educação em saúde como intervenção de enfermagem; estabelecer metas a curto, médio e longo prazo; envolver o usuário na pactuação das estratégias de cuidado e na prescrição de enfermagem; confeccionar e entregar a prescrição de enfermagem com cuidados propostos de modo escrito e estruturado para o usuário e familiar (quando necessário). Além disso, realizar orientações em relação aos possíveis sinais de alarme, evolução esperada da condição aguda, e critérios que indiquem a necessidade de reavaliação.

Processo de Enfermagem: Avaliação/Evolução

Ensinar e instrumentalizar a enfermeira para: retorno do usuário como estratégia terapêutica e espaço necessário para avaliação das metas e cuidados pactuados; certificar-se de não se limitar a abordar a condição aguda, com foco na queixa-conduta, estimulando a procura por cuidado longitudinal, e tendo olhar ampliado para as necessidades de saúde do usuário.

Prestação do cuidado

Desenvolver habilidades avançadas para a prática profissional, contemplando o raciocínio clínico, com base nos sinais e sintomas, histórico de saúde, contexto biopsicossocial, determinantes de saúde e fatores culturais; garantir desenvolvimento de uma comunicação clínica efetiva durante o processo de interação e pactuação de planos de cuidado com o usuário; utilização adequada de guias clínicos; ter autonomia na solicitação de exames complementares, encaminhamento a especialistas, e recomendação de procedimentos e outras intervenções de saúde.

Avaliação e Diagnóstico

Desenvolver competências relacionadas a realização de diagnósticos diferenciais e de manejo terapêutico, com autonomia profissional e habilidade de tomada de decisão frente a situações complexas de saúde no âmbito da APS.

Diretrizes curriculares

Formação acadêmica com enfoque para aquisição de competências avançadas de enfermagem: prática clínica baseada em evidências, promoção de saúde, trabalho em equipe, prática interprofissional colaborativa, pesquisa, prescrição ampliada de enfermagem, segurança do paciente, gestão de casos e liderança.

Ampliação da discussão sobre Clínica Ampliada Ensinar e instrumentalizar a enfermeira para envolver o usuário no seu processo de cuidado, o dando autonomia frente as decisões e opções terapêuticas, considerando seu contexto biopsicossocial, diversidade cultural, e condições financeiras.	
Ferramentas de cuidado Discutir e fomentar estratégias para atuação da enfermeira na atenção aos eventos agudos na APS; comunicação terapêutica; relacionamento interpessoal; alinhamento de expectativas, e abordagem de ideias, medos, e inseguranças relacionadas ao processo de adoecimento; trabalho em equipe; técnicas para realização de consultas de enfermagem; e atendimento às emergências nas APS.	
Registro do processo de enfermagem Ensinar e instrumentalizar a enfermeira para: realizar a documentação precisa das informações coletadas, seguindo as etapas do processo de enfermagem e raciocínio clínico, considerando os fatores relacionados ao atendimento aos eventos agudos; e realizar capacitação sobre o registro baseado em problemas, pelo método SOAP, utilizado de maneira padronizada nos sistemas de informação.	
1.2 Pesquisadores (Pós-graduação)	
Desenvolver estudos de aprofundamento com a temática da prática da enfermeira no atendimento aos eventos agudos na APS, por exemplo: estudo de demandas agudas mais frequentes atendidas pelas enfermeiras na APS; como os modelos de acesso ao serviço de saúde e recursos disponíveis impactam no cuidado de enfermagem aos eventos agudos; resolatividade da enfermeira no atendimento aos eventos agudos na APS, e desfechos de atendimentos; tempo da consulta de enfermagem aos eventos agudos e suas variáveis; organização da equipe, e realização de interconsultas nas UBS durante os atendimentos aos eventos agudos; adesão aos protocolos assistenciais na prática clínica da enfermeira no atendimento aos eventos agudos; e nível de satisfação da população com a consulta de enfermagem aos eventos agudos na APS.	Realizar pesquisas com objetivo de fundamentar a implementação da EPA na APS no Brasil (Implementation Science) e discutir acerca da temática durante os cursos de pós-graduação, com objetivo de divulgar e fortalecer esta prática, campo e papel profissional. Realizar pesquisas direcionadas para aprofundamento em relação ao papel das enfermeiras de práticas avançadas na atenção aos eventos agudos em contexto internacional, entendendo impactos, variáveis e contextos em que se inserem, em comparação com o modelo brasileiro.
Eixo 2. Gestores de Saúde	

2.1 Gestores Locais

Promover ações de educação comunitária e com a equipe de saúde sobre o papel da enfermeira no acolhimento e manejo de eventos agudos na APS.

Ser agente participativo no processo de discussão e formulação do papel e atuação da EPA em APS no Brasil, levantando aspectos para contribuir para a formação necessária e desenho do papel deste novo profissional, replicando os conhecimentos para equipe local.

Otimizar os espaços de realização da interconsulta com equipe médica e multiprofissional com objetivo de ampliar a resolatividade da consulta de enfermagem, a implementando como prática institucional, com recomendações específicas para sua realização, como uso de ferramentas estruturadas de comunicação para discussão de casos clínicos, e planejamento das agendas considerando a sua realização.

Desenhar e implementar processos de trabalho em conjunto da equipe, na perspectiva da prática interprofissional colaborativa, de maneira a estabelecer quais condições agudas devem ser encaminhadas para atendimento médico, da enfermeira da APS, ou da EPA, respeitando a equidade, e garantindo a segurança do cuidado.

Sensibilizar a equipe e estimular a prática interprofissional com estratégias de avaliação e elaboração de planos e metas de cuidados compartilhadas, quando necessário.

Garantir insumos, EPIs e recursos estruturais para prática de cuidados segura, integral e resolutive, em resposta às necessidades do usuário, baseados nas melhores evidências e de maneira satisfatória para o usuário e para o profissional.

Instituir processos de trabalho que favoreçam o desempenho das atribuições e competências da enfermeira da APS, a partir do planejamento das agendas, de forma a garantir espaços para a realização de consultas de enfermagem em todos os ciclos de saúde, considerando o tempo de consulta, realização de interconsultas, reuniões de equipe, apoio matricial, aplicação de estratégias de cuidado não farmacológicas e realização e planejamento de grupos comunitários.

Implementar ações de educação permanente relacionadas ao atendimento de enfermagem aos eventos agudos na APS, estimulando a autonomia deste profissional, ao instrumentalizar a equipe, através da atualização e divulgação das melhores práticas em saúde para atendimento das condições mais comuns na APS, e ao mesmo tempo, promovendo ações de educação continuada em relação a identificação e manejo em situações de emergência. É relevante alinhar as abordagens e condutas clínicas com os demais agentes envolvidos no cuidado com o usuário.

2.2 Gestores Municipais

Implementar e atualizar protocolos assistenciais de enfermagem municipais voltados para o atendimento aos eventos agudos na APS, que apoiem a prática e o papel da enfermagem neste espaço de cuidado.	Disponibilizar dispositivos tecnológicos, ampliando os recursos e procedimentos, para complementação do raciocínio clínico, durante a atuação da EPA no atendimento aos eventos agudos com base nos aspectos regulatórios profissionais.
Garantir a qualidade da infraestrutura das unidades de saúde, em relação à espaços planejados, inclusivos, e adequados para o desenvolvimento de um cuidado humanizado e digno, além de garantir a distribuição adequada de equipamentos, recursos e insumos necessários, de maneira a responder às necessidades locais de saúde.	Implantação de protocolos assistenciais ampliados, para atuação da EPA no município, para atendimento aos eventos agudos na APS.
Estimular a participação das enfermeiras nos espaços de discussão durante as tomadas de decisões estratégicas sobre o atendimento aos eventos agudos na rede.	
Promover e oportunizar treinamentos e recursos de acesso a evidências das melhores práticas em saúde, especialmente, em relação ao acolhimento e manejo de eventos agudos na APS.	
Instituir apoio técnico e possibilidade de matriciamentos com as especialidades, e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, para discussão de casos complexos, quando necessário.	
Estabelecer ferramentas de integração de todos os pontos da rede de atenção às urgências e emergências do município, ao implementar serviços de diferentes níveis de atenção de maneira estratégica, com a disponibilização de recursos adequados e ágeis de transporte entre os serviços em situações de emergências, e sistema de informação unificado.	
2.3 COSEMS	
Promover discussões e instrumentalizar os municípios para implantação e/ou implementação de protocolos assistenciais de enfermagem, para atendimento de demandas agudas na APS, de forma a promover uma prática ampliada e resolutive, de modo técnico e científico.	Promover fóruns de discussão para levantamento dos potenciais espaços de atuação da EPA na APS no Brasil, ao avaliar as necessidades e prioridades dos municípios, por meio da estratégia PEPPA Framework. Prover debates para formulação de Políticas Públicas em torno da implementação do EPA no Brasil.
Realização de diagnósticos situacionais acerca da atuação de enfermagem nos serviços da APS de cada município, identificando as fragilidades e potencialidades, traçando planos de ação para o fortalecimento desta força de trabalho, com base nos achados.	Participar das discussões e formulações sobre a atuação do EPA em APS no Brasil

2.4 Gestores Estaduais e CONASS

Ofertar consultoria técnica para o fortalecimento da enfermagem no atendimento aos eventos agudos, a partir das necessidades, potenciais e fragilidades regionais, nos diferentes contextos brasileiros.

Prestar serviços de consultoria e apoio técnico às lideranças e prestadores de saúde, para implementação da EPA nos municípios.

Subsidiar os municípios com instrumentos para organização dos insumos para a implantação e/ou implementação de protocolos de enfermagem assistenciais através de consultorias, além de apoiar na definição de um modelo assistencial de enfermagem para APS (teoria, papel, função, modelo de prática).

2.5 Gestores Federais

Fortalecer o papel e a prática de enfermagem na atenção aos eventos agudos na APS, ao realizar a revisão e atualização de políticas públicas para APS.

Garantir políticas públicas de recursos humanos, remuneração e formação adequadas ao enfermeiro de prática avançada, promovendo discussões e esclarecimentos sobre o EPA na APS, de modo a fortalecer e reconhecer este profissional como chave para a Política de Saúde no Brasil.

Desenvolver recursos tecnológicos que apoiem a prática da Enfermeira na APS, como plataformas de acesso rápido à conteúdos institucionais e fluxogramas de atendimento clínico, que possam ser utilizados durante a prática de enfermagem para consulta e inclusão de campo para inserção de diagnósticos de enfermagem, de maneira automatizada, nas plataformas oficiais de registros em prontuário.

Estimular a construção de programas de formação do EPA a partir de residências em área profissional, mestrados e doutorados profissionais.

Incorporar indicadores qualitativos e quantitativos que evidenciem os desfechos da assistência de enfermagem na APS, frente aos atendimentos aos eventos agudos.

Desenvolver protocolos assistenciais, em colaboração com especialistas e apoio técnico das instituições de enfermagem, contemplando a realização das práticas avançadas: autoridade para prescrição de medicamentos, solicitação de exames diagnósticos (laboratoriais e imagem), encaminhamentos para especialistas, atendimentos terapêuticos e autonomia para indicar tratamentos.

Facilitar ferramentas para o registro de Enfermagem em prontuário eletrônico conforme o raciocínio do Processo de Enfermagem, por meio de métodos ou templates que incluam os campos para a relação entre as etapas (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação) e facilite o acesso e busca de informações do usuário pela Rede de cuidado.

Promover debates e instrumentalizar tomadores de decisão sobre o papel avançado do enfermeiro na APS compreendendo que não é indicado a sobreposição de papéis (enfermeiros generalistas, enfermeiros clínicos especialistas, ou enfermeiros de práticas avançadas - a depender do cenário, o serviço pode se beneficiar mais com um ou outro papel)

Eixo 3. Prática Profissional

3.1 COFEN

Ajudar a fortalecer o papel da enfermeira neste cenário assistencial, divulgando o papel da enfermeira dentro da APS, através de ações publicitárias, junto às universidades e outras associações profissionais (ABEn, Sistema COFEN/COREN, Sindicatos e outras associações profissionais), a partir de veículos de informação, documentos técnicos e incentivos.

Produzir e apoiar a construção de documentos técnicos, diretrizes e recomendações que fundamentem a atuação da enfermagem no atendimento aos eventos agudos na APS, no sistema COFEN-COREN

Estabelecer estratégias para implementação do papel da EPA e sua regulação no Brasil, articulando ações com a esfera federal, além de fomentar e estimular pesquisas e discussões sobre o tema, no que se refere aos aspectos formativos, regulatórios e de prática assistencial deste profissional na APS.

Desenvolver e implementar normativas que favoreçam a ampliação de escopo de prática do EPA na APS nos atendimentos aos eventos agudos, considerando as prioridades de saúde loco regionais.