



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOSÉ DA PAZ OLIVEIRA ALVARENGA

**PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO ESTADO DA PARAÍBA:**
TEORIA, CRÍTICA, ABORDAGENS E CORRELAÇÕES COM A
ADVANCED NURSE PRACTICE (ANP)

Brasília – DF
Maio/2022

JOSÉ DA PAZ OLIVEIRA ALVARENGA

**PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO ESTADO DA PARAÍBA:
TEORIA, CRÍTICA, ABORDAGENS E CORRELAÇÕES COM A
ADVANCED NURSE PRACTICE (ANP)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Tema de Pesquisa: Modelo de Atenção e Gestão em Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, Saúde e Educação

Área de Concentração: Saúde Coletiva

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Brasília – DF
Maio/2022

JOSÉ DA PAZ OLIVEIRA ALVARENGA

**PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO ESTADO DA PARAÍBA:
TEORIA, CRÍTICA, ABORDAGENS E CORRELAÇÕES COM A
ADVANCED NURSE PRACTICE (ANP)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em 27 de maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)
Orientadora
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente
Universidade Federal Fluminense – UFF

Profa. Dra. Ana Suerda Leonor Gomes Leal
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília – UnB

Brasília – DF
Maio/2022

**Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

A473p ALVARENGA, José da Paz Oliveira
Prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba: Teoria, crítica, abordagens e correlações com a Advanced Nurse Practice (ANP). / José da Paz Oliveira ALVARENGA; orientador Maria Fátima de. SOUSA. - Brasília, 2022.
420 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, 2022.

1. Sistema Único de Saúde, 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Enfermagem. 4. Trabalho e Práticas de Enfermagem. 5. Prática Avançada de Enfermagem. I. SOUSA, Maria Fátima de., orient. II. Título.

CDU: 614(81)

*O importante não é aquilo que fazem de nós, mas o que nós
mesmos fazemos do que os outros fizeram de nós.*

Jean-Paul Sartre

*Recria tua vida sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz doces.
Recomeça.*

Cora Coralina

A ciência humana de maneira nenhuma nega a existência de Deus. Quando considero quantas e quão maravilhosas coisas o homem compreende, pesquisa e consegue realizar, então reconheço claramente que o espírito humano é obra de Deus, e a mais notável.

Galileu Galilei

A Deus,
*O Senhor é a minha força e o meu escudo; nele o meu
coração confia, e dele recebo ajuda.
Meu coração exulta de alegria, e com o meu cântico
lhe darei graças.*

Salmos 28:7

DEDICATÓRIA

Considero pertinente proceder à minha dedicatória com uma breve contextualização de meu processo de formação e minha trajetória acadêmico-profissional. Comecei a aprender a ler, a escrever e a dar os meus primeiros passos na pedagogia da vida com Maria Madalena, que traçava um modo de ensinar com amorosidade e leveza. Sempre muito sensível, tinha no seu olhar a esperança do esperar, de que a educação podia nos transformar.

Estudei com ela todo o meu primário. Mulher forte como muitas mulheres! Sua luta não era diferente da luta das mulheres de hoje. A educação de Maria Madalena me despertou para me tornar o professor que sou – o enfermeiro, o educador popular.

Muitas noites estudei à luz da lamparina, aquela que me acompanhava a cada livro que devorava; e ela estava lá – Maria Madalena –, aguerrida, amorosa e esperançosa. A essa mulher, que devo e posso chamar de mãe, de minha guardiã, por me acolher neste mundo, no seu ventre e na educação, gratidão, por tudo!

Que eu possa honrar como doutor minha trajetória, e que os meus descendentes possam respirar uma leveza na educação, um esperar de continuidade da vida que se forma através das letras.

À minha mãe,
Maria Madalena Alvarenga.
Ao meu pai,
Antônio da Costa Alvarenga.
Aos meus irmãos,
Tutu (Raimundo Nonato, *in memoriam*),
Eieia (Maria Violeta, *in memoriam*),
Guigui (Maria Magnólia),
Dó e Dão (Cosmo e Damião),
Ãiã (Maria Iolanda)
e César (Cesário).

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, minha orientadora – uma professora e pesquisadora por excelência! Meus agradecimentos pela orientação conduzida no decorrer de toda a realização de meu doutorado. Você é símbolo de sabedoria, competência técnica, ética e vontade política, sensibilidade, simplicidade e amabilidade. A amorosidade, o afeto e o acolhimento são também gestos e atitudes presentes nas suas relações com aqueles com quem convive. A pedagogia da amorosidade é uma ação constante no seu cotidiano acadêmico. Agradeço também a oportunidade de integrar a rede nacional de pesquisadores sob sua coordenação, com projetos que se desenvolvem no contexto da Atenção Primária à Saúde.

À Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça, da Universidade de Brasília (UnB), pela competência, solicitude, generosidade e disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos, sobretudo no que concerne aos estudos de métodos mistos de pesquisa, abordagem metodológica que adotamos nesta tese. Agradeço-lhe também pelo acolhimento no Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS) – possibilitando minha inserção em projetos de pesquisa nacionais sob sua liderança – e pela convivência afetuosa, pelo vínculo e pela amizade sólida que estabelecemos a partir do percurso vivido no doutorado.

À equipe da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (PPGCS/FS/UnB). Agradeço à Profa. Dra. Pérola de Oliveira Magalhães Dias Batista, coordenadora do referido programa, pela atenção.

A toda a equipe da Secretaria da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (SPGFS/UnB). Agradeço às Secretárias de Gestão Acadêmica, Maria Margarida Alves B. Alcântara e Bruna Fernandes, pela atenção, pela orientação e pelo compromisso acadêmico desde a matrícula inicial no curso de doutorado.

Às docentes da banca examinadora, Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem (Universidade de Brasília – UnB), Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (Universidade de Brasília – UnB), Profa. Dra. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (Universidade Federal Fluminense – UFF) e Profa. Dra. Ana Suerda Leonor Gomes Leal (Universidade Federal da Paraíba – UFPB), pela disponibilidade, pelas valorosas contribuições à minha tese e pela avaliação final para a defesa e a conclusão do doutorado.

À Profa. Dra. Carla Targino da Silva Bruno, da Universidade de Brasília (UnB), pelas importantes e necessárias contribuições durante o exame de qualificação.

À Profa. Dra. Márcia Rique Caricio, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), pela coordenação desta pesquisa no estado da Paraíba, e aos demais pesquisadores – professores e estudantes de pós-graduação e de graduação em Enfermagem da UFPB – que compuseram a equipe de execução da pesquisa no âmbito do estado.

Às enfermeiras e aos enfermeiros em atuação na Atenção Primária no estado da Paraíba, que aceitaram participar desta pesquisa em um momento tão difícil, vivenciando no cotidiano de trabalho a crise sanitária de covid-19, e que mesmo diante da sobrecarga de trabalho se disponibilizaram a colaborar, em uma demonstração de compromisso, reconhecimento e valorização da pesquisa científica.

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pelo apoio, incentivo e financiamento da pesquisa – uma demonstração de compromisso com a enfermagem e o reconhecimento de que as evidências desta pesquisa poderão contribuir na reorientação de normas, portarias, resoluções e outros documentos legais que norteiam a prática de enfermeiras e enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.

À equipe do Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS). Às pesquisadoras e pesquisadores Elizabeth Alves de Jesus, Natália Fernandes, Luana Dias, Pedro Vinicius Falcão, João Armando e João Paulo Fernandes da Silva; e às estudantes da graduação em Enfermagem da UnB e pesquisadoras de iniciação científica Nathália Silveira, Agatha Maria Teles Soares e Bianca Evellyn da Silva Santana, pelos conhecimentos e saberes compartilhados frente aos distintos projetos de pesquisa que integramos e pela convivência afetuosa em todos os momentos.

À equipe do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Ao seu atual coordenador, o Prof. Dr. Cláudio Lorenzo; à gestora de projetos, Andreia Cristina da Silva Cardial; e a Taináh Mota e Silva, pesquisadora e analista de projetos. Agradeço-lhes pela atenção, pela disponibilidade e pelo acolhimento institucional e pessoal.

À Profa. Dra. Rackynelly Alves Sarmiento, pesquisadora do NESP/UnB e do LabECoS, pelo trabalho estatístico realizado para esta pesquisa.

À amiga e enfermeira Ana Matisse Lavor Ferreira, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e a Luciano Malcher, por me acolherem em seu apartamento nos meus primeiros meses de permanência em Brasília no início do doutorado e por toda a atenção, o carinho e os sentimentos de verdadeira amizade.

Ao amigo e enfermeiro Suderlan Sabino Leandro, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, membro da equipe de pesquisadores do NESP/UnB e do LabECoS, pelas experiências e conhecimentos compartilhados.

A Yuri de Lavor, pelas contribuições frente ao trabalho de correção gramatical realizado nesta tese.

À Profa. Dra. Maria Bernadete Sousa Costa, do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (DENC/CSS/UFPB), por assumir de maneira formal e efetiva a condução de minhas disciplinas durante a realização de meu doutorado. Aos demais professores da área de Gestão e Atenção do Cuidado em Saúde do departamento que puderam colaborar, reitero meus agradecimentos.

Ao Departamento de Enfermagem Clínica (DENC/CSS/UFPB), no qual sou docente e que me acolhe como profissional da casa.

Ao Sr. Raimundo Nonato Araújo Nascimento, servidor técnico-administrativo da Universidade de Brasília (UnB), integrante da Secretaria de Patrimônio Imobiliário (SPI), Divisão de Manutenção dos Apartamentos de Trânsito (DMAT), responsável pela administração dos apartamentos de trânsito na Colina (condomínio residencial de servidores técnico-administrativos, professores e pesquisadores na UnB) pelo acolhimento, sempre atento e comprometido, de modo a proporcionar as melhores acomodações durante toda a minha estadia na UnB.

A Cleide da Gama – carinhosamente, Cleidinha (secretária de minha orientadora e da Profa. Dra. Valéria Mendonça) – pela atenção, afeto, carinho, cuidado e preocupação com meu bem-estar. Muitas vezes recebia suas ligações preocupando-se com minha alimentação e alertando-me sobre a necessidade de fazer caminhadas, dado o longo tempo de trabalho sentado em função da escrita da tese. Suas orientações do escalda-pés foram bastantes eficazes para ativar a circulação sanguínea, diminuindo o inchaço e o desconforto das pernas.

Às Sras. Maria das Dores Rodrigues da Silva (Ninha), Joelma Martins Canela e Maria Rufino Costa, por, sempre preocupadas em me proporcionar o melhor conforto, cuidarem semanalmente do apartamento onde residi na Colina, e pela atenção, zelo e afeto.

A todos(as), os meus sinceros agradecimentos!

Toda a minha gratidão ao universo!

RESUMO

ALVARENGA, José da Paz Oliveira. **Prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba**: Teoria, crítica, abordagens e correlações com a *Advanced Nurse Practice* (ANP). Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Orientadora. SOUSA, Maria Fátima de. Brasília, 2022. 420 p.

INTRODUÇÃO: A tese constitui um componente do estudo nacional multicêntrico “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos” voltado ao estado da Paraíba. **OBJETIVO:** Analisar, a partir da teoria, da crítica e das abordagens, a prática de enfermeiros(as) em atuação na APS da Paraíba, correlacionando-a à *Advanced Nurse Practice*. **MÉTODO:** Estudo de métodos mistos, abordagem que integra dados quantitativos e qualitativos. Desenvolvido na Paraíba, no âmbito da APS, nos serviços do modelo tradicional de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os do modelo da Estratégia Saúde da Família. Os participantes da quantitativa foram enfermeiros(as), enfermeiros(as) obstétricos(as), enfermeiros(as) sanitaristas e enfermeiros(as) da Estratégia Saúde da Família selecionados(as) junto à base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Do total de 1.635 enfermeiros(as), a amostra do componente quantitativo da pesquisa foi constituída por 462 profissionais. Para a pesquisa qualitativa, o critério de seleção foi feito de forma aleatória, tanto para os municípios quanto para os(as) enfermeiros(as). Os municípios foram selecionados segundo a classificação do IBGE em: intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente, rural remoto. A amostra qualitativa foi composta por 45 enfermeiros(as). Na coleta para pesquisa quantitativa adotou-se o questionário eletrônico, constituído de seis blocos de questões: (1) Identificação Pessoal; (2) Formação Profissional; (3) Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento; (4) Condições de Emprego, Trabalho e Salário; (5) Práticas Coletivas nas UBS/ESF; e (6) Práticas Individuais. Na pesquisa qualitativa, os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos foram processados através do *software* SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para Windows®, por meio de análise estatística descritiva e inferencial. No processamento e na análise dos dados qualitativos utilizou-se o *software* NVivo®. As categorias e subcategorias identificadas foram analisadas segundo a modalidade temática de Bardin. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tendo sido aprovado sob Parecer nº 619.308 e CAAE 20814619.2.0000.0030. Os(As) participantes da pesquisa assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** Predominância do sexo feminino, idade entre 36 e 40 anos, residência no município onde se trabalha, vínculo por concurso público, formação por instituições privadas, e cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização. O acesso às informações técnico-científicas relativas à APS/ESF foi confirmado por 88,1% dos(as) profissionais pesquisados(as). O principal meio de acesso sendo utilizado é *digital*, e as fontes governamentais representam o principal local onde as informações são acessadas. As condições de trabalho, emprego e salário foram marcadas por infraestrutura inadequada e falta de material, equipamento e insumos, registrando-se inclusive a falta de apoio dos gestores municipais. Existe carga horária excessiva, com sobrecarga de trabalho e salários incompatíveis. Pode-se inferir que no escopo de práticas desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) existem correlações com as práticas avançadas de enfermagem. Quanto às práticas coletivas, citam-se a classificação de riscos; a regulação (referência e contrarreferência) na perspectiva de redes de atenção integradas à saúde; e a articulação com profissionais de

saúde atuantes em outros níveis de atenção, tendo em vista que, na APS, o(a) enfermeiro(a) é o primeiro contato. Como práticas individuais que apresentam esta correlação identificaram-se a consulta de enfermagem; a solicitação de exames; a prescrição de medicamentos; a solicitação de exames laboratoriais e exames de imagens, como ultrassonografia. **CONCLUSÃO:** A autonomia exercida pelos(as) enfermeiros(as) participantes da pesquisa é importante para a APS/ESF no estado da Paraíba, sendo um dos fatores favoráveis para a melhoria das condições de saúde da população; além disso, as práticas desenvolvidas, apesar das adversidades que se apresentam no cotidiano de trabalho, são consideradas resolutivas.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde. Modelos de Atenção. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem. Trabalho e Práticas de Enfermagem. Prática Avançada de Enfermagem.

ABSTRACT

ALVARENGA, José da Paz Oliveira. **Nursing Practice in Primary Health Care in the State of Paraíba, Brazil:** theory, criticism, approaches and co-relations with the Advanced Nurse Practice (ANP). Thesis (PhD) – Post-Graduation Program in Health Sciences, Health Sciences College, Brasilia University. SOUSA, Maria Fátima de. Brasilia, 2022. 420 p.

INTRODUCTION: This thesis is a component of the national multicenter study “Nurse Practices in the Primary Health Care context (APS): National Mixed Methods Study”, towards Paraíba State. **OBJECTIVE:** Analysis from the critical, theoretical, as well as of the approaches point of view, of Nurses’ Practices in the State, thus co-relating it to the Advanced Nurse Practice. **METHOD:** Mixed Methods Study, quantitative and qualitative approaches. Developed in Paraíba, APS, in traditional Service Models of Primary Health Units (UBS), as well as the Family Health Strategies Models. Quantitative participants were male and female nurses, obstetricians, sanitarians, besides those from the Family Health Strategy selected from the Data Base of the National Health Establishments Registration. From total 1,635 nurses the sample of the research quantitative component was composed of 462 professionals. For the qualitative research, the selection criterion was randomly made, not only for municipalities, but for nurses as well. Municipalities were chosen according to IBGE qualifications: adjacent intermediary, remote intermediary, adjacent rural, and remote rural. The qualitative sample was composed of 45 nurses (male/female). In the quantitative data collection the electronic questionnaire was adopted, constituted by six question blocks: (1) Personal Identification; (2) Professional Education; (3) Information Management and Knowledge Translation; (4) Job, Work and Wage conditions; (5) Collective Health in UBS/ESF; e (6) Individual Practices. In the qualitative research, data were collected by means of a semistructured interview script. The quantitative data were processed thru the SPSS software (Statistical Package for the Social Sciences), 21.0 version for Windows R, by means of statistical, descriptive and inferential analysis. In qualitative data processing and analysis, the software NVivo r was used. The categories and subcategories identified were analysed according to Bardin’s thematic modality. The research project was submitted to the Ethics Committee in Research from the Health Sciences College at the Federal University of Brasilia and was approved under the Statement 619,308 and CAAE 20814619.2.0000.0030. The research participants have signed the Free and Clarified Agreement Term. **RESULTS:** Predominance of female sex, age 36-40, dwelling in work site, public worker, private institution education, post-graduation courses (lato sensu), specialization level. Access to technical scientific information related to APS/ESF was confirmed by 88.1% of the research professionals. The main access means used were the digital ones, and governmental sources represent the prevalent sites where the information was collected. Job, work and salary conditions were marked by inadequate infrastructures, in addition to the lack of materials, equipments and raw material, including of support on the part of municipal administrators. There is overload work, and also incompatible salaries among the category; one can infer that in the realm of practices developed by nurses there are co-relations with advanced nurse practices. As to the collective practices, one can mention the risks classifications; regulation (reference and counter reference) in the perspectives of networks of the health integrated care; and connections with health professionals acting in other levels of attention, as in the APS, the nurse is the first contact. As individual practices presenting this co-relation, one identified: nursing appointments, exams requests, medicine prescriptions, lab and image exams. **CONCLUS:** Autonomy exerted by nurses participating in the research is very important for the APSW/ESF in the State of Paraíba, and is one of the favourable factors to the

improvement of health conditions among the population; in addition, the developed practices, despite adversities present in daily work routine, are considered resolute.

DESCRIPTORS: Single Healthcare System (SUS). Health care models. Primary Healthcare. Family Health Strategy. Nursing. Nurse work and practices. Advanced Nurse Practice.

RESUMEN

ALVARENGA, José da Paz Oliveira. **Práctica de Enfermería en la Atención Primaria de Salud en la provincia de Paraíba**: Teoría, crítica, abordajes y correlaciones con la *Advanced Nurse Practice* (ANP). Tesis (Doctorado) – Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia. Tutor. SOUSA, María Fátima de. Brasilia, 2022. 420 p.

INTRODUCCIÓN: La tesis constituye un componente del estudio multicéntrico nacional “Prácticas de Enfermería en el Contexto de la Atención Primaria a la Salud (APS): Estudio Nacional de Métodos Mixtos” con foco en la provincia de Paraíba. **OBJETIVO:** Analizar, a partir de la teoría, la crítica y los enfoques, la práctica de los enfermeros que actúan en la APS de Paraíba, correlacionándola con la *Advanced Nurse Practice*. **MÉTODO:** Estudio de métodos mixtos, un enfoque que integra datos cuantitativos y cualitativos. Desarrollado en Paraíba, en el ámbito de la APS, en los servicios del modelo tradicional de Unidades Básicas de Salud (UBS) y del modelo de la Estrategia de Salud de la Familia. Los participantes cuantitativos fueron enfermeros, enfermeros obstetras, enfermeros sanitarios y enfermeros de la Estrategia de Salud de la Familia seleccionados de la base de datos del Registro Nacional de Establecimientos de Salud. Del total de 1.635 enfermeros, la muestra del componente cuantitativo de la investigación se constituyó de 462 profesionales. Para la investigación cualitativa, el criterio de selección se hizo de forma aleatoria, tanto para los municipios como para los enfermeros. Los municipios fueron seleccionados según la clasificación del IBGE, como: intermedio adyacente, intermedio remoto, rural adyacente y rural remoto. La muestra cualitativa se constituyó de 45 enfermeras. En la recolección para la investigación cuantitativa, se adoptó el cuestionario electrónico, compuesto por seis bloques de preguntas: 1) Identificación Personal; 2) Formación Profesional; 3) Gestión de la Información y Traducción del Conocimiento; 4) Condiciones de Empleo, Trabajo y Sueldo; 5) Prácticas Colectivas en UBS/ESF; y 6) Prácticas Individuales. En la investigación cualitativa, los datos fueron recolectados por medio de un guión de entrevista semiestructurada. Los datos cuantitativos fueron procesados mediante el *software* SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versión 21.0 para Windows®, mediante análisis estadístico descriptivo e inferencial. Se utilizó el *software* NVivo® para procesar y analizar datos cualitativos. Las categorías y subcategorías identificadas fueron analizadas según la modalidad temática de Bardin. El proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia y aprobado bajo el parecer n° 619.308 y CAAE 20814619.2.0000.0030. Los participantes de la investigación firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. **RESULTADOS:** Predominio femenino, edad entre 36 y 40 años, residencia en el municipio donde trabaja, contrato de trabajo, formación en instituciones privadas y posgrados *lato sensu* a nivel de especialización. El acceso a la información técnico-científica relacionada con la APS/ESF fue confirmado por 88,1% de los profesionales encuestados. El principal medio de acceso que se utiliza es el *digital*, y las fuentes gubernamentales representan el principal lugar desde el que se accede a la información. Las condiciones de trabajo, empleo y sueldo van desde la inadecuada infraestructura y falta de materiales, equipos e insumos, hasta la falta de apoyo de los gestores municipales. Hay carga de trabajo excesiva, sobrecarga de trabajo y sueldos incompatibles. Se puede inferir que hay correlaciones con las prácticas avanzadas de enfermería en el ámbito de las prácticas desarrolladas por los enfermeros. En cuanto a las prácticas colectivas, se menciona la clasificación de riesgo; la regulación (referencia y contrareferencia) desde la perspectiva de las redes integradas de atención en salud; y la articulación con los profesionales de salud que actúan

en otros niveles de atención, considerando que, en la APS, el enfermero es el primer contacto. Como prácticas individuales que presentan esta correlación, se identificó la consulta de enfermería; la solicitud de exámenes; la prescripción de medicamentos; la solicitud de exámenes de laboratorio y de imagen, como ultrasonido. **CONCLUSIÓN:** La autonomía ejercida por los enfermeros participantes de la investigación es importante para la APS/ESF en la provincia de Paraíba por ser uno de los factores favorables para la mejoría de las condiciones de salud de la población; además, las prácticas desarrolladas, a pesar de las adversidades que se presentan en el trabajo diario, se consideran resolutivas.

DESCRIPTORES: Sistema Único de Salud. Modelos de Atención. Atención Primaria de Salud. Estrategia de Salud de la Familia. Enfermería. Trabajo y Prácticas de Enfermería. Práctica Avanzada de Enfermería.

SOMMAIRE

ALVARENGA, José da Paz Oliveira. **Pratique infirmières en soins de santé primaires dans l'État de Paraíba**: théorie, critique, approches et corrélations *avec la pratique infirmière avancée* (ANP). Thèse (Doctorat) – Programme de troisième cycle en sciences de la santé, Faculté des sciences de la santé, Université de Brasília. Conseiller. SOUSA, Maria Fatima de. Brasília, 2022. 420 p.

INTRODUCTION: La thèse constitue une composante de l'étude nationale multicentrique "Pratiques infirmières dans le contexte des soins de santé primaires (SSP): étude nationale des méthodes mixtes" axée sur l'état de Paraíba. **OBJECTIF:** Analyser, sur la base de la théorie, de la critique et des approches, la pratique des infirmières travaillant en SSP à Paraíba, en la corrélant *avec la pratique infirmière avancée*. **MÉTHODE:** Étude à méthodes mixtes, une approche qui intègre des données quantitatives et qualitatives. Développé à Paraíba, dans le cadre des SSP, dans les services du modèle traditionnel des Unités de Santé de Base (UBS) et ceux du modèle de Stratégie de Santé Familiale. Les participants quantitatifs étaient des infirmières, des infirmières obstétricales, des infirmières sanitaires et des infirmières de la Stratégie de santé familiale sélectionnées à partir de la base de données du Registre national des établissements de santé. Sur un total de 1 635 infirmières, l'échantillon du volet quantitatif de la recherche était composé de 462 professionnels. Pour la recherche qualitative, le critère de sélection a été fait de façon aléatoire, tant pour les municipalités que pour les infirmières. Les municipalités ont été sélectionnées selon la classification IBGE comme suit : intermédiaire adjacent, intermédiaire éloigné, rural adjacent, rural éloigné. L'échantillon qualitatif était composé de 45 infirmières. Dans la collection pour la recherche quantitative, le questionnaire électronique a été adopté, composé de six blocs de questions: (1) Identification personnelle ; (2) Formation Professionnelle ; (3) gestion de l'information et application des connaissances; (4) Conditions d'emploi, de travail et de salaire ; (5) Pratiques collectives en UBS/ESF ; et (6) pratiques individuelles. Dans la recherche qualitative, les données ont été recueillies au moyen d'un scénario d'entrevue semi-structurée. Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), version 21.0 pour Windows®, par une analyse statistique descriptive et inférentielle. Le logiciel NVivo® a été utilisé pour le traitement et l'analyse des données qualitatives. Les catégories et sous-catégories identifiées ont été analysées selon la modalité thématique de Bardin. Le projet de recherche a été soumis au Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des sciences de la santé de l'Université de Brasília, après avoir été approuvé sous l'avis n ° 619.308 et CAAE 20814619.2.0000.0030. Les participants à la recherche ont signé la condition de consentement libre et éclairé. **RÉSULTATS:** Prédominance féminine, âge entre 36 et 40 ans, résidence dans la commune où l'on travaille, contrat de travail, formation dans des établissements privés, et formations post-universitaires *lato sensu* au niveau de la spécialisation. L'accès aux informations technico-scientifiques liées aux SSP/ESF a été confirmé par 88,1% des professionnels interrogés. Le principal moyen d'accès utilisé est le *numérique* et les sources gouvernementales représentent le principal lieu d'accès à l'information. Les conditions de travail, d'emploi et de rémunération étaient marquées par l'insuffisance des infrastructures et le manque de matériel, d'équipement et de fournitures, y compris le manque de soutien des responsables municipaux. Il y a une charge de travail excessive, avec une surcharge de travail et des salaires incompatibles. On peut en déduire que dans le champ des pratiques développées par les infirmières, il existe des corrélations avec les pratiques infirmières avancées. Quant aux pratiques collectives, la classification des risques est mentionnée ; la régulation (référence et contre-référence) dans la perspective des réseaux de santé intégrés ; et l'articulation avec les professionnels de la santé

travaillant à d'autres niveaux de soins, considérant qu'en SSP, l'infirmière est le premier contact. Comme pratiques individuelles présentant cette corrélation, la consultation infirmière a été identifiée; la demande d'examens; la prescription de médicaments; demander des tests de laboratoire et des tests d'imagerie, tels que des ultrasons. **CONCLUSION:** L'autonomie exercée par les infirmières participant à la recherche est importante pour le PHC/ESF dans l'état de Paraíba, étant l'un des facteurs favorables à l'amélioration des conditions de santé de la population; de plus, les pratiques développées, malgré les adversités qui surviennent dans le travail quotidien, sont considérées comme résolues.

DESCRIPTEURS: Système de santé unifié. Modèles attentionnés. Soins de santé primaires. Stratégie de santé familiale. Allaitement. Travail et Pratiques Infirmières. Pratique infirmière avancée.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. As cinco dimensões requeridas no processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família	66
Figura 2. Modelos de planos de formação para enfermeiro(as) de prática avançada.....	69
Figura 3. Conformação das macros e regiões de saúde do estado da Paraíba.....	84
Figura 4. Distribuição do quantitativo de enfermeiros(as) com atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) por unidade federativa	89
Figura 5. Card de divulgação da pesquisa	94
Figura 6. Card de divulgação da live da pesquisa com a participação da coordenadora da Estação Nordeste e dos coordenadores dos estados da região.....	94
Figura 7. Categorias e subcategorias analisadas segundo Bardin (2016).....	99
Figura 8. Fluxograma de desenvolvimento da análise segundo Bardin (2016)	100
Figura 9. Fluxograma do desenho do estudo.....	100
Figura 10. Distribuição de frequências das faixas etárias de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa segundo o sexo (Paraíba, Nordeste, Brasil)	106
Figura 11. Distribuição percentual das respostas de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa referentes à questão: “Você nasceu no município onde trabalha?” (Paraíba, Nordeste, Brasil).....	110
Figura 12. Distribuição proporcional de graduação em Enfermagem por natureza da instituição formadora segundo o ano de conclusão de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil).....	116
Figura 13. Nuvem de palavras ilustrando outra graduação além de Enfermagem realizada por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)	121
Figura 14. Distribuição de frequência das titulações concluídas por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)	122
Figura 15. Outras formas de acesso à informação técnico-científica utilizadas por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)	140
Figura 16. Frequência de leitura de enfermeiros(as) pesquisados(as) participantes da pesquisa quantitativa relativa às publicações sobre a APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil).....	147
Figura 17. Modalidades de cursos/aprimoramentos que enfermeiros(as) da APS/ESF informaram terem necessidade de realizar (Paraíba, Nordeste, Brasil).....	148

Figura 18. Distribuição de frequência do tempo de atuação de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil) *	170
Figura 19. Distribuição percentual dos mecanismos de ingresso de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)	171
Figura 20. Outras especialidades médicas na equipe de saúde da APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)	171
Figura 21. Distribuição percentual das respostas de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa referentes à pergunta: “A unidade básica de saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?” (Paraíba, Nordeste, Brasil)	172
Figura 22. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas à Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)	184
Figura 23. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas à Gestão da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)	193
Figura 24. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF relacionadas a Integralidade e Rede (Paraíba, Nordeste, Brasil)	202
Figura 25. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF relacionadas à Equidade (Paraíba, Nordeste, Brasil)	208
Figura 26. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas a Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde (Paraíba, Nordeste, Brasil)	216
Figura 27. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas ao Controle Social (Paraíba, Nordeste, Brasil)	218
Figura 28. Distribuição proporcional das diferentes dimensões das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil) (Exceto SR)	221
Figura 29. Distribuição percentual das práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo a dimensão Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)	227
Figura 30. Práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo a dimensão Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)	227
Figura 31. Distribuição percentual das práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo a dimensão Gestão da UBS e a escala de ocorrência (Paraíba, Nordeste, Brasil)	231
Figura 32. Nível de prioridade para ações individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF no âmbito da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)	236

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Atributos e funções da atenção primária à saúde	51
Quadro 2. Classificação das estratégias de uma pesquisa de métodos mistos e seu respectivo sistema de notação	80
Quadro 3. Quantitativo de municípios no Brasil, na Região Nordeste e no estado da Paraíba considerando-se as diferentes tipologias classificadas pelo IBGE.....	87
Quadro 4. Número de enfermeiros(as) selecionados(as) por município segundo a tipologia de classificação do IBGE (2017), em conformidade com o planejamento amostral (abordagem qualitativa). Seleção aleatória sem reposição dos municípios da pesquisa	88
Quadro 5. Frequências e percentuais de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa qualitativa quanto ao ano de conclusão da graduação, ao tipo de instituição e às pós-graduações <i>lato sensu</i> e <i>stricto sensu</i> distribuídos segundo a tipologia de municípios (Paraíba, Nordeste, Brasil)	114
Quadro 6. Caracterização das condições de salário e da renda familiar de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa qualitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)	172
Quadro 7. Práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(a) da APS/ESF segundo a dimensão Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)	226
Quadro 8. Práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo a dimensão Gestão da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)	230
Quadro 9. Artigos publicados durante o período do doutoramento com temas relacionados à atenção primária à saúde.....	266

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Detalhamento do cálculo amostral dos(as) enfermeiros(as) por tipologia dos municípios, segundo o IBGE (2017)	91
Tabela 2. Detalhamento do cálculo amostral dos municípios por região do Brasil	91
Tabela 3. Distribuição percentual dos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa em relação à amostra quantitativa do estado da Paraíba, tendo-se como parâmetro o Brasil e a Região Nordeste	95
Tabela 4. Distribuição de frequências e percentuais de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa quanto a sexo, raça/cor, faixa etária, religião e estado civil (Paraíba, Nordeste, Brasil).....	106
Tabela 5. Distribuição de frequências e percentuais de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa qualitativa quanto a sexo, raça/cor, morar no local onde trabalha e motivação pelo local de trabalho, de acordo com a tipologia dos municípios (Paraíba, Nordeste, Brasil)	108
Tabela 6. Distribuição de frequências e percentuais de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa quanto a residirem no município onde trabalham e aos anos de atuação na APS/ESF do município onde trabalham atualmente (Paraíba, Nordeste, Brasil)	109
Tabela 7. Variáveis que caracterizam o perfil da formação profissional de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes de pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)	112
Tabela 8. Formação acadêmica em nível de pós-graduações – residência, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado – realizadas por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil).....	125
Tabela 9. Caracterização do acesso à informação técnico-científica por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)	134
Tabela 10. Distribuição das variáveis de caracterização relacionadas às condições de emprego, trabalho e salário de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil) (Continua)	153
Tabela 11. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas à Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil).....	183
Tabela 12. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas à Gestão da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)	192
Tabela 13. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF relacionadas a Integralidade e Rede (Paraíba, Nordeste, Brasil).....	201
Tabela 14. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas a Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde (Paraíba, Nordeste, Brasil)	215

Tabela 15. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas ao Controle Social (Paraíba, Nordeste, Brasil).....217

Tabela 16. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF segundo as diferentes dimensões e variáveis de análise (Paraíba, Nordeste, Brasil)219

Tabela 17. Nível de prioridade para práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF no âmbito da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil).....236

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABEFACO – Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACE – Agente de Combate às Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Atenção Domiciliar

ANP – *Advanced Nurse Practice*

Apps – Aplicativos para dispositivos móveis

APS – Atenção Primária à Saúde

BNC-Formação – Base Nacional Comum para a Formação Inicial de Professores da Educação Básica

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAQDAS – Computer-aided Qualitative Data Analysis Software

CASAI – Casa de Saúde do Índio

CBCENF – Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CDS – Coleta de Dados Simplificada

CEAM – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Cartão Nacional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
Covid-19 – Doença do coronavírus
CP – Conselho Pleno
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTT – Composição Técnica do Trabalho
DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS
DCEnf – Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DENC – Departamento de Enfermagem Clínica
DESF – Departamento de Saúde da Família
DF – Distrito Federal
DMAT – Divisão de Manutenção dos Apartamentos de Trânsito
DNC – Doença de Notificação Compulsória
DOU – Diário Oficial da União
eAB – Equipe de Atenção Básica
eABP – Equipe de Atenção Básica Prisional
EAD – Educação a Distância
eCR – Equipe de Consultório na Rua
e-Gestor AB – Sistema de Informação e Gestão na Atenção Básica
EIP – Educação Interprofissional
EIPS – Educação Interprofissional em Saúde
EMAD – Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipes Multiprofissionais de Apoio
e-MEC – Sistema Eletrônico – Base de dados oficial dos cursos e Instituições de Educação Superior no Brasil
eMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ENF – Enfermeiro(a)
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EPA – Enfermagem de Prática Avançada
EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPS – Educação Permanente em Saúde

EPTNM – Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem

ERI – Estágio Rural Integrado

ERIP – Estágio Regional Interprofissional

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSFF – Equipe de Saúde da Família Fluvial

eSFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

ESP – Equipe de Saúde no Sistema Prisional

e-SUS APS – Sistema Eletrônico – Base de Dados da Atenção Primária à Saúde

e-SUS Atividade Coletiva – Aplicativo de registros das ações coletivas das equipes da Atenção Básica

e-SUS Território – Aplicativo de cadastramento e registros no território e de acompanhamento de visitas domiciliares de famílias

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FS – Faculdade de Ciências da Saúde

GINI – Índice de medida do grau de concentração de renda em determinado grupo populacional

GM – Gabinete Ministerial

GRS – Gerências Regionais de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDS – Índice de Desempenho Socioeconômico

IES – Instituição de Ensino Superior

IPQV – Índice de Perda de Qualidade de Vida

LabECoS – Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC – Ministério da Educação

MpB – Programa Médicos pelo Brasil

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NE – Nordeste
NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública
NHS – National Health Service
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB – Paraíba
PBF – Programa Bolsa Família
PCI – Práticas Colaborativas Interprofissionais
PCR – Reação de Cadeia da Polimerase
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PET-Saúde Interprofissionalidade – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde Interprofissional
PGR – Procuradoria-Geral da República
PICOT – População, Interesse, Comparador, Desfecho e Todos os Estudos
PL – Projeto de Lei
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.
PMM – Programa Mais Médicos
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNH – Política Nacional de Humanização
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PPC – Paridade de Poder de Compra
PPC – Projeto Pedagógico do Curso
PPGCS – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PPL – Pessoa Privada de Liberdade
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
QCRI – Qatar Computing Research Institute
QSR NVivo – Qualitative Solutions Research NVivo
QUAL – Estudo Qualitativo
QUAN – Estudo Quantitativo
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
ReBraUPS – Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde
RedEscola – Rede Brasileiras de Escolas de Saúde Pública
RIUPS – Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras de Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAARC – Associação para a Cooperação Regional da Ásia do Sul
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SASI-SUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SciELO – Scientific Electronic Library Online
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISHIPERDIA – Sistema de Informação sobre Hipertensão e Diabetes
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-Natal
SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPI – Secretaria de Patrimônio Imobiliário
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Tradução do Conhecimento
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação
TICS – Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde
TM – Trabalho Morto
TR – Reação de Transcriptase Reversa
TV – Trabalho Vivo
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidade da Federação
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB – Universidade de Brasília
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF – Unidade de Saúde da Família
USP – Universidade de São Paulo
VD – Visita Domiciliar
VISA – Vigilância Sanitária
VPI – Violência por Parceiros Íntimos
VPPI – Violência Provocada por Parceiros Íntimos
VS – Vigilância em Saúde
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	31
1 INTRODUÇÃO	38
2 OBJETIVOS	44
2.1 GERAL	44
2.2 ESPECÍFICOS	44
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	46
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	46
3.1.1 Contexto histórico	46
3.1.2 Abordagem conceitual	49
3.1.3 Atributos e funções	49
3.1.4 A APS no Brasil – a Estratégia Saúde da Família enquanto estratégia de organização.....	51
3.2 TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	54
3.3 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	62
3.4 PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	67
4 PERCURSO METODOLÓGICO	72
4.1 O MÉTODO	73
4.2 NATUREZA DO ESTUDO – MÉTODOS MISTOS	79
4.3 UNIVERSO DA PESQUISA	81
4.3.1 Estado da Paraíba.....	81
4.3.2 Universo da pesquisa quantitativa	86
4.3.3 Universo da pesquisa qualitativa	86
4.4 CENÁRIOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA	89
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	90
4.6 DESENHO AMOSTRAL.....	90
4.7 COLETA DE DADOS.....	92
4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS	96
4.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	101
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	104
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE ENFERMEIROS(AS) DA APS/ESF NO ESTADO DA PARAÍBA, NORDESTE, BRASIL	104

5.2	PERFIL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS(AS) DA APS/ESF NO ESTADO DA PARAÍBA, NORDESTE, BRASIL	112
5.3	GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO POR ENFERMEIROS(AS) DA APS/ESF NO ESTADO DA PARAÍBA, NORDESTE, BRASIL	129
5.3.1	Acesso à informação.....	131
5.3.2	Frequência de leitura técnico-científica.....	146
5.4	CONDIÇÕES DE EMPREGO, TRABALHO E SALÁRIO DE ENFERMEIROS(AS) DA APS/ESF NO ESTADO DA PARAÍBA, NORDESTE, BRASIL	151
5.5	O TRABALHO DE ENFERMEIROS(AS) DA APS NA PARAÍBA	182
5.5.1	Práticas coletivas desenvolvidas por enfermeiros(as) nas unidades básicas de saúde da APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)	182
5.5.2	Práticas individuais desenvolvidas por enfermeiros(as) nas unidades básicas de saúde na APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)	224
6	ARTIGOS PUBLICADOS	266
6.1	ARTIGO 1	267
6.2	ARTIGO 2	293
7	EVIDÊNCIAS DO ESTUDO E AS CORRELAÇÕES COM A ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA NA APS	323
	REFERÊNCIAS	339
	APÊNDICE 1 – Protocolo de pesquisa <i>scoping review</i>: Tema – Modelos de formação em saúde	370
	APÊNDICE 2 – Protocolo de pesquisa <i>scoping review</i>: Tema – Prática avançada de enfermagem.....	372
	APÊNDICE 3 – Protocolo de pesquisa <i>scoping review</i>: Tema – Práticas de enfermagem na atenção primária em países com sistemas universais de saúde.....	374
	APÊNDICE 4 – Instrumento de coleta de dados: pesquisa quantitativa (questionário eletrônico).....	376
	APÊNDICE 5 – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	395
	APÊNDICE 6 – Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa	397
	APÊNDICE 7 – Plano de análise qualitativa	399
	APÊNDICE 8 – Protocolo de análise qualitativa e de codificação das entrevistas.....	404
	APÊNDICE 9 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	406
	ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	410
	ANEXO 2 – Comprovante de submissão do artigo, requerida para a defesa da tese (submetido à revista <i>Saúde em Debate</i>).....	420

APRESENTAÇÃO

O interesse pela realização deste estudo, que traz como tema central as “Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde”, decorreu, em especial, da minha trajetória acadêmica-profissional enquanto docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em que desenvolvo atividades de ensino nas áreas de Gestão dos Serviços de Atenção à Saúde e outras disciplinas afins, inseridas no contexto da formação de enfermeiros(as) e outros profissionais da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Juntou-se a isso minha integração em programas, núcleos e redes de formação no campo de saúde coletiva e saúde pública.

No contexto da formação multiprofissional, registra-se minha participação no Programa de Estágio Rural Integrado (ERI), atualmente Estágio Regional Interprofissional no Sistema Único de Saúde (ERIP/SUS), uma estratégia de inserção de estudantes em campos de estágio nos serviços de saúde em municípios do estado da Paraíba, junto à Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse programa exerci funções de supervisão e tutoria de estudantes para orientação e atuação nos cenários de práticas, tendo sido também vice-coordenador e posteriormente coordenador do mesmo programa.

Entre 2014 e 2019, exerci a função de coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (NESC/CCS/UFPB), um espaço estratégico nas respostas às demandas exigidas pelo setor saúde quanto à formação e à qualificação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS). Coordenar o NESC foi uma importante experiência no que concerne às contribuições frente ao processo de qualificação de profissionais e gestores dos SUS na Atenção Primária à Saúde (APS).

No mesmo período de coordenação do NESC/CCS/UFPB, integrei, como membro do Grupo de Condução, a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola), vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). A partir de 2018, passei a compor também o Grupo de Condução da Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde (ReBraUPS), representado a UFPB junto à Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS). Vale registrar que a criação da ReBraUPS deu-se por iniciativa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB), quando da gestão da Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

No campo da extensão universitária com interface ensino-pesquisa, registram-se experiências em projetos e programas com atividades que se inserem no contexto da APS, tendo como referência as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os território de atuação das equipes da

Estratégia Saúde da Família. No contexto da extensão universitária, integrei projetos interinstitucionais com municípios das Regiões Norte, Nordeste e Sudeste do país, com ênfase nas ações de promoção da saúde e formação de multiplicadores em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvidas especialmente em comunidades vulneráveis em municípios daquelas regiões.

Essas e outras vivências justificam minha aproximação e identificação com o tema que desenvolvemos nesta tese, o qual se insere no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Esta pesquisa constitui um extrato da pesquisa “Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mitos”, que teve investimentos e incentivos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e foi desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) e pelo Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS) da Universidade de Brasília (UnB), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), tendo seu lançamento pré-oficial no *22º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF)*, de 2019 em, Foz do Iguaçu, Paraná.

A pesquisa começou a ser desenvolvida oficialmente em fevereiro de 2020, ano declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o Ano Internacional da Enfermagem. Celebrava-se então o bicentenário do nascimento de Florence Nightingale – a precursora da enfermagem no mundo. Para além de uma comemoração dos 200 anos da enfermagem, esse foi também um momento de comemorar o trabalho dos aguerridos profissionais, que representam a maior força de trabalhadores da saúde.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN)¹ defendeu que 2020 fosse mais do que um ano de celebração; conclamava ser um momento para que governos e sistemas de saúde agissem e se comprometessem a sustentar a capacidade, a aptidão e o empoderamento da profissão de enfermagem para atender às crescentes demandas e necessidades de saúde de indivíduos e comunidades. Além disso, o conselho reconhecia que, sem a profissão de enfermagem, milhões de pessoas em todo o mundo não poderiam frequentar serviços de saúde de qualidade, seguros e acessíveis.

O ICN, reconhece que a enfermagem representa o maior grupo de profissionais de saúde, os quais prestam a grande maioria dos cuidados, principalmente na Atenção Primária à

¹ ICN. Consejo Internacional de Enfermeras. Directrices de Enfermería de Práctica Avanzada. CIE - Consejo Internacional de Enfermeras. 3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza. 2020. Disponível em: https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN_APN-Report_ES_WEB.pdf.

Saúde (APS). Assim, defende que os investimentos na equipe de enfermagem alcancem melhorias significativas nos resultados dos pacientes.

No Brasil, o ano de 2020 foi também um ano propulsor na defesa da melhoria de condições de trabalho para a enfermagem, visto que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), além de sindicatos e trabalhadores da enfermagem, impulsionaram a luta pela conquista e aprovação do piso salarial das categorias que formam essa valorosa profissão – trata-se, aqui, do PL nº 2564/2020, aprovado no Senado em novembro de 2021 e aprovado na Câmara Federal em 4 de maio do corrente ano de 2022. Ressalte-se que tal projeto ainda precisa ser sancionado pelo presidente da república.

Nossa pesquisa se desenvolveu no bojo do cenário de celebração dos 200 anos da enfermagem, na efervescência de um movimento de luta dos profissionais por melhores condições de salário e trabalho. Neste contexto, as entidades e as corporações da enfermagem brasileira tentam resgatar o PL nº 2.295/00, que “Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem”, e reivindicam a aprovação da jornada de 30 horas semanais – projeto que tramita no Congresso Nacional há mais de 20 anos, ainda sem aprovação.

A pesquisa foi realizada também no momento mais crítico que a atual geração de trabalhadores da enfermagem pôde vivenciar: a crise sanitária da pandemia da covid-19. A pandemia ajudou a reafirmar a necessidade de melhorias dos serviços de saúde, investimentos, (re)estruturação, adequação de ambientes de trabalho, melhoria das condições de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, para que estes pudessem enfrentar a crise sanitária instalada e assim tivessem reais condições de desenvolver suas práticas coletivas e individuais, ajudando a salvar vidas das pessoas e suas próprias vidas. Tristemente, a pandemia da covid-19 já ceifou quase 700 mil vidas no Brasil e, dentre essas vidas, muitas de nossos(as) enfermeiros(as) se foram.

Faz-se aqui uma breve reflexão do momento vivido no enfrentamento à pandemia da covid-19:

*Coração acelerado
Respiração rápida
Aperto no peito
“Estou contaminado?”
Passarei de cuidador a paciente cuidado?”*

Esta preocupação virou rotina

*Homenagens e aplausos na janela
Não podem ensurdecer
Prantos e gritos de socorro
De toda uma classe que anseia
Mais do que tudo por salvar vidas.*

Bianca Santana, Nathálya Silveria e Marina Franzoi²

Em meio a tudo isso, convivemos com o governo Bolsonaro, pessimamente avaliado por seu desempenho frente à pandemia (Data Folha, 2022, <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/04/cai-reprovacao-a-gestao-de-bolsonaro-contracovid-diz-datafolha.shtml>). Basta averiguarmos publicações de jornais e institutos de pesquisa.

O presidente brasileiro, segundo pesquisa, chegou inclusive a executar uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”, tendo sido acusado de fomentar “sabotagens para retardar ou mesmo frustrar o processo de vacinação” contra a covid-19 no país, de acordo com o que publicou o jornal espanhol *El País* em uma de suas edições de 2021, destacando a tese de um grupo de 352 notáveis, formado por juristas, economistas, intelectuais e artistas, que solicitaram à Procuradoria-Geral da República (PGR) a abertura de uma ação criminal contra Bolsonaro no Supremo Tribunal Federal (STF) (*EL PAÍS*, 2021, <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>).

Como se não bastasse, no crítico momento da crise sanitária convivemos também com o negacionismo. No entanto, o *Jornal da Universidade de São Paulo* (USP), em uma publicação intitulada “A ciência contra o negacionismo”, destacou que o negacionismo científico e o obscurantismo intelectual do governo federal tiveram ao menos um efeito colateral positivo – um despertar da comunidade científica para a importância da comunicação com a sociedade. O texto ressalta que foi notável o aumento da participação de pesquisadores e acadêmicos na divulgação da ciência e no combate às *fake news* no decorrer da pandemia, tanto pelos meios tradicionais de comunicação (servindo como fontes de informações confiáveis para a imprensa, por exemplo) quanto por iniciativas pessoais nas redes sociais (JORNAL DA USP, 2021, <https://jornal.usp.br/ciencias/a-ciencia-contrao-negacionismo/>).

² Poema extraído do livro *Sentimentos na pandemia: vozes da enfermagem*, Iniciativa do projeto de extensão Mentoria Estudantil em Enfermagem, da Universidade de Brasília. A coletânea reúne poesias e textos feitos por docentes e alunos do curso de Enfermagem da UnB. FRANZOI, M. (Org.) **Sentimentos na pandemia: vozes da enfermagem**. Brasília: Oxente, 2021.

Nesse crítico cenário, nós, enquanto acadêmicos pesquisadores, continuamos a produzir e traduzir conhecimentos científicos. No que concerne ao desenvolvimento desta pesquisa, contamos com a participação de enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde (APS), que, mesmo em um momento no qual se viam com as maiores sobrecargas de trabalho, se disponibilizaram a colaborar, respondendo ao questionário eletrônico de forma remota e participando das entrevistas com seus discursos e narrativas sobre as práticas de enfermeiros(as) na APS.

Dessarte, a pesquisa foi desenvolvida, e, a partir de seus resultados, esta tese se organizou, compondo-se das seguintes partes:

1. Introdução: Inicia-se destacando a enfermagem como um componente central da APS, indispensável na promoção do acesso e da cobertura universal de saúde. Segue contextualizando a prática de enfermagem na APS e identifica alguns elementos que ajudam a configurar a problemática existente no cotidiano de trabalho dos profissionais; aponta também avanços da profissão, a exemplo da inovação em âmbito internacional da adoção da *Advanced Nurse Practice* (ANP), ou Enfermagem de Prática Avançada (EPA), a qual está associada ao aumento e à melhoria da cobertura e do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Destaca-se também, nas entrelinhas do texto introdutório, a justificação da pesquisa. Esta parte inicial encerra-se com a formulação de três perguntas de pesquisa que nortearam o desenvolvimento da tese;

2. Objetivos: O objetivo geral foi analisar, a partir da teoria, da crítica e das abordagens, a prática de enfermeiros(as) em atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) do estado da Paraíba, correlacionando-a à *Advanced Nurse Practice* (ANP). Na seção, são apresentados também os objetivos específicos da pesquisa.

3. Fundamentação teórica: Descreve a APS em seu contexto histórico, a abordagem conceitual, os atributos e as funções e comenta a APS no Brasil, bem como a Estratégia Saúde da Família enquanto estratégia de organização do primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). A fundamentação teórica, em sua descrição e contextualização, contempla ainda o trabalho e o processo de trabalho, ancorados nos pressupostos da teoria de Marx. Aborda o processo de trabalho em saúde e o processo de trabalho de enfermagem na APS. Nesse contexto, busca fazer um diálogo com diversos autores, a exemplo de Antunes (2005), Donnangelo, (1975), Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992, 1994), Maria Cecília Puntel de Almeida (1997), Peduzzi (2002), Peduzzi e Schraiber (2009), Ayres (2015), Merhy e Franco (2008), dentre outros. Como finalização, traz ao debate o tema da Prática Avançada de Enfermagem na APS e as iniciativas e discussões que apontam para a perspectiva de sua implantação e implementação no Brasil.

4. Percurso metodológico: O método do estudo sustenta-se no materialismo histórico-dialético de Marx. Nesta parte da tese, a partir da descrição da natureza do estudo – métodos mistos de pesquisa –, são descritas as demais as etapas necessárias para sua operacionalização, contemplando a definição do universo de pesquisa, do cenário e dos participantes, dos critérios de inclusão e exclusão, do desenho amostral, da coleta de dados, do processamento, da análise e dos procedimentos éticos.

5. Resultados e discussão: Os resultados do estudo são organizados, apresentados, discutidos e analisados, dispondo as evidências encontradas no que concerne às práticas de enfermeiros(as) que atuam na APS/ESF no estado da Paraíba. Tais resultados estão fundamentados nos referenciais científicos de estudos de base nacional e internacional, bem como em legislações federais, portarias, resoluções protocolos, normativas ministeriais e do COFEN e do COREN, protocolos e outros documentos municipais e estaduais pertinentes ao tema da pesquisa.

Esta parte da tese contempla: o perfil profissional, considerando o perfil sociodemográfico e o perfil de formação; a gestão da informação e tradução do conhecimento, com ênfase no acesso à informação e na frequência de leitura técnico-científica; e as condições de emprego, trabalho e salários. Ao final, discute-se o trabalho de enfermeiros(as) da APS na Paraíba com base nas evidências das práticas coletivas e individuais, a partir de suas distintas dimensões e variáveis de análise.

6. Artigos publicados: Identificam-se os artigos publicados por nós ao longo do período de doutoramento, tanto como primeiro autor quanto como coautor.

7. Conclusão, a qual denominamos “**Evidências do estudo e as correlações com a Enfermagem de Prática Avançada na APS**”: Após todos os componentes que constituem a tese, estão apresentadas as referências utilizadas, considerando-se todos os autores citados, e ao final estão relacionados apêndices e anexos.

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é reconhecidamente um componente central na Atenção Primária à Saúde (APS), exercendo uma função indispensável no alcance dos objetivos da estratégia global para o acesso à saúde e a cobertura universal de saúde (OPAS, 2018).

Ferreira *et al.* (2020), referenciando Thumé *et al.* (2018), destacam o crescimento exponencial da enfermagem no campo da APS e afirmam que, somando conhecimentos, habilidades e atitudes para atuação em diversas áreas, como atenção, gestão, ensino, pesquisa e controle social, os(as) enfermeiros(as) vêm assumindo um importante papel no processo de consolidação da APS, sobretudo por seu potencial inovador, criativo e versátil.

De acordo com Ferreira, Périco e Dias (2018), a enfermagem é uma prática profissional socialmente relevante e historicamente determinada, e faz parte de um processo coletivo de trabalho cuja finalidade é produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político-social do setor saúde.

A prática de enfermagem, antes mesmo do século XIX, já era voltada às famílias, possuindo origem e finalidade de cunho comunitário. Historicamente, um dos marcos importantes para a prática de enfermagem foi a adoção dos princípios da APS, cuja imagem-objetivo seria a construção social de saúde para todos (SOUSA, 2000).

Para Matumoto (2011) *apud* Ferreira, Périco e Dias (2018), a prática do(a) enfermeiro(a) na APS brasileira é compreendida como uma prática social, uma vez que se realiza a partir das necessidades sociais de saúde – que se dão em um momento histórico – e se constitui e se transforma na dinâmica das relações com outras práticas sociais que compõem o cenário do Sistema Único de Saúde (SUS).

A prática de enfermagem na APS possui as dimensões assistencial e gerencial, voltadas para o indivíduo – refletidas na produção do cuidado de enfermagem e na gestão de projetos terapêuticos – e para o coletivo, por meio do monitoramento da situação de saúde da população e do gerenciamento da equipe de enfermagem e dos serviços de saúde. Sua função essencial é prestar assistência às pessoas, às famílias e às comunidades, desenvolvendo atividades para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde (BONFIM *et al.*, 2012; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018; NAUDERER; LIMA, 2008).

Somada às duas dimensões apresentadas, podemos acrescentar a dimensão do ensino, por compreendermos e reconhecermos a importância do fazer pedagógico exercido pelos(as) enfermeiros(as) no contexto da APS nas preceptorias de estudantes e profissionais em processo de formação e qualificação, bem como nas ações de educação em saúde direcionadas ao

indivíduo, à família e aos grupos comunitários, contribuindo na integração entre ensino, serviço e comunidade.

Sendo assim, reconhecemos que o escopo da prática de enfermagem na APS e a efetividade das ações desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) têm impacto na resolutividade das necessidades de saúde das populações em suas diferentes áreas de atuação, frente às desigualdades existentes.

Nesse contexto, são inúmeros os problemas e os desafios existentes nas diversas localidades do país, tais como pobreza, falta de saneamento, processos de adoecimento e altos índices de registros de doenças diarreicas, parasitárias, transmissíveis, infecciosas; além disso, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), dentre outras, são cada vez mais incidentes nos diversos municípios brasileiros.

Lima (2015) afirma que as desigualdades existentes nas diversas regiões do país têm obstruído muitas vezes o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, consistindo em um dos desafios para o atendimento das demandas colocadas pelos usuários quanto à saúde, às ofertas assistenciais e aos problemas relativos ao acesso e à iniquidade na oferta de serviços.

De acordo com Sousa (2007a) e Mendes (2009) as desigualdades em saúde não são passíveis de serem equacionadas exclusivamente no âmbito do SUS, dados seus determinantes políticos, econômicos, sociais e ambientais. Assim sendo, concordamos com as autoras supracitadas em que as equipes profissionais atuantes na APS devem ser dotadas de capacidade para superar o modelo médico-assistencial hegemônico e assumir sua função social, podendo então interferir nos determinantes sociais e políticos da saúde de modo a contribuir para a efetivação de uma política pública universal.

Para vencer esses desafios no contexto da APS, reconhecemos que os serviços de saúde contam com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de outras estratégias que integram profissionais de saúde, possibilitando inclusive serviços de referência e contrarreferência de maneira a contribuir para o acesso ampliado aos serviços, com vistas à resolutividade dos problemas mais prevalentes nas comunidades.

No entanto, temos que concordar com Oliveira *et al.* (2017) quando afirmam que no Brasil não existe um planejamento definido das necessidades de recursos humanos em saúde, situação que se reflete na escassez de médicos. Evidencia-se assim a má distribuição no que se refere a zonas geográficas, o que acarreta a escassez desses profissionais na APS.

Em vista de tal escassez, há evidências de que enfermeiros(as) têm assumido, na maioria das vezes, a assistência aos usuários, buscando garantir o acesso aos serviços de saúde, e que em muitos locais são eles(as) os(as) únicos(as) profissionais que atendem diretamente a

população. Essa realidade implica sobrecargas de atividades no trabalho do(a) enfermeiro(a), ocasionando a sobreposição de papéis na prática de enfermagem, dada a ausência de outros profissionais na equipe.

Estudos revelam que o(a) enfermeiro(a), ao tomar para si uma diversidade de atribuições, inclusive pertencentes a outras categorias, acaba adentrando o espaço de competências de outros profissionais, o que fomenta o distanciamento com o seu núcleo do saber-fazer e, conseqüentemente, a sensação de que os(as) profissionais dessa categoria, em determinadas situações, não se veem nem mesmo como enfermeiros(as) (FERNANDES *et al.*, 2018). Evidencia-se assim uma problemática relacionada à sua identidade profissional.

Ferreira, Périco e Dias (2018) constataam a existência de dificuldades e limites nas práticas de enfermeiros(as) na APS do Brasil; dentre as inúmeras situações observadas, destacam: sobrecarga de trabalho com atividades administrativas, gerenciais e de apoio ao funcionamento do serviço de saúde; limitação da prática clínica na APS devido à organização da demanda espontânea e à infraestrutura; falta de reconhecimento do trabalho clínico no âmbito da organização e da gestão dos serviços; vínculo empregatício precário, que leva à rotatividade dos(as) profissionais, gerando sobrecargas de trabalho para os(as) que permanecem, fragilização dos processos de trabalho e comprometimento do vínculo com a população atendida e da qualidade da assistência, bem como gasto de tempo e energia com o treinamento dos novos(as) profissionais.

Apesar dos inúmeros problemas observados, não se pode deixar de destacar os avanços dos(as) enfermeiros(as) no exercício de suas práticas no contexto da APS, práticas essas definidas na Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/86, (BRASIL, 1986) –, em portarias regulamentadoras do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), e orientadas em documentos técnicos do Ministério da Saúde.

Sobre esses avanços, registram-se, em especial, os relacionados à evolução técnica na realização de ações de cuidado para as populações, consultas e prescrições de atendimento a grupos específicos, prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde, além de outras ações efetivas na resolutividade das necessidades dos usuários.

Podemos considerar que no contexto da APS os(as) enfermeiros(as), por meio de suas capacidades de gestão, organização e acompanhamento dos cuidados prestados, na promoção da saúde e na adesão terapêutica, contribuem eficazmente na resolutividade dos cuidados relacionados ao estilo de vida do indivíduo, da família e da comunidade em seus processos de adoecimento.

Há de se reconhecer que a realidade da população coloca os(as) enfermeiros(as) diante de situações complexas, que exigem atuação qualificada no atendimento às necessidades de saúde. No momento atual, temos que considerar o cenário de enfrentamento da crise sanitária decorrente da pandemia da covid-19, a qual instituiu um novo fazer na prática de enfermagem também no contexto da APS.

Assim, é válido registrar o que evidenciam Ferreira *et al.* (2020). A partir de relatos de experiência, os autores analisam que “a atuação das enfermeiras na APS em resposta à situação da pandemia da covid-19 tem se dado com muita competência, especialmente seu papel educativo, de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos [...]” (FERREIRA *et al.*, 2020, p. 20).

Ademais, acredita-se que, com as crescentes demandas de serviços e tecnologias em saúde, os(as) enfermeiros(as) buscam inovar em suas ações e atividades no contexto da APS. Quanto à inovação da prática de enfermagem, registra-se no âmbito internacional a adoção da *Advanced Nurse Practice* (ANP), ou Enfermagem de Prática Avançada (EPA), que, surgindo no Canadá e nos Estados Unidos da América, vem sendo desenvolvida em diferentes países e está associada ao aumento e à melhoria da cobertura e do acesso dos usuários aos serviços de saúde (ICN, 2014).

Acreditamos que a análise da prática de enfermagem a partir da atuação dos(as) enfermeiros(as) na APS nos possibilitará compreender como esses(as) profissionais vêm desenvolvendo suas atividades no atendimento às necessidades de saúde da população, buscando a resolutividade dos problemas localmente observados.

Assim, entendemos ser possível evidenciar correlações com a enfermagem de prática avançada a partir da inovação e da implementação da prática desses(as) profissionais frente às atuais demandas de ações e tecnologias em saúde e enfermagem e às adversidades que se apresentam no cotidiano de trabalho nos diferentes municípios e regiões do país.

A presente pesquisa é um componente do estudo nacional multicêntrico “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”, e se apresenta como um recorte do estudo no estado da Paraíba. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a construção de marcos normativos que garantam a autonomia dos(as) enfermeiros(as), com a utilização de protocolos específicos para assegurar a qualidade e a segurança do atendimento à população. Nessa perspectiva, também contribuirá para aquilo que propõe o estudo nacional, no sentido de reorientar a elaboração de normas, portarias, resoluções e outros documentos legais norteadores da prática de enfermagem na APS.

Diante do exposto, e tendo como objeto de estudo a prática de enfermagem no contexto da APS³, elaboramos as seguintes perguntas norteadoras:

1. Quais são as evidências observadas sobre as práticas de enfermeiros(as) desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), no estado da Paraíba, analisadas à luz da teoria, da crítica e das abordagens científicas?

2. Como se desenvolvem as práticas de enfermeiros(as) na Atenção Primária à Saúde (APS) do estado da Paraíba?

3. A partir da análise e convergências dos resultados quantitativos e qualitativos, as práticas de enfermeiros(as) desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) do estado da Paraíba, correlacionam-se à *Advanced Nurse Practice* (ANP)?

Em busca de respostas a esses questionamentos, apresentamos a seguir os objetivos da pesquisa.

³ Embora seja comumente usado no Brasil o termo “Atenção Básica” (AB), nesta tese utilizaremos o termo “Atenção Primária à Saúde” (APS), de acordo com o que preconiza a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde. Essa portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, em seu art. 1º, parágrafo único, destaca que a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas na referida portaria.

2. OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar, a partir da teoria, da crítica e das abordagens científicas, a prática de enfermeiros(as) em atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) do estado da Paraíba, em correlação à *Advanced Nurse Practice* (ANP).

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação profissional de enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito dos municípios do estado da Paraíba;
- Contextualizar os cenários de atuação de enfermeiros(as) na Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios pesquisados no estado da Paraíba com base na classificação urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto;
- Correlacionar as práticas desenvolvidas por enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios do estado da Paraíba segundos as ações coletivas e individuais, em suas respectivas dimensões, com a prática avançada de enfermagem;
- Produzir documento técnico-científico sobre a prática de enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde (APS) do estado da Paraíba como contribuição pedagógica para a academia, gestores do SUS e corporações de enfermagem.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

3.1.1 Contexto histórico

A história da Atenção Primária à Saúde (APS) tem início em 1920, oito anos após a criação do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, quando foi divulgado um texto oficial (*Lord Dawson of Penn*, 1920) que distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Entre os três níveis

[...] foram propostos níveis formais e estabelecidas as funções de cada um. Isso foi a base para formular o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção. (STARFIELD, 2002, p. 30)

Em referência ao Relatório Dawson (1920), que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde, Mendes (2015, p. 29) e Mendes *et al.* (2019 p. 29) identificam, dentre os níveis do sistema, os serviços domiciliares e os serviços suplementares, e destacam que esse clássico relatório descreveu as funções de cada nível de atenção, bem como as relações que deveriam existir entre eles. Os autores consideram que o referido documento representa o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde, organizados com base na saúde da população.

Sobre os serviços domiciliares, o Relatório Dawson destaca:

Os serviços domiciliares de um determinado distrito seriam baseados em um Centro de Saúde Primário – instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva a serem realizados pelos clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o auxílio de visitantes, consultores e especialistas. Os Centros de Saúde Primários variam em tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais e de acordo com sua situação na cidade ou no país [...]. (PENN *et al.*, 1920, p. 3)

No que se refere aos serviços suplementares, descreve:

Certos serviços complementares seriam uma parte necessária do esquema. Estariam em relação aos Centros de Saúde Primário e Secundário, muitas vezes atenderiam a uma ampla área e exigiriam equipes especiais. Incluiriam provisões para pacientes que sofrem de doenças como tuberculose, doenças mentais, epilepsia, certas doenças

infecciosas e para aqueles que precisam de tratamento ortopédico. (PENN *et al.*, 1920, p. 3)

É importante considerar o que enfatiza Oliveira Júnior (2014): o Relatório Dawson esboçava a ideia de atenção primária como uma forma de organização dos sistemas de saúde, contrapondo-se ao modelo flexeneriano americano (Relatório Flexner, publicado em 1910), curativista, biologicista, que se pautava na clínica individual de alto custo e baixa resolutividade.

Portela (2017) entende que as propostas contidas no Relatório Dawson inauguraram um conjunto de dimensões ainda centrais nas discussões contemporâneas acerca da organização de sistemas de saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), como a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais. Mendes (2015, p. 29) e Mendes *et al.* (2019 p. 29), citando Lakhani *et al.* (2007), registram que, no período do início dos anos 1920 ao final dos anos 1970, ocorreram vários movimentos que levaram à APS, e ressaltam que movimentos muito importantes foram a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção do médico generalista, embrião da medicina de família e comunidade.

Desde a *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, realizada em Alma-Ata, em 1978, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Atenção Primária à Saúde (APS) foi considerada o paradigma mais apropriado para o alcance da “Saúde para Todos”. Ela é definida na Declaração de Alma-Ata como o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e das comunidades com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Ainda de acordo com a Declaração de Alma-Ata:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. (OMS, 1978, p. 1)

Starfield (2002, p. 28) afirma que

A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas [...]. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, [...] aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002, p. 28)

A Declaração de Alma-Ata conclamou por justiça social e propugnou por saúde para todos e pela superação das desigualdades sociais entre países e no interior dos países; além disso, difundiu uma concepção abrangente de APS como a base de sistemas de saúde de acesso universal e cuidado integral (FIOCRUZ; CNS, 2018).

Nos anos 1980, na América Latina, segundo Conill e Fausto (2007), citados por Giovanella (2009), a abordagem seletiva de APS foi preconizada por agências multilaterais, tornando-se hegemônica a implementação de uma cesta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade. Entretanto, a autora, fazendo referências à WHO (2008), esclarece que posteriormente países da região passaram a desenvolver políticas para fortalecer a APS como estratégia de organização dos serviços e promoção da equidade em saúde, renovando uma abordagem abrangente de atenção primária.

Starfield (2002, p. 19) destaca que, em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial da Saúde adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Esses princípios constam na Carta de Lubliana, publicada em 1996, a qual propõe que os sistemas de atenção de saúde sejam

[...] dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e direcionados para a atenção primária. (STARFIELD, 2002, p. 19-20)

A APS está enraizada no compromisso com a justiça social e a equidade e no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde, conforme ressaltado no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]” (OPAS, 2019).

3.1.2 Abordagem conceitual

A APS surgiu como estratégia para o alcance dos princípios do sistema de integralidade, equidade e universalidade da saúde, imprescindíveis aos sistemas de proteção social. Pode ser definida como um conjunto de ações individuais ou coletivas situadas no primeiro nível de atenção e cujo intuito é promover e proteger a saúde e prevenir doenças e agravos, realizando o tratamento com base nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (SOUSA, 2014).

A APS foi definida com uma abordagem ampliada, sustentada pela integralidade em saúde, a qual deve ser pensada “enquanto um termo plural, ético e democrático, agregador de um conjunto de práticas que representem valores a serem exercitados no dia a dia” (FELISBERTO *et al.*, 2011 *apud* LEAL, 2014, p. 17).

O conceito de APS tem sido repetidamente reinterpretado e redefinido. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma definição coesa baseada em três componentes (OPAS, 2019):

1. Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção;

2. Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores;

3. Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas.

3.1.3 Atributos e funções

A APS, enquanto estratégia de organização dos sistemas de saúde, representa um modelo de mudança da prática dos profissionais de saúde, orientando-se através de seus

atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e de seus atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Mendes *et al.* (2019), com base em Starfield (2002), concordam em que só haverá uma APS de qualidade quando os seus atributos forem operacionalizados em sua totalidade, e destacam que:

- O *primeiro contato* implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para o qual se procura atenção à saúde;
- A *longitudinalidade* constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;
- A *integralidade* significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças;
- A *coordenação* denota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde;
- A *orientação familiar* impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar;
- A *orientação comunitária* significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários;
- A *competência cultural* convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

De acordo com os autores supracitados, a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e desempenhar algumas funções. O quadro a seguir apresenta os atributos e as funções da APS.

Quadro 1. Atributos e funções da atenção primária à saúde

ATRIBUTOS ESSENCIAIS	FUNÇÕES
Atenção ao primeiro contato	Resolubilidade Comunicação Responsabilização
Longitudinalidade	
Integralidade	
Coordenação	
ATRIBUTOS DERIVADOS	
Orientação familiar	
Orientação comunitária	
Competência cultural	

Fonte: Adaptado de Mendes (2019) e Starfield (2002)

A APS é entendida como uma função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação. Como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolve a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. Trata-se de um modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na APS, com garantia de atenção integral (GIOVANELLA, 2008).

Para Kemper *et al.* (2018), a APS é parte do sistema integrado de cuidados em saúde e de desenvolvimento econômico e social, reduzindo iniquidades em saúde, promovendo a participação social e contribuindo na garantia do direito à saúde.

3.1.4 A APS no Brasil – a Estratégia Saúde da Família enquanto estratégia de organização

A partir do que asseguram os autores supracitados, e em concordância com Campos (1994), entende-se que, para se discutir a APS, faz-se necessário estabelecer relações com o sistema de saúde como um todo. No Brasil, mesmo com todos os limites e os problemas que se

apresentam em nosso sistema de saúde, temos que reconhecer que este é socialmente superior ao modelo médico tradicional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita o direito universal à saúde, independentemente de questões econômicas, sociais, culturais, religiosas, raciais ou étnicas; pode organizar as práticas em saúde a partir das necessidades sociais, que são evidenciadas pelas demandas individuais e coletivas; e tem capacidade de realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em busca de práticas resolutivas que garantam a integralidade da atenção na cadeia organizativa do sistema (CAMPOS, 1994).

Ressalte-se que no Brasil, com SUS, regulamentado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a APS está organizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma prática de atenção e cuidado em que a família é entendida a partir do seu território de vida e convivência social e as ações de saúde são desenvolvidas em áreas de abrangência previamente definidas, com adscrição da clientela a ser atendida.

Para melhor compreendermos a ESF, é importante rememorarmos o que destaca Sousa (2000) ao afirmar que, em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como elemento transitório para a formatação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, visando, enquanto estratégia setorial, à reorientação do modelo assistencial brasileiro. A mencionada autora reconhece que a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial.

Na visão de Sousa (2000), o PSF assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Também lhe compete humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando esta ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.

De acordo com Sousa (2008), o PSF se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Ao fazer referência à portaria do Ministério da Saúde - Portaria/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, que aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica no SUS”, a referida autora destaca que seus princípios organizativos revelam-se nos seguintes objetivos:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, resolutiva, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social.

Lançado como programa em 1994, o PSF foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde. A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Sua implantação segue abrindo tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e um *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS com a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004):

A evolução do PSF, agregando vários atores técnicos e políticos e demonstrando ter potencial transformador, possibilitou-o configurar-se no final da década de 1990 como uma estratégia, tendo sido implantada na maioria dos municípios brasileiros. (LEAL, 2014, p. 19)

Com base nas Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde (BRASIL, 2006b), a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) na maioria dos municípios brasileiros tem papel fundamental para a saúde do país, devido ao potencial de efetivar a implementação dos fundamentos da APS e dos princípios do SUS. Desse modo, o

Pacto pela Vida definiu como prioridade consolidar e qualificar a ESF como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (LEAL 2014).

É importante registrar que a APS no SUS sustenta-se no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família, com equipe multiprofissional de base territorial e abordagem de cuidado individual e coletivo, constituindo o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde e o início de um processo contínuo de atenção em uma rede integral regionalizada de serviços. Esse foi o posicionamento de representantes brasileiros durante a *Global Conference on Primary Health Care*, ocorrida em 2018, em Astana (FIOCRUZ; CNS, 2018).

Os representantes brasileiros na *Global Conference on Primary Health Care* afirmaram ainda que, no nosso país, os avanços na APS para o acesso universal são inegáveis, com ampliação da oferta, facilitação do acesso e maior disponibilidade de serviço de procura regular (fonte usual do cuidado), expressos na atuação de mais de 41 mil equipes de saúde da família presentes em 5.400 municípios, com população coberta estimada de mais de 130 milhões de pessoas. Assim, tais representantes reconhecem que, no Brasil, a APS é o coração do sistema universal de saúde.

3.2 TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho é considerado o fundamento antropológico das relações econômicas e sociais em geral.

Karl Marx

O conceito filosófico de trabalho desenvolvido por Marx abarca o todo da existência do homem; relaciona-se à práxis fundamental da espécie humana, implicando uma união essencial entre homem e objetividade. Por meio do trabalho, o homem empreende a construção prática de um mundo objetivo ao mesmo tempo que desenvolve a si mesmo enquanto indivíduo, de tal modo que produz e reproduz sua existência material, vital e espiritual (SANTOS, 2014 *apud* TEIXEIRA, 2014).

Cruz (2017, p. 242) considera que o trabalho “é a base econômica que determina as formas políticas, jurídicas e o conjunto das ideias que existem em cada sociedade, tendo como consequência a transformação da sociedade a partir de mudanças na base econômica”.

Para Marx, a base da sociedade, assim como a característica fundamental do homem, é o trabalho. É *do e pelo* trabalho que o homem se faz homem e constrói a sociedade; é pelo trabalho que o homem transforma a sociedade e faz história. O trabalho torna-se categoria essencial que lhe permite não apenas explicar o mundo e a sociedade, o passado e sua própria

constituição, mas também antever o futuro e propor uma prática transformadora, propor como tarefa construir uma nova sociedade (ANDERY, 2012).

Na visão da autora supracitada, o trabalho está na base de todas as relações humanas, determinando e condicionando a vida, e se apresenta como uma atividade humana intencional, que envolve formas de organização, objetivando a produção dos bens necessários à vida humana. Entende-se que essa organização implica uma dada maneira de dividir o trabalho necessário à sociedade e é determinada pelo nível técnico e pelos meios existentes para o trabalho, ao mesmo tempo que os condiciona.

A forma de organizar o trabalho determina também a relação entre os homens, inclusive quanto à propriedade dos instrumentos e dos materiais utilizados e à apropriação do produto do trabalho. As relações de trabalho – a forma de dividi-lo, organizá-lo –, ao lado do nível técnico dos instrumentos de trabalho, dos meios disponíveis para a produção de bens materiais, compõem a base econômica de uma dada sociedade (ANDERY, 2012).

Buscando o entendimento sobre a teoria marxiana, concordamos com Teixeira (2014) em que Marx buscou compreender a essência do trabalho realizando uma crítica àqueles que concebiam a produção material a partir da existência da propriedade privada e da divisão do trabalho como elementos dados. Nessa concepção, o processo não é contemplado, uma vez que o que deveria ser explicado é tido como ponto de partida.

Marx afirma que

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio [...]. *Os momentos simples do processo de trabalho são, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios.* (MARX, 2017, p. 555-556, grifo nosso)

O trecho acima, transcrito do primeiro volume de *O capital*, nos revela a concepção marxiana do trabalho, evidenciando que o seu processo se dá a partir da relação entre o homem e a natureza; o homem, “com ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida” (MARX, 2017, p. 55-556).

Nesse contexto, e com base na teoria marxista, o processo do trabalho possui três componentes: *o trabalho*, atividade orientada para superar uma necessidade; *o material ou objeto do trabalho*; e *os instrumentos de trabalho*, como os meios de produção. Esses componentes são etapas de um todo – o trabalho –, e somente assim o processo se desenvolve, se realiza.

Antunes, (2005, p. 67), destaca que

“[...] a história da realização dos seres sociais, ao longo de seu processo de desenvolvimento, histórico-social, sabemos, objetiva-se por meio de produção e reprodução da existência humana. Para isso, os indivíduos, iniciam um ato laborativo básico, desenvolvido pelo processo de trabalho. É a partir do trabalho em sua realização cotidiana que o ser social, distingue-se de as formas pré-humanas.” (ANTUNES, 2005, p. 67)

Quando se estuda o trabalho humano, de acordo com Antunes, (2005), é fundamental resgatar a distinção feita por Marx (1971) entre trabalho *concreto* e trabalho *abstrato*. Todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano igual, ou *trabalho humano abstrato*, gera valor de mercadorias. Por outro lado, o trabalho é dispêndio de força de trabalho do homem sob forma especificamente adequada a um fim, e nessa qualidade de *trabalho concreto* produz valores de uso.

O autor ressalta que, deixando-se de lado o caráter útil do trabalho, sua dimensão concreta, resta-lhe ser apenas o dispêndio de força humana produtiva, física ou intelectual, socialmente determinada – caracterizando assim a dimensão abstrata do trabalho, o trabalho abstrato, em que desaparecem as diferentes formas de trabalho concreto.

Para Frigotto, (2009), o trabalho não se reduz à atividade laborativa ou emprego, mas contempla a produção de todas as dimensões da vida humana. Ele se apresenta como uma atividade que responde à produção dos elementos necessários e imperativos à vida biológica dos seres humanos como seres ou animais evoluídos da natureza; concomitantemente, porém, responde às necessidades de sua vida intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva. Trata-se de necessidades que, por serem históricas, assumem especificidades no tempo e no espaço. O autor supracitado, fazendo referências a Lukács, (1978), ressalta que o trabalho não pode ser confundido com as formas históricas que assume – trabalho servil, escravo e assalariado.

De acordo com Dejours (2004), existem controvérsias no campo da sociologia, da economia, da ergonomia, da psicologia e da engenharia, que se fiam em concepções muito diferentes de trabalho. Na opinião do autor, para alguns trata-se antes de tudo de uma relação

social (do tipo relação salarial); para outros, trata-se sobretudo do emprego; para outros, ainda, trata-se de uma atividade de produção social etc.

Historicamente são observadas diferentes maneiras pelas quais o ato de trabalhar foi concebido. Nas premissas tayloristas-fordistas, o foco eram os aspectos físicos e fisiológicos; mais recentemente, com o advento das empresas flexíveis e enxutas, agregaram-se também aspectos mentais e cognitivos. No primeiro caso, o importante seria entender as capacidades humanas para conseguir controlar as possibilidades de retorno através do esforço físico – desprovido de pensamento – pautado na gestão dos gestos e dos movimentos. Buscava-se assim conhecer os limites, as possibilidades de garantir a produção por meio da mecânica humana colocada à disposição de sistemas de produção (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2011, p. 11-12).

Sznelwar, Uchida e Lancman (2011, p. 12) afirmam que, com a evolução da tecnologia, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, a questão da inteligência passa a ser entendida crescentemente como a capacidade do trabalhador de dar conta daquilo que as máquinas e os artefatos exigem dele e de garantir o funcionamento do sistema. Caracteriza-se assim o início do reconhecimento de que há algum tipo de pensamento, de inteligência nas pessoas que poderia ser útil para o processo produtivo do trabalho.

No âmbito da saúde, os primeiros estudos sobre o processo de trabalho em saúde fundamentam-se na filosofia e nas ciências sociais; seus autores buscaram compreender e intervir sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Destaca-se Donnangelo, que objetivou averiguar se, com as transformações no modo de produção da atenção à saúde no Brasil, ocorria subordinação ao trabalho liberal, analisando para isso o trabalho médico em instituições de saúde de capital privado ou estatal. Suas análises apresentaram inferências sobre modificações na prática de profissionais (CAMPOS, 2010; DONNANGELO, 1975).

Mendes Gonçalves (1992), a partir da análise das práticas de saúde, identifica os elementos do trabalho: *objeto*, *meios* e *finalidade*. O autor entende que o *objeto* não se delimita por si mesmo, devendo, portanto, ser delimitado e desprendido pelo sujeito, o qual deve ter uma visão direcionada para um resultado; os *meios* representam um conjunto de coisas que o trabalhador insere entre o objeto de trabalho e si, de modo a direcionar a atividade sobre o objeto; e a *finalidade* é compreendida como a vontade do trabalhador, o fim que deseja alcançar:

O conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos

centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009)

Entendemos que, na saúde, o processo de trabalho é mais bem compreendido a partir do pensamento de Mendes Gonçalves, o que nos remete à sua valiosa obra sobre a teoria do processo de trabalho em saúde, um aporte teórico indispensável aos estudos sobre o processo de trabalho em saúde e, quiçá, acerca do trabalho na APS, uma vez que a construção de sua teoria se dá a partir de suas investigações em unidades básicas de saúde.

Segundo Ayres (2015), Mendes Gonçalves partiu da consubstancialidade tecnossocial das práticas de saúde e desenvolveu um quadro conceitual que, a partir de premissas do materialismo histórico e do estruturalismo genético, forneceu bases consistentes e profícuas para uma ampla gama de estudos no campo da saúde, notadamente na construção do campo da saúde coletiva no Brasil. Ayres destaca, de um lado, seu esforço por trazer a história, em sua materialidade radical, para dentro do pensamento social em saúde; de outro, sua determinação de fazê-lo sem nunca perder de vista o sentido ético desse resgate histórico e da práxis científica de modo geral.

As análises da organização tecnológica do trabalho em saúde realizadas por Mendes Gonçalves ajudaram a consolidar a construção teórica sobre o processo de trabalho em saúde. Ayres (2015) observa que, nesse estudo, foi identificada a polarização dos saberes operados concretamente nas unidades de saúde em torno de duas modalidades de racionalidade aplicada: a *clínica* e a *epidemiologia*, de modo a demonstrar como esses polos abstratos estão relacionados a processos de trabalho que implicam objetos, instrumentos e finalidades estruturalmente interdependentes, mas diversos o suficiente para sancionar ou obstaculizar diferentes perspectivas subjetivas e projetos tecnopolíticos em confronto na organização da atenção à saúde no país.

Nesse sentido, Ayres entende que o estudo da organização tecnológica do trabalho em saúde constitui uma potente crítica tanto ao empobrecimento da incorporação da racionalidade epidemiológica à atenção básica/*atenção primária à saúde*, em que ela teria um papel fundamental a cumprir, quanto à proposição de ações voltadas à saúde coletiva insensíveis à importância da racionalidade clínica na construção de práticas efetivamente capazes de dialogar com as populações e suas necessidades de saúde. Assim, tal estudo desconstrói o tecnicismo conservador, que autonomiza e polariza as duas esferas de saber, e aponta para a integração clínico-epidemiológica como um horizonte de superação de compreensões individualistas, naturalizadoras e tecnocráticas da organização tecnológica da atenção primária.

Peduzzi e Schraiber (2009) destacam que, no processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994) analisou a presença de instrumentos materiais e não materiais, sendo os primeiros os equipamentos, o material de consumo, os medicamentos, as instalações e outros, e os segundos, os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais e que, além disso, constituem as ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. Convém salientar que esses saberes são também aquilo que permite a apreensão do objeto de trabalho.

Peduzzi (2002) destaca que a categoria com que Mendes Gonçalves (1994) trabalhou diligentemente foi a *tecnologia*, e que, segundo o autor, o conceito de tecnologia não se resume ao conjunto de instrumentos materiais de trabalho, concebidos usualmente como instrumental dado *a priori* e fundamentado cientificamente; refere-se, sim, ao conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social. A tecnologia, destaca-se, é concebida como uma modalidade de organização do trabalho e como um saber.

Desse modo, assim como Peduzzi *et al.* (2011), compreendemos que o processo de trabalho em saúde é constituído pelos objetos de trabalho, que resultam de recortes técnico-sociais na leitura das necessidades de saúde, sobre as quais, por sua vez, incidem as ações dos diferentes profissionais, mediadas por instrumentos materiais e não materiais. Tal dinâmica integra os processos específicos de cada área que compõe o campo da saúde, pois cada uma constitui, histórica e socialmente, objetos de intervenção, instrumentos – em particular os saberes –, agentes e finalidades próprias.

O debate em torno do processo de trabalho, segundo Merhy e Franco (2008), tem se mostrado extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora, em particular quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho. Esses autores chamam atenção ao fato de que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços; e compreendem que isso se faz sobretudo reestruturando os processos de trabalho e potencializando o que classificam como “trabalho vivo em ato” e a valise das relações como fonte de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde. Assim, os autores definem o trabalho feito em ato como *trabalho vivo em ato* e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto, como *trabalho morto*.

Essa compreensão sobre trabalho vivo e trabalho morto concebida pelos autores tem fundamentos nos pressupostos da teoria marxiana, como se pode constatar em *O capital* (MARX, 2017) e em *Teorias da mais-valia* (MARX, 1987).

Merhy e Franco (2008) afirmam:

O ‘trabalho vivo em ato’: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. (MERHY; FRANCO, 2008, p. 430)

Entende-se haver uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidado, potencializada pela constatação de que o trabalho em saúde se dá sempre em um encontro, mediado por certa ética do cuidado. O elemento humano é central, garantindo o caráter produtor do cuidado; isto é, o modelo assistencial não se configura por uma determinação, por um fora que se institui, mas por atos de produção imanentes ao próprio processo de trabalho, gerados pelos trabalhadores em relação (FRANCO; MERHY, 2012).

O encontro entre Trabalho Morto (TM) e Trabalho Vivo (TV) no interior do processo de trabalho reflete certa correlação entre eles no núcleo tecnológico do cuidado. A essa correlação chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

Assim, Merhy e Franco (2008) reconhecem que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho. Podem-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas).

Os autores acima referenciados classificam a existência de três tecnologias do trabalho em saúde: *tecnologias leve-duras* – categoria na qual se encontram os instrumentos; *tecnologias duras* – representadas pelo saber técnico estruturado; e *tecnologias leves* – representadas pelas relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato. Assim, eles explicam que, na produção do cuidado, o enfermeiro, técnico da saúde, utiliza-se dessas três valises, arranjando-as de modos diferentes conforme seu modo de produzir cuidado, e enfatizam: o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato; e a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato, na saúde, expressa-se como processo de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que representa, em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e portanto quem pode, com seu interesse

particular, publicizar as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do trabalho em saúde.

De acordo com Merhy e Franco, (2008), pode haver a predominância da lógica instrumental; processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras.

Neves (2008) afirma que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato. Merhy (2002) mostra que ele não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer a produção. Ressalte-se que o ato clínico em saúde se dá em meio à existência efetiva do trabalho vivo em ato, e desse modo implica uma imprevisibilidade que impossibilita, fora do encontro, marcar a subsunção de um polo sobre outro, de uma valise sobre outra, pois ele é construído pela ação territorial dos atores em cena, “no ato intercessor do agir em saúde”.

Campos (2010) considera o trabalho em saúde uma práxis. Como em toda práxis, é impossível operar sem algum grau de saber acumulado, sem teorias, métodos e técnicas previamente experimentadas. Entretanto, cabe ao profissional, à equipe responsável por cada caso clínico ou sanitário, construir um novo modo de agir com base tanto no saber estruturado quanto no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura; ou seja, caber-lhe-ia adaptar o saber tecnológico ao contexto singular.

Segundo Peduzzi (2002), no debate contemporâneo sobre as mudanças no mundo do trabalho está o questionamento da categoria “trabalho” e de sua potencialidade explicativa ou como fonte de compreensão da realidade. A título de esclarecimento, a autora defende a necessidade de considerar as novas características da produção e ressituar o trabalho no universo da práxis humana, questionando sua centralidade na conformação da sociedade.

No entendimento da autora, a reestruturação do trabalho não implica desconsiderar a categoria “trabalho” como recurso teórico e analítico que permite a apreensão de certos aspectos da realidade, realidade essa que não se reduz à dimensão do trabalho ou a qualquer outra dimensão possível ao curioso olhar humano. Ela acrescenta que a ressalva cabe em especial ao trabalho em saúde – talvez até pelo fato de que, contraditoriamente, a categoria “trabalho” nunca se tenha aplicado completamente à saúde – e enfatiza: a peculiaridade da ação intrínseca à dimensão “trabalho” fez com que o uso dessa categoria iluminasse, por analogia, o trabalho social típico do campo da saúde.

Registra-se que, segundo Nogueira (2002), citado por Peduzzi e Schraiber (2009), a partir dos anos 90 um conjunto de questões novas constitui um divisor de águas para a reflexão e os estudos sobre o processo de trabalho em saúde: por um lado, aparecem questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e à regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, surgem as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação que envolve a relação profissional-usuário ou as relações entre os profissionais.

A integralidade implica o compromisso com uma atenção resultante de práticas direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Refletindo a partir de Paim (2008) e Passos (2011), entendemos que, ao adotarmos o princípio da integralidade como solução para os problemas de saúde, e ao pensarmos as ações integrais, devemos conceber o processo de trabalho; é preciso pensar onde estão envolvidas essas atividades. Assim, compreendemos que, enquanto o processo de trabalho em saúde organiza os meios de trabalho (instrumentos), os modelos assistenciais orientam as ações (saberes). Nesse sentido, pode-se entender a atenção em saúde como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas.

3.3 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito de processo de trabalho em saúde foi desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico desde o início dos anos 1980; no entanto, passa a ser utilizado em estudos de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde, a exemplo da área de enfermagem. Na enfermagem, Peduzzi e Schraiber (2009), fazendo referência a Almeida e Rocha (1986), destacam que as análises sobre o processo de trabalho têm origem nos estudos de Maria Cecília Puntel de Almeida, defendidos em 1984.

A pioneira nos estudos do processo de trabalho na enfermagem analisou *o saber de enfermagem e sua dimensão prática*, e sua produção constituiu um marco para a enfermagem brasileira no que se refere tanto ao quadro teórico e metodológico quanto à possibilidade de

reconhecimento de um conjunto de questões complexas que caracterizam a área. Nesse estudo, a autora adotou o referencial marxista do trabalho, permitindo analisar a enfermagem como prática social e parte do processo de divisão do trabalho em saúde, e de modo articulado com as demais práticas e o modo de organização da sociedade capitalista (SCOCHI; MISHIMA; PEDUZZI, 2015).

As autoras acima mencionadas, com base em Almeida e Rocha (1997), relatam que as análises do estudo de Maria Cecília Puntel de Almeida permitiram identificar um conjunto de contradições do processo de trabalho de enfermagem, tais como a centralidade da execução de técnicas numa prática que se diz caracterizada pelo cuidado e o predomínio da gerência na atuação do(a) enfermeiro(a). Tal situação expressa a divisão do trabalho “interna” à enfermagem, a qual reproduz um parcelamento orientado por tarefas, e não pelas necessidades de cuidado dos pacientes e das famílias.

A análise do saber e da prática da enfermagem, na perspectiva histórico-social, permitiu compreender a inserção e o significado social da profissão, como também seus conflitos e suas contradições. Essa compreensão buscava privilegiar a perspectiva da enfermagem enquanto prática social e suas relações com outras instâncias da estrutura social, visando a apreender sua definição e seu significado. Com esse objetivo, o estudo adotou como modelo de análise o trabalho e seus componentes (agente, objeto, atividade, instrumentos, finalidade) para dar destaque às relações internas e externas à prática e, principalmente, ao *saber da enfermagem* enquanto instrumento; dessa forma, analisou os diversos modelos da prática da enfermagem historicamente desenvolvidos (ROCHA, 1986).

O enfoque teórico que fundamentou os primeiros estudos sobre o processo de trabalho em enfermagem contribuiu no entendimento da formação profissional em enfermagem, de sua inserção no mercado de trabalho, bem como dos determinantes sociais e políticos da atuação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem na rede de serviços de saúde. As análises sobre *o trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva*, apoiadas no conceito de organização tecnológica do trabalho, permitiram estudar em profundidade a organização do trabalho de enfermagem e de saúde no interior dos serviços e da rede de atenção à saúde, abarcando a lógica ou a racionalidade que fundamenta as ações de cuidado e de gestão e as lacunas decorrentes de sua fragmentação (SCOCHI; MISHIMA; PEDUZZI, 2015).

Em nossa compreensão, os estudos de Maria Cecília Puntel de Almeida configuram também um marco referencial para as análises do *processo de trabalho de enfermagem na APS*.

O processo de trabalho em enfermagem é formulado com base na teoria marxista; o trabalho é concebido como transformação da matéria pela mão do ser humano num *continuum* dinâmico em que ambos sofrem alterações. Assim, reafirma-se que o trabalho é decorrente das necessidades do ser humano (SANNA, 2007).

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes (ROCHA; ALMEIDA, 2002).

Conforme esclarecem Forte *et al.* (2019), a enfermagem, na composição do trabalho em saúde, precisa ser entendida como um trabalho específico e de importância social ímpar, para que o resultado de suas atividades também seja compreendido em sua complexidade.

Já evidenciamos que a compreensão do desenvolvimento do processo de trabalho implica necessariamente considerar os seus três componentes: objeto, meios e finalidade, assim classificados por Marx (2017) e Mendes Gonçalves (1992). Sanna (2007), a partir das análises de Gomes *et al.* (1997) sobre a dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem – em contribuição às produções de Almeida e Rocha (1997) sobre o trabalho de enfermagem –, classifica os componentes do processo de trabalho de enfermagem como: *objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos*.

Sanna (2007) enfatiza que na enfermagem também há mais de um processo de trabalho, que pode ou não ser executado concomitantemente. São eles: processo de trabalho – *assistir*; processo de trabalho – *administrar*; processo de trabalho – *ensinar*; processo de trabalho – *pesquisar*; e processo de trabalho – *participar politicamente*.

De acordo com a autora, o *processo de trabalho – participar politicamente* é parcamente descrito na literatura científica disponível; por sua natureza, ele permeia todos os outros processos, e muitas vezes está presente sem que o profissional de enfermagem dele tome conhecimento. Podem-se ressaltar aqueles que se dizem apolíticos, pois declaram trabalhar sem professar crenças, servir a ideologias ou fazer proselitismo.

Sanna (2007), entretanto, afirma: este é um engano frequente. A autora acrescenta que participar politicamente não significa necessariamente filiar-se a um órgão de classe, a organizações que se dedicam à defesa dos direitos civis ou a um partido político, e que todo julgamento moral e atitude que lhe corresponda é uma forma de participação política, sem a qual não é possível estar no mundo em sociedade. Ela então identifica como os agentes desse processo os profissionais de enfermagem e os outros atores sociais com quem se relacionam

quando operam seus outros processos de trabalho, ou quando se inserem no macroprocesso do trabalho em saúde.

Matos (2002), analisando as novas formas de organização do trabalho e sua aplicação na enfermagem, relata que nas práticas, propriamente, observam-se vários (no sentido de muitos) e diversos (no sentido de diferentes) processos de trabalho, alguns com escopo voltado às práticas coletivas, como ações educativas e ações extramuros e nos espaços da comunidade, e outros voltados mais para as práticas assistenciais e individuais, configurando, assim, uma grande variedade de ações.

Registra-se, portanto, que as práticas de cuidado de enfermagem na APS, conforme descritas na literatura, têm sido atividades educativas em diversas modalidades; visitas domiciliares; procedimentos (curativos, sondagens, entre outros); e consultas de enfermagem, incluindo também ações administrativas e gerenciais, como a coordenação do trabalho da equipe, a realização/coordenação das rotinas administrativas da instituição, a supervisão dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem, a coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (prevista na Política Nacional de Atenção Básica) e a realização de preceptoria dos serviços, no campo de formação.

No que concerne às ações de preceptoria no contexto das práticas dos(as) enfermeiros(as), destacamos que elas possibilitam aos(às) profissionais vivenciar processos pedagógicos de ensino-aprendizagem em serviços, processos tais que contribuem para a qualificação de estudantes em formação e de profissionais. Com relação aos últimos, citamos como exemplo a preceptoria de enfermeiros(as) e até mesmo de outros(as) profissionais em estágio de residência.

Ao analisarem as características do processo de trabalho de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF), Paula *et al.* (2014) destacam que o processo de trabalho de enfermagem envolve cinco dimensões: assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política, as quais inclusive já classificamos anteriormente de acordo com Sanna (2007). Essas dimensões se apresentam como complementares e interdependentes.

Para a análise e a categorização das atividades desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) no processo de trabalho de enfermagem na Estratégia Saúde da Família, Paula *et al.* (2014) seguiram a lógica dessas cinco dimensões requeridas pelo trabalho na ESF, de acordo com seus respectivos *objetos* (aquilo em que se trabalha e que poderá ser modificado pela ação humana) e suas *finalidades* (a razão pela qual o trabalho é feito e que pode ser compartilhada por vários agentes trabalhando em equipe). A Figura 1 ilustra essas dimensões com seus respectivos

objetos e finalidades e nos ajuda a entender mais facilmente sua dinâmica no desenvolvimento do processo de trabalho em enfermagem na ESF.

Figura 1. As cinco dimensões requeridas no processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família



Legenda: O (objeto); F (finalidade)
Fonte: Pauta *et al.* (2014)

Sobre o trabalho de enfermeiros(as) na atenção primária à saúde, estudos realizados por Ferreira *et al.* (2020) indicam a existência, no Brasil, de diversas formas de atuação da enfermagem na APS, fato que configura a percepção de vários escopos de trabalho da enfermagem, os quais, por sua vez, determinam várias práticas e uma divisão de classes articuladas a uma divisão do processo de trabalho. Isso significa que podemos ter várias práticas e processos de trabalho de acordo com a forma como percebemos o campo; a relação multi e interprofissional; a concepção de APS; as competências técnicas e políticas; os modelos de gestão; e os processos de formação e Educação Permanente em Saúde (EPS).

Ademais, e em consenso com Ferreira *et al.* (2020), entendemos que no momento atual, quando o mundo e particularmente o Brasil vivenciam a pandemia da covid-19,

As enfermeiras precisaram se (re)inventar no seu processo de trabalho, o novo contexto gerou a necessidade de elaborar e implantar novos fluxos e rotinas para realizar a atenção à saúde com segurança para si e para a população, (re)organizar a

gestão do cuidado, (re)estabelecendo um plano de cuidados de forma a incluir e ampliar a atenção aos sintomáticos respiratórios e aos suspeitos da covid-19, monitorar os casos da doença em isolamento domiciliar e seus familiares [...]. (FERREIRA *et al.*, 2020, p. 20)

3.4 PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A enfermagem pode desempenhar um papel importante no avanço da APS. Novos perfis, como os(as) enfermeiros(as) de prática avançada, são fundamentais na promoção da saúde, em cuidados e na prevenção de doenças, especialmente para populações carentes (COFEN, 2018).

A *Advanced Nurse Practice* (ANP), ou Enfermagem de Prática Avançada (EPA), vem sendo desenvolvida em diferentes países, e está associada ao aumento e à melhoria da cobertura e do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Tendo origem no Canadá e nos Estados Unidos da América há mais de 40 anos, passou por um importante desenvolvimento no Reino Unido e mais recentemente foi implantada na Irlanda, na Alemanha, na Austrália, na Nova Zelândia, na China e na Nigéria, seguidas da África do Sul, do Botsuana e do Quênia (ICN, 2014).

Tem-se observado em todo o mundo um interesse crescente por adotar práticas capazes de inovar e reformar sistemas de saúde, de forma a responder aos problemas decorrentes das necessidades de saúde das populações, especialmente em função do aumento de condições crônicas. Parte desses problemas está relacionada à força de trabalho em saúde, como escassez de profissionais e má distribuição geográfica, e mais especialmente a uma formação compatível com o provimento de cuidados de saúde com qualidade. A Enfermagem de Prática Avançada (EPA) é atualmente considerada uma dessas inovações (MIRANDA NETO *et al.*, 2018).

Em países com sistemas universais de saúde, a exemplo da Inglaterra, observa-se a ampliação da atuação do(a) enfermeiro(a) na Atenção Primária à Saúde (APS). No Serviço Nacional de Saúde inglês (National Health Service – NHS), desde os anos 1990 vem ocorrendo uma ampliação das funções dos profissionais de saúde não médicos, principalmente as de responsabilidade do enfermeiro, com a transferência gradativa de algumas funções antes exercidas pelos médicos àqueles profissionais. Na APS, enfermeiros(as) passaram a atuar no tratamento de pacientes com doenças de menor gravidade e no acompanhamento de condições crônicas, como asma, diabetes e cardiopatias, por exemplo, conforme protocolos de cuidado (POLLOCK *et al.*, 2005 *apud* TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Miranda Neto *et al.* (2018) ressaltam o aspecto da satisfação quanto aos cuidados prestados por enfermeiros(as) de prática avançada na APS. Ao referenciar Bergman *et al.* (2013), os autores destacam que, segundo uma pesquisa realizada na Suécia, os usuários apresentavam altos níveis de satisfação quanto aos cuidados prestados por esses profissionais, particularmente em relação ao acesso e à longitudinalidade do cuidado. Vale ressaltar que os usuários informados sobre o papel do profissional antes do atendimento ficaram ainda mais satisfeitos.

De acordo com Bryant-Lukosius e Martin-Misener (2016), a EPA é considerada um instrumento de inovação e colabora para a melhoria da atenção à saúde de populações de maior vulnerabilidade, a exemplo de indígenas, pessoas que vivem em comunidades violentas ou de difícil acesso, comunidades rurais, populações ribeirinhas, imigrantes, idosos, crianças, pessoas com deficiências físicas, pessoas com transtornos mentais, entre outras. Eles afirmam ainda que a EPA contribui para a qualificação das práticas assistenciais de prevenção ao adoecimento e promoção e reabilitação da saúde em diversos pontos da rede de atenção.

Concordamos com Toso (2016) em que, no Brasil, é necessário pensar estratégias para a adoção dessa prática, agrupando-as em cinco vertentes: investimento na formação profissional; estratégias nacionais de educação permanente; adição da prática baseada em evidências como eixo norteador das ações de enfermeiros(as) na atenção primária; revisão e ampliação da legislação que norteia a prática e o sistema de saúde para a prática ampliada.

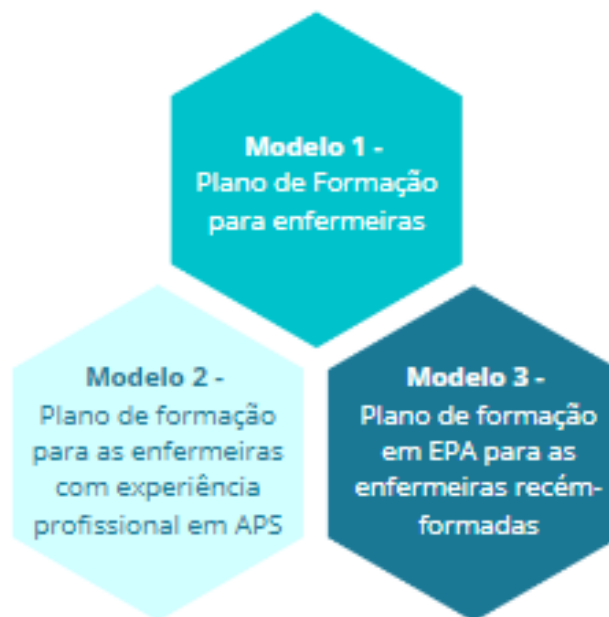
Toso (2016) destaca que o Sistema COFEN/CORENs, além de atuar junto ao Ministério da Saúde (MS) para a regulamentação dessa prática, é responsável pela emissão de documentos formais que subsidiem os(as) enfermeiros(as) em seu exercício profissional como EPAs. O autor acrescenta que a Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/86 –, em seu art. 11 descreve como atividades do(a) enfermeiro(a), privativamente, consultas de enfermagem e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Como integrante da equipe de saúde, cabe-lhe a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Toso, por fim, afirma que os alicerces para a construção da regulamentação formal dessa prática já estão dados.

Considerando a necessidade de estabelecer critérios para a formação de enfermeiros(as) de prática avançada, a OPAS/OMS, a partir do documento intitulado “Ampliação do Papel dos Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde”, propõe planos de formação para enfermeiros(as) que tenham interesse em cursos de mestrado profissional em APS, enfermeiros(as) recém-

egressos(as) de cursos de formação e enfermeiros(as) que já trabalham nos serviços de APS (OPAS, 2018).

No primeiro plano, a OPAS/OMS define que os(as) enfermeiros(as) sejam formados(as) como EPAs, com enfoque na APS, em programas de mestrado profissional oferecidos pelas universidades reconhecidas. No segundo plano, os(as) enfermeiros(as) com experiência profissional nas unidades de APS seriam formados(as) por meio de programas específicos e complementares de enfermagem de prática avançada oferecidos por universidades acreditadas. Programas complementares estariam integrados a um currículo de atualização teórica e clínica em conformidade com as competências centrais da enfermagem de prática avançada. No terceiro plano, enfermeiros(as) recém-formados(as) completariam sua formação por meio de cursos de residência em APS em universidades acreditadas e, ao término de dois anos, poderiam se formar com o título de mestres(as) e como enfermeiros(as) de prática avançada (OPAS, 2018).

Figura 2. Modelos de planos de formação para enfermeiro(as) de prática avançada



Fonte: OPAS (2018)

O documento acima referenciado destaca que os papéis da EPA também são determinados pelas regulamentações e pelas legislações nacionais, e acrescenta que a regulamentação do(a) profissional visa a proteger a população de práticas inseguras; assegurar a qualidade dos serviços; promover a formação contínua; e oferecer aos usuários e à população as melhores competências profissionais. O documento enfatiza, portanto, que, a fim de se

alcançarem as mudanças necessárias para a implementação da enfermagem de prática avançada, é fundamental ajustar as políticas e as regulamentações da enfermagem em vigor nos diferentes países.

A responsabilidade de regular o papel profissional pode caber ao Ministério da Saúde e a outros órgãos governamentais, aos conselhos profissionais ou ainda a outros órgãos. A regulamentação do papel da EPA pode variar entre países e entre estados de um mesmo país, como no caso dos Estados Unidos da América. Os conselhos profissionais e os órgãos governamentais, bem como os(as) profissionais propriamente ditos(as), deverão chegar a um acordo em relação ao processo de regulação (CASSIANI; ZUG, 2014 *apud* OPAS, 2018; JHPIEGO, 2013).

Sobre as competências na formação de enfermeiros(as) de prática avançada, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) registra que a formação e a implementação do papel da EPA requer uma definição e um consenso de suas competências centrais sempre que estas puderem contribuir com informações essenciais e orientar a preparação, a prática e a regulamentação da enfermagem. A OPAS ressalta ainda que as competências centrais da EPA devem incluir a experiência clínica; a liderança; a experiência na atenção ao paciente (individual, familiar, grupal, comunitária e populacional); a educação do usuário e da família; a pesquisa; a colaboração intra e interprofissional; a tomada de decisões éticas; a participação e a representação política; e o uso da tecnologia.

É oportuno destacar que a OPAS e o COFEN são parceiros nas discussões que buscam instituir a implantação da enfermagem de prática avançada no Brasil, voltada para o aumento da cobertura e a ampliação do acesso na APS e tendo por objetivo ampliar o escopo de prática dos(as) profissionais, desenvolvendo e aprofundando o trabalho interprofissional na APS (COFEN, 2018).

Diante dessa perspectiva, referenciando o COFEN (2018), Ferreira *et al.* (2020) ressaltam que, dentre as justificativas para a implantação da prática avançada de enfermagem no Brasil, estariam as transições demográfica e epidemiológica e os vazios profissionais no contexto da saúde brasileira, destacando que parecem existir alguns aspectos facilitadores para sua implantação, como o SUS e a rede consolidada de programas de pós-graduação, e também possíveis vantagens aos usuários, como redução do tempo de espera, maior resolutividade no atendimento, maior satisfação e ampliação do acesso aos serviços com cobertura efetiva.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo caracteriza-se como um extrato da pesquisa multicêntrica de abrangência nacional intitulada “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”. A referida pesquisa foi desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (NESP/CEAM/UnB), em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem – Sistema COFEN/CORENs e com a colaboração de uma Rede Nacional de Pesquisadores de Enfermagem, constituída por professores e estudantes de programas de pós-graduação e de cursos de graduação de universidades públicas de todos os estados da Federação e do Distrito Federal.

A Rede Nacional de Pesquisadores de Enfermagem teve por objetivo garantir a execução da pesquisa multicêntrica, buscando capilarizar as ações desenvolvidas em todos os recantos do país. A referida rede possibilitou também o impulsionamento e o intercâmbio de saberes teóricos e científicos e a integração das ações durante a execução das metas para o desenvolvimento da pesquisa (SOUSA, 2022, p. 372-373).

Para uma melhor realização da pesquisa, da qual nossa tese constitui um extrato – voltado à análise dos resultados obtidos na Paraíba –, a rede de pesquisadores compôs-se pela coordenação nacional, por coordenações de estações (correspondentes a cada uma das cinco regiões do país) e por coordenações estaduais.

Destaca-se que, nesta tese, objetivando-se corroborar a fundamentação teórica e subsidiar as discussões dos resultados quantitativos e qualitativos da pesquisa, realizaram-se três estudos de revisão bibliográfica do tipo *scoping review*. Adotou-se a estratégia PICOT (P – População; I – Interesse; C - Comparador; O – Desfecho; T – Todos os estudos).

Os estudos de revisão foram desenvolvidos com ênfase nos seguintes temas: modelos de formação de profissionais de saúde para a atenção primária à saúde; práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) em países com sistemas universais de saúde; e práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde. As buscas bibliográficas foram realizadas em bases de dados nacionais e internacionais, com bases nos protocolos apresentados nos Apêndices 1, 2 e 3.

4.1 O MÉTODO

Antes de discorrermos sobre o método adotado nesta pesquisa e o percurso metodológico, consideramos importante fazer breve contextualização.

De acordo com Collet e Wetzel (1996), na enfermagem, assim como na área de saúde em geral, por muito tempo e de forma hegemônica, as pesquisas fundamentavam-se na abordagem positivista e de cunho primordialmente quantitativo. No entanto, esse quadro vem se modificando. Tem-se buscado uma aproximação ao enfoque dado pelas ciências sociais, privilegiando-se uma abordagem qualitativa pela especificidade do seu objeto, numa tentativa de superar as modalidades usuais. Esse caminho tem sido um desafio para os(as) pesquisadores(as) da enfermagem devido às necessidades que se apresentam na prática profissional e que, na dinâmica histórica e do *processo de trabalho*, demandam outras formas de apreensão dessa realidade.

Minayo e Sanches (1993) esclarecem que o conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica, e que o método é o fio condutor para se formular essa articulação. Citando Lenin (1965), as autoras destacam que o método é a “própria alma do conteúdo”, e, utilizando uma expressão de Habermas (1987), ressaltam: o método significa o próprio “caminho do pensamento”.

Um bom método será sempre aquele que, permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria, e que, além de ser apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, seja operacionalmente exequível (MINAYO; SANCHES, 1993).

O presente estudo está fundamentado nos referenciais teóricos do processo de trabalho em saúde e do processo de trabalho em enfermagem, bem como nos referenciais da prática avançada de enfermagem. Portanto, os ancoradouros epistemológicos desta tese sustentam-se no *método do materialismo histórico-dialético* (MARX, 1987, 2008, 2017).

Destacamos *a priori*, em concordância com Pereira (2019), que, diferenciando-se dos rígidos modelos positivistas, o método em Marx constitui um procedimento complexo e ao mesmo tempo dinâmico, que busca compreender o objeto em si, a partir de sua manifestação na realidade.

É válido registrar que Marx recolheu criticamente a concepção dialética do método de Hegel; de acordo com Netto (2011), para Marx, (1968), o método dialético, por seu fundamento, difere do método hegeliano, sendo a ele inteiramente oposto. Para Hegel o processo do pensamento é o criador do real, e o real é apenas sua manifestação externa. Marx defendeu que,

ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ele interpretado. Desse modo, somos levados ao entendimento de que a teoria em Marx é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento).

Boron *et al.* (2007), com base em Marx (1975), nos dizem que a dialética se apresenta sob duas formas. Uma delas é “mistificada”, e concebe a realidade como uma projeção fantasmagórica da ideia (como o colocava Hegel). A ideia, mistificada, converte-se conseqüentemente no “demiurgo do real”, no princípio-motor de toda a história. Entretanto, Marx sustenta que há outra forma de dialética: uma forma “racional”. Trata-se da dialética que expressa as contradições sociais em seus diferentes planos: um mais geral, que contrapõe o desenvolvimento das forças produtivas com as relações sociais de produção, e outro mais particular, configurado pelo desenvolvimento concreto das lutas de classe.

Sob essa perspectiva, as ideias aparecem como a projeção – mais ou menos mediatizada, mais ou menos deformada – das contradições sociais, que são as verdadeiras fazedoras da história. O autor ressalta que a dialética, em sua “figura racional”, diz que a história não é outra coisa senão a interminável demonstração das contradições sociais. Esse método propõe reproduzir, no plano do intelecto, o desenvolvimento que tem lugar no processo histórico (BARON *et al.*, 2007).

No marxismo, o materialismo histórico consiste no caminho teórico que apresenta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade, enquanto a dialética refere-se ao método de abordagem da realidade reconhecendo-a como processo histórico, em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. A dialética consiste na estratégia de apreensão e compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade e de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos. Assim sendo, o materialismo histórico como caminho teórico e a dialética como estratégia metodológica estão profundamente imbricados (MINAYO, 2014, p. 107-108).

Netto (2011) nos faz compreender que não podemos assumir uma “concepção reducionista”, que nada tem a ver com o pensamento de Marx e que é compartilhada por muitos de seus adversários teóricos: a concepção de Marx teria, na análise da história e da sociedade, situado o fator econômico como determinante em relação aos fatores sociais, culturais etc. Ao referenciar Marx e Engels (2010), o autor destaca que o próprio Engels já advertia contra essa deformação, recordando que Marx e ele próprio, sustentavam tão somente a tese segundo a qual a produção e a reprodução da vida real apenas em última instância determinavam a história (NETTO, 2011).

A *formação social* constitui uma unidade complexa de articulação das várias instâncias de organização social, que podem, também, conter vários modos de produção simultâneos – o que se observa na realidade histórica, como define Fioravanti (1978), citado por Minayo (2014). Fazendo referência a Marx (1988), Minayo destaca que ao modo de produção se associa a formação social, que se refere às dimensões das relações sociais concretas em uma sociedade.

A teoria, para Marx (1982), é uma modalidade peculiar de conhecimento e tem especificidades: o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto – de sua estrutura e sua dinâmica – tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. Portanto, a teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa (MARX, 1982 *apud* NETTO, 2011).

O autor prossegue explicando que em Marx o objeto da pesquisa tem existência objetiva e não depende do sujeito, do pesquisador, para existir. O papel do sujeito é essencialmente ativo, precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas sua essência, sua estrutura e sua dinâmica (mais exatamente, para apreendê-lo como um processo); o sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los e revisá-los, e deve ser dotado de criatividade e imaginação.

Podem-se circunscrever como o problema central da pesquisa marxiana a gênese, a consolidação, o desenvolvimento e as condições de crise da sociedade burguesa, fundada no modo de produção capitalista. Em Marx, a perspectiva crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus fundamentos, os seus condicionamentos e os seus limites – ao mesmo tempo que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais (NETTO, 2011).

O esforço de Marx consistiu em separar do concreto, da realidade social alvo de sua pesquisa, da relação estabelecida entre os homens e a natureza na sociedade burguesa, as determinações nas quais seu objeto se encontra imbricado. De forma articulada, foram identificadas categorias para compreender os vários elementos que compõem toda a complexidade real do objeto, estabelecendo-se um movimento aproximativo; afinal, a realidade sempre se altera. Na sua investigação, Marx define as categorias fundamentais ao seu estudo, que ele não realiza, nunca, de maneira descolada da realidade. O conhecimento produzido, a teoria criada por Marx, se estabelece sempre buscando atingir a essência dos fenômenos, e, nesse processo, não faz sentido que a elaboração do pensamento se sobreponha à concreticidade (PEREIRA, 2019).

De acordo com Netto, (2011), são três as categorias centrais à concepção teórico-metodológica de Marx. Fazendo referência a Marcuse (1969), Lukács (1970, 1974, 1979) e Barata Moura (1977), o autor destaca: trata-se das categorias de *totalidade*, *contradição* e *mediação*, as quais se encontram plenamente articuladas.

Prates (2012), citando Kosik (1989), afirma que a compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes.

Para Lukács (2007) *apud* Netto (2011), a verdadeira totalidade, a totalidade do materialismo dialético, é uma unidade concreta de forças opostas em uma luta recíproca. Isso significa que, sem causalidade, nenhuma totalidade viva é possível, e que, ademais, cada totalidade é relativa; quer em face de um nível mais alto, quer em face de um nível mais baixo, ela resulta de totalidades subordinadas e, por seu turno, é função de uma totalidade e de uma ordem superior. Segue-se, pois, que essa função é igualmente relativa. Enfim, há o entendimento de que cada totalidade é relativa e mutável mesmo historicamente; ela pode esgotar-se e destruir-se – seu caráter de totalidade subsiste apenas no marco de circunstâncias históricas determinadas e concretas.

A totalidade concreta e articulada é uma totalidade dinâmica – seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades. Sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas – e o que a análise registra é precisamente a sua contínua transformação. Para Marx, a natureza dessas contradições, seus ritmos, as condições de seus limites, controles e soluções dependem da estrutura de cada totalidade. A questão reside em descobrir as *relações* entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na sua diversidade. Tais relações são *mediadas* não apenas pelos distintos níveis de complexidade, mas, sobretudo, pela estrutura peculiar de cada totalidade. Sem os sistemas de mediações (internas e externas) que articulam tais totalidades, a totalidade concreta seria uma totalidade indiferenciada – e a indiferenciação cancelaria o caráter do concreto. (NETTO, 2011).

Boron *et al.* (2017) destacam que, para Lukács (1971), a categoria de totalidade, a penetrante supremacia do todo sobre as partes, é a essência do método de Marx, e ressaltam que, ainda segundo Lukács, “a dialética afirma a unidade concreta do todo”, o que não significa, no entanto, fazer *tabula rasa* com seus componentes ou reduzir “seus vários elementos a uma uniformidade indiferenciada, à identidade”. Os autores asseguram que Lukács está certo quando afirma que os determinantes sociais e os elementos em operação em qualquer formação social

concreta são muitos, mas a independência e a autonomia que aparentam ter é uma ilusão, visto que todos se encontram dialeticamente relacionados entre si.

À visão marxista da totalidade aporta-se uma construção teórica que recupera a complexidade e a historicidade do social, e a relação entre a teoria e a práxis (BORON *et al.*, 2017).

Na categoria “totalidade” e nas suas partes está presente a união dos contrários em vários movimentos de entrelaçamento e de conflitos entre teoria e prática; indução e dedução; objetivo e subjetivo; o fenômeno e sua essência; imaginação e razão; base material e consciência; singular e universal; particular e geral (MINAYO, 2014).

Fazemos destaque à teoria e à prática e, em concordância com a autora, registamos que no pensamento marxista a categoria básica de análise da sociedade é o *modo de produção* historicamente determinado; nesse contexto, a categoria mediadora das relações sociais é o *trabalho – a atividade prática*.

Para Marx (2017), o trabalho integra o homem e a natureza; trata-se de um processo no qual o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza.

Em Marx, o trabalho se efetivará sempre como condição eterna do homem de transformar a natureza para satisfazer suas necessidades por meio de uma forma específica, historicamente determinada, de organização social (MORAES *et al.*, 2010).

Teixeira (2014) afirma que, quando se busca fazer uma análise de realidade a partir de uma orientação teórica crítica, não há como deixar de perceber o trabalho como elemento fundamental nos diversos tipos de sociedade. Na perspectiva marxiana, o trabalho possui uma dimensão essencial que se relaciona com as respostas aos carecimentos humanos, as quais são dadas através da ação humana e da mediação com a natureza.

No que se refere à integração entre teoria e prática, Minayo (2014) destaca que é na práxis que o marxismo reconhece a possibilidade de emancipação subjetiva e objetiva do ser humano e a destruição da opressão enquanto estrutura e transformação da consciência. A autora acrescenta: “Ou seja, as transformações das ideias sobre a realidade e a transformação da realidade no pensamento dialético caminham juntos” (MINAYO, 2014, p. 120).

No processo de conhecimento, o método marxiano pode ser caracterizado como *dedutivo-indutivo*. Prates (2012), citando Lefebvre (1991), refere-se à lógica concreta: a inteligência analisa, separa, divide, e deve fazê-lo. A razão une, agrupa, esforça-se por encontrar o conjunto e a relação. Mas a contradição entre inteligência e razão renasce sempre e deve sempre renascer, e isso porque, incessantemente, o entendimento deve separar e a razão, unir.

A indução vai dos fatos à lei, ou seja, de um conjunto de fatos particulares a uma conclusão geral.

Para Minayo (2014 p. 121), na lógica dialética, indução e dedução são obrigatoriamente complementares, e não se pode conhecer um fenômeno ou um processo a não ser decompondo-o, para a seguir recompô-lo, reconstruí-lo e reagrupar suas partes. A autora enfatiza: análise e síntese são inseparáveis.

Nessa perspectiva, Prates (2012), voltando-se ao método marxiano e à sua relação com o enfoque misto na pesquisa social, destaca que a importância atribuída tanto a dados quantitativos como a qualitativos, utilizando-os de modo complementar como contraprovas históricas, pode ser verificada na obra *O capital* (1989), na qual Marx, ao referir-se à exploração do trabalho infantil, descreve-a com uma riqueza de dados quantiquantitativos. Além de apresentar o número de crianças envolvidas em trabalhos insalubres nas fábricas inglesas e de realizar cortes por faixa etária, condições físicas e horas trabalhadas, Marx complementa suas análises com extratos da expressão dos sujeitos.

Desse modo, concordamos com Prates (2012): a pesquisa de métodos mistos vale-se de características de estudos quantitativos e qualitativos, mesmo que enfatize um ou outro, e possui particularidades que emanam de ambos; exatamente por enfatizar a articulação de dados dos dois tipos, ela é mais coerente com o método marxiano de investigação, o qual ressalta essa relação como necessária.

Com referência a Creswell (2010), Prates (2012) afirma que os estudos de métodos mistos pautam-se numa concepção chamada de “reivindicatória e participatória”, cujas bases buscam respaldo nas obras de Marx, entre outros. Essa constatação corrobora a decisão de utilizarmos em nosso estudo a dialética marxista em consonância com o objeto de investigação – a prática de enfermagem no contexto da APS – e com a natureza do estudo – métodos mistos.

Ademais, é válido destacar que a compreensão sobre as categorias nucleares da concepção teórico-metodológica de Marx, sua articulação e contradição foram fundamentais para o desenvolvimento do processo investigativo desta pesquisa, de modo que pudéssemos compreender em sua essência o fenômeno pesquisado – a prática de enfermeiros –, bem como a dinâmica do objeto de investigação na realidade em que se insere, ou seja, o contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

4.2 NATUREZA DO ESTUDO – MÉTODOS MISTOS

Por reconhecemos a importância das abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa na construção do conhecimento científico, e compreendendo que embora distintas são também complementares, possibilitando assim maiores evidências nos resultados encontrados, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de métodos mistos.

Os métodos mistos de pesquisa, de acordo com Creswell (2015) e Creswell e Plano Clark (2013), consistem em uma abordagem aplicada às ciências sociais, comportamentais e da saúde na qual o pesquisador coleta dados quantitativos e qualitativos, integrando e desenvolvendo interpretações fundamentadas nas forças combinadas de ambos os conjuntos de dados para compreender problemas de pesquisa.

Esse tipo de estudo pressupõe que é a partir da vinculação entre tendências estatísticas (dados quantitativos) e histórias e experiências pessoais (dados qualitativos) que os estudos propiciam um melhor entendimento dos problemas ou fenômenos da pesquisa, de uma forma que não se obteria com a utilização de uma abordagem isolada (CRESWELL, 2015; CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

Creswell (2010) destaca as características essenciais da pesquisa de métodos mistos:

- *Combinação de métodos* – O pesquisador deve estabelecer se os dados qualitativos e os quantitativos serão realmente fundidos, ou se serão mantidos separados, ou ainda se estarão de algum modo combinados. Nesse tipo de pesquisa, os dados estão conectados quando há uma combinação da pesquisa quantitativa e da qualitativa com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase. A integração ocorre quando os bancos de dados qualitativos e os de dados quantitativos estão fundidos e produzem informações que se apoiam mutuamente. A incorporação ocorre quando são coletados dados secundários que têm papel de apoio para as informações de um banco de dados principal;
- *Distribuição de tempo* – O pesquisador deve avaliar se os dados qualitativos e os quantitativos serão coletados de forma sequencial ou concomitantemente, com implementação simultânea;
- *Atribuição de peso* – Trata-se da atribuição de prioridade à pesquisa quantitativa ou à qualitativa no estudo, podendo-se atribuir o mesmo peso aos dados provenientes das duas abordagens ou se valorizar uma ou outra, a depender do interesse do pesquisador ou do público ao qual se destina a pesquisa;

- *Filosofia e orientação teórica do projeto de pesquisa* – Diz respeito à utilização de teorias que norteiem o projeto de pesquisa de métodos mistos e as investigações a serem realizadas no seu desenvolvimento.

Buscando apresentar uma melhor compreensão sobre essa abordagem de pesquisa, os autores supramencionados nos fazem entender que, a partir das características anteriormente descritas, podem-se delinear os procedimentos do estudo e se definir uma dentre as seis estratégias de classificação de uma pesquisa de métodos mistos. Objetivando-se facilitar a comunicação entre pesquisadores de métodos mistos, foi desenvolvido um sistema de notação relacionado a cada uma das estratégias, conforme se pode observar no quadro a seguir (Quadro 2), idealizado a partir de Santos *et al.* (2017), Creswell (2010) e Creswell e Plano Clark (2013).

Quadro 2. Classificação das estratégias de uma pesquisa de métodos mistos e seu respectivo sistema de notação

ESTRATÉGIAS	DEFINIÇÕES	SISTEMA DE NOTAÇÃO
Explanatória sequencial	Dados quantitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados qualitativos desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais	QUAN → qual
Exploratória sequencial	Dados qualitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados quantitativos desenvolvida sobre os resultados qualitativos iniciais	QUAL → quan
Transformativa sequencial	Projeto de duas fases com uma lente teórica se sobrepondo aos procedimentos sequenciais. Tem uma fase inicial (quantitativa ou qualitativa) seguida de uma segunda fase (quantitativa ou qualitativa) que se desenvolve sobre a fase anterior	QUAN → qual QUAL → quan
Triangulação concomitante	Dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações	QUAN + QUAL
Incorporada concomitante	Dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente. No entanto, há um método principal que guia o projeto e um banco de dados secundário	Qual (QUAN) → Quan (QUAL)
Transformativa concomitante	Adota uma perspectiva teórica específica, e dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente. No entanto, pode-se ter um método incorporado no outro	QUAN + QUAL → quan

Legenda: QUAN (estudo conduzido quantitativamente); QUAL (estudo conduzido qualitativamente); quan (dados quantitativos secundários em relação a dados qualitativos); qual (dados qualitativos secundários em relação a dados

quantitativos); + (coleta simultânea ou concomitante de dados quantitativos e qualitativos); → (forma sequencial de coleta de dados, ex.: QUAN → qual, coleta QUAN seguida por coleta qual); () (método incorporado dentro de outro projeto maior, ex.: Qual(QUAN)).

Fonte: Creswell (2010) e Creswell e Plano Clark (2013)

No presente estudo, optamos pela estratégia *transformativa concomitante* – QUAN + QUAL → quan, a mesma adotada no desenvolvimento da pesquisa multicêntrica de abrangência nacional intitulada “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos” (SOUSA, 2022).

4.3 UNIVERSO DA PESQUISA

4.3.1 Estado da Paraíba

4.3.1.1 Contexto territorial e sociodemográfico

O estado da Paraíba localiza-se na Região Nordeste e tem como sede a cidade de João Pessoa. A Região Nordeste possui uma área territorial de 1.552.175,42 km², em 2021 (IBGE, 2021a), com 1.794 municípios e uma população de 53.081.950 habitantes, com uma densidade demográfica de 34,15 hab./km², em 2010 (IBGE, 2011), e população estimada de 57.667.842 pessoas para 2021 (IBGE, 2021b).

O estado da Paraíba possui uma área territorial de 56.467,242 km², em 2021 (IBGE, 2021a), contando com 223 municípios e uma população de 3.766.528 habitantes, com uma densidade demográfica de 66,70 hab./km², em 2010 (IBGE, 2011), e população estimada de 4.059.905 pessoas para 2021 (IBGE, 2021b).

A cidade de João Pessoa, capital do estado, possui uma área territorial de 210,84 km², em 2021 (IBGE, 2021a), e uma população de 723.515 habitantes, com uma densidade demográfica de 3.421,30 hab./km² (IBGE, 2011) e população estimada de 825.796 pessoas para 2021 (IBGE, 2021b).

O estado da Paraíba divide-se em quatro regiões geográficas intermediárias: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa-Cajazeiras. As regiões de João Pessoa, Campina Grande e Patos abrangem 63, 72 e 63 municípios, respectivamente, enquanto na região de Sousa-Cajazeiras constam 25 municípios. Dessa forma, a região de Campina Grande é a que possui o maior quantitativo de municípios (IBGE, 2017b).

Considera-se também a subdivisão por mesorregiões e microrregiões, e a Paraíba se divide em 4 mesorregiões e 23 microrregiões. As mesorregiões são Sertão Paraibano, com 83 municípios; Borborema, com 44 municípios; Agreste Paraibano, com 66 municípios; e Mata Paraibana, com 30 municípios (IBGE, 2021c).

Com relação ao sexo, o Censo 2010 aponta que no estado da Paraíba habitam 1.824.379 homens e 1.942.149 mulheres, havendo, portanto, maioria feminina. Outrossim, no quesito raça/cor, a população do estado se autodeclara da seguinte forma: 52,7% parda; 39,8% branca; 5,7% negra; 1,2% amarela e 0,5% indígena, havendo, portanto, maioria autodeclarada como parda (IBGE, 2011).

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (2020), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país encontra-se em 0,778, sendo um índice alto. O estado da Paraíba apresenta IDH 0,722, conforme evidenciado em 2017.

A taxa de fecundidade do estado era de 1,76 filhos por mulher em 2018, sendo a taxa de mortalidade infantil de 13,29 por mil nascidos vivos em 2017 (PARAÍBA, 2020a). Ainda, a esperança de vida ao nascer é de aproximadamente 74 anos no estado (PARAÍBA, 2020b).

Com relação ao perfil dos domicílios, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2015) evidenciou que 99,8% possuíam iluminação elétrica; 80,7% possuíam lixo coletado diretamente e 3,4% indiretamente; 99,6% possuíam rede geral de abastecimento de água com canalização interna; 49% possuíam rede coletora de esgoto como tipo de esgotamento sanitário; e 21,7% possuíam fossa séptica.

Ainda nessa perspectiva, em 2015, 92,4% dos domicílios possuíam telefone; 76,4% das pessoas com 10 anos ou mais possuíam telefone celular; 53,7% dos domicílios utilizavam internet; 17,9% possuíam tablets; e 16,4% possuíam televisão por assinatura, enquanto 39,2% possuíam sinal digital de televisão aberta e 52,1% utilizavam antena parabólica. Ainda, 37,1% dos domicílios possuíam microcomputador e 97,3%, televisão.

4.3.1.2 Contexto de saúde e educação

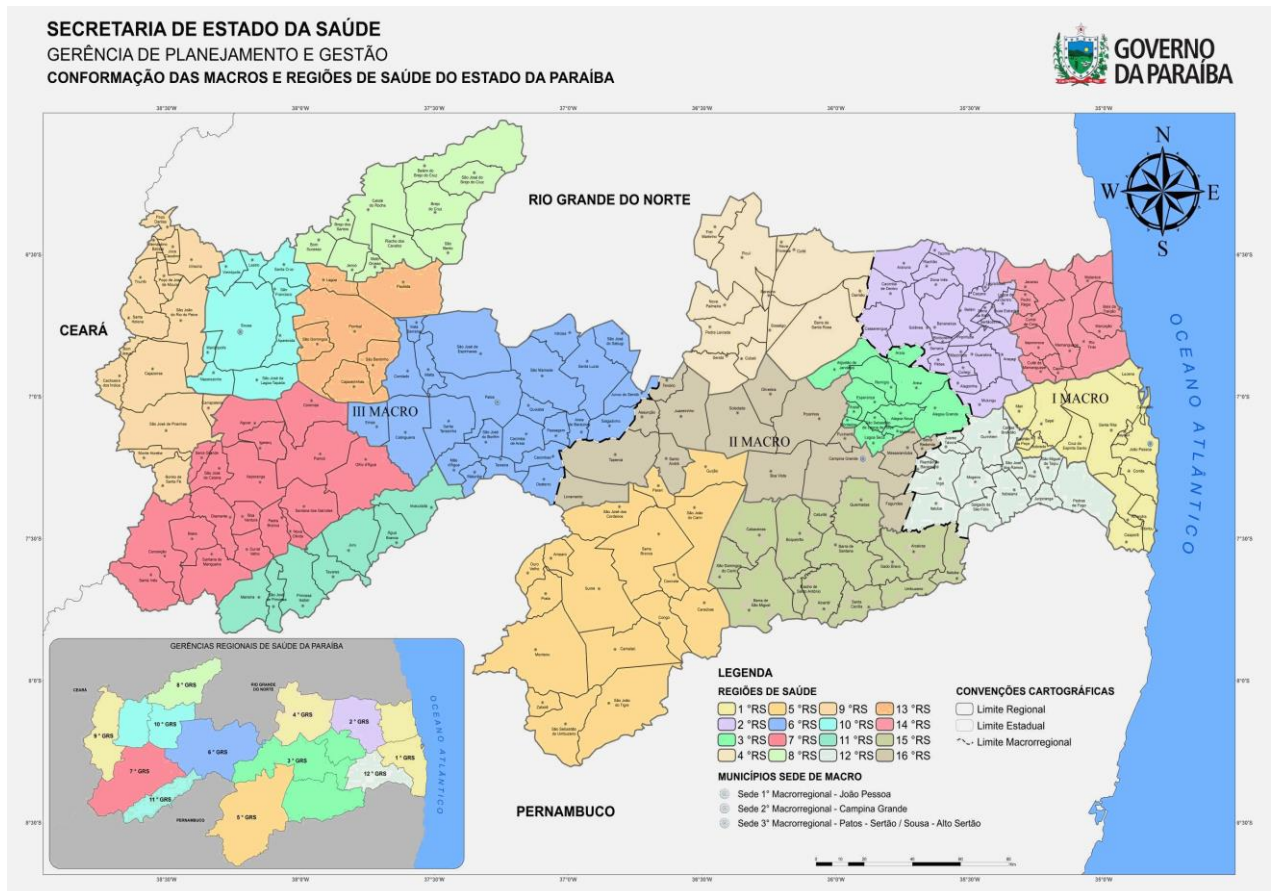
Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2019, a taxa de analfabetismo no estado da Paraíba é de 3,7% em pessoas com 15 anos de idade ou mais, sendo que no Brasil essa taxa é de 6,6%. Nessa perspectiva, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) dos anos iniciais do ensino fundamental foi de 5,0 em 2019, e o dos anos finais do ensino fundamental da rede pública foi de 3,9.

No *contexto da saúde*, na Paraíba, a cobertura da atenção básica é de 97,34% (SISAB, 2019), contando com 1.417 equipes; 8.267 agentes comunitários de saúde; 2.125 agentes de combate às endemias; 1.279 equipes de saúde bucal, modalidade I; 19 equipes de saúde bucal, modalidade II; 152 equipes do Núcleo Ampliado da Saúde da Família na Atenção Básica - NASF-AB, modalidade I; 56 equipes de NASF-AB, modalidade II; e 79 equipes de NASF-AB, modalidade III (PARAÍBA, 2020a).

A configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - Resolução da CIB nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015, organizou o estado em *16 regiões de saúde* distribuídas em 4 macrorregiões de saúde, contemplando os seus 223 municípios. Porém, com a publicação da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, foi aprovado em Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a nova definição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba - Resolução CIB Nº 43/18 de 25 de junho de 2018, que define *três macrorregiões de saúde*. A primeira macrorregião de saúde é composta por quatro regiões de saúde, com sede em João Pessoa; a segunda, por cinco regiões de saúde, com sede em Campina Grande; e a terceira, por sete regiões de saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão) (PARAÍBA, 2020a).

A Paraíba possui ainda *14 unidades geoadministrativas* da Secretaria de Estado da Saúde, denominadas Gerências Regionais de Saúde (GRS); entretanto, estão efetivamente implantadas *12 GRS* (PARAÍBA, 2020a). Das regiões de saúde da Paraíba, 9 contam com 100% de cobertura de atenção básica (PARAÍBA, 2020a).

Figura 3. Conformação das macros e regiões de saúde do estado da Paraíba



Fonte: PARAÍBA, Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: Paraíba 2020/2023**. 2020a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>. Acesso em abril de 2022.

No que se refere ao *contexto epidemiológico* do estado da Paraíba, entre as principais ocorrências no período que compreende os meses de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022 foram processadas 1.030 amostras para influenza, sendo 255 detectáveis para o vírus; destas, 223 eram do subtipo H3N2, e 168 (75,3%) levaram a hospitalização por síndrome respiratória grave (PARAÍBA, 2022a).

Da Semana Epidemiológica 1 à Semana Epidemiológica 8, foram registrados 1.255 casos prováveis de dengue, 586 de chikungunya e 19 de zika. Totalizando as três arboviroses, a Paraíba registra 1.860 casos prováveis no ano de 2022. A maioria dos afetados era do sexo feminino e da faixa etária de 5 a 44 anos (PARAÍBA, 2022b).

Outrossim, a taxa de detecção de hanseníase na população geral do estado da Paraíba em 2021 foi de 9,2 casos/100 mil hab., o que corresponde a 373 casos novos. Já em 2020, a taxa de detecção foi de 9,9 casos/100 mil hab. (PARAÍBA, 2022c).

No ano de 2021, foram notificados 51 casos de leishmaniose tegumentar americana, sendo que 4 mudaram de diagnóstico; a 1ª e a 3ª Regiões de Saúde foram as que apresentaram mais casos. Ainda, 21 casos de leishmaniose visceral foram confirmados em 2021, com 2 óbitos (PARAÍBA, 2021).

Com relação ao contexto pandêmico, até 29 de março de 2022 o estado apresentou 595.347 casos confirmados de covid-19, sendo 439.306 os recuperados e 10.191 os óbitos registrados devido à doença, abrangendo uma taxa de positividade de 34,64% dos testes RT-PCR realizados (PARAÍBA, 2022d).

Segundo dados do IBGE, até 2019 a maioria dos óbitos registrados no estado da Paraíba era de habitantes do sexo masculino, de 80 anos ou mais, e de causa associada a doenças do aparelho circulatório.

Segundo dados do e-Gestor Atenção Básica até dezembro de 2020, o estado da Paraíba conta com 1.444 equipes de saúde da família, 1 equipe de atenção básica parametrizada e 1.505 equipes de saúde da família e atenção básica. Dessa forma, a cobertura da ESF no estado é de 94,99%, e a da atenção básica é de 97,83%.

A Região Nordeste, até dezembro de 2020, contava com 16.273 equipes de saúde da família, 130 equipes de atenção básica parametrizada e 17.607 equipes de saúde da família e atenção básica. Dessa forma, a cobertura da ESF na região é de 82,33%, e a da atenção básica é de 87,10%.

4.3.1.3 Contexto econômico

O rendimento nominal mensal *per capita* dos moradores do estado é de R\$ 876, segundo o panorama do IBGE de 2021. O Índice de Desempenho Socioeconômico (IDS) do Brasil, entre 2017 e 2018, foi de 6,201, enquanto o IDS do estado da Paraíba é de 5,504, estando abaixo da marca do país. Outrossim, o Índice de Perda de Qualidade de Vida (IPQV) do Brasil foi de 0,158 entre 2017 e 2018, enquanto a Paraíba obteve 0,208 (IBGE, 2021d).

O índice de GINI do rendimento domiciliar *per capita* encontra-se em 0,547 na Paraíba e em 0,545 no Nordeste, conforme dados de 2018 (PARAÍBA, 2020).

Quanto ao quantitativo de pessoas em situação de pobreza, no estado da Paraíba a proporção de pessoas com rendimento domiciliar *per capita* abaixo de US\$ 5,50 - paridade de poder de compra (PPC) era de 38,4% a 48,3%, no ano de 2020; na região nordestina essa taxa é de 40,5% e, no Brasil, de 24,1% (IBGE, 2021e).

Com relação ao trabalho, cabe ressaltar a taxa de subutilização da força de trabalho. Essa taxa é obtida por meio do somatório dos subocupados por insuficiência de horas, dos desocupados e da força de trabalho potencial dividido pela força de trabalho ampliada. Em 2020, a região nordestina obteve a taxa mais alta do Brasil, com 41,8%, e a Paraíba obteve aproximadamente 43% de subutilização da força de trabalho (IBGE, 2021e).

4.3.2 Universo da pesquisa quantitativa

A pesquisa quantitativa compreendeu todos os municípios do estado da Paraíba. A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da atenção primária à saúde, considerando os serviços do modelo tradicional de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF).

4.3.3 Universo da pesquisa qualitativa

A fim de obtermos uma amostra representativa, os municípios foram selecionados de acordo com a atual classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017): municípios urbanos; intermediários adjacentes; intermediários remotos; rurais adjacentes; e rurais remotos. Do mesmo modo, seguiu-se a classificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em modelo tradicional e no modelo de equipes de Saúde da Família (eSF).

Segundo o IBGE (2017), o “Manual da Base Territorial” (MANUAL..., 2014, p. 22) considera a referência legal para a definição de áreas urbanas e rurais, qual seja, a de áreas institucionalizadas nos estados e nos municípios. Uma área urbana seria aquela interna ao perímetro urbano, criada através de lei municipal, seja para fins tributários ou de planejamento urbano (plano diretor, zoneamento etc.). A área rural, por sua vez, é aquela que não foi incluída no perímetro urbano por lei municipal; caracteriza-se pelo uso rústico do solo, com grandes extensões de terra e baixa densidade habitacional, e inclui campos, florestas, lavouras, pastos etc.

Ainda que o IBGE baseie seu trabalho sobre a conceituação legal vigente, a diversidade dos aspectos territoriais observados levou a instituição a buscar maneiras de adequar esse conceito, eminentemente legal e político-administrativo, à realidade observada. A estratégia adotada para não se restringir somente à delimitação legal do perímetro municipal é a de considerar também os aspectos morfológicos das áreas para classificar frações do território. Para isso são levados em consideração elementos como a quantidade de domicílios e a distância

entre as habitações em determinado setor censitário. Assim, são consideradas as concentrações urbanas com arranjos populacionais e municípios isolados com mais de 100 mil habitantes (IBGE, 2017).

Ressalte-se que o IBGE adota a variável “localização” a fim de diferenciar os municípios em sua relação com centros urbanos de maior porte, por considerar que a maneira pela qual os municípios se ligam a centros urbanos com maior complexidade de oferta de bens e serviços é um importante meio de qualificação das áreas não urbanas. Dessa forma, de acordo com seus estudos e os critérios utilizados, os municípios que estão a uma distância relativa acima da média nacional simultaneamente em relação a maiores hierarquias mais próximas (metrópole, capital regional, centro sub-regional) são classificados como remotos (IBGE, 2017).

Já os municípios cuja distância for igual ou inferior à média nacional em relação a pelo menos um dos centros acima referidos são classificados como adjacentes. É importante considerar que a abordagem do IBGE se refere à sede municipal. Sendo assim, algum povoado pode se mostrar mais adjacente a um centro urbano (metrópole, capital regional, centro sub-regional). Com relação à localização, vemos que 96,1% dos municípios brasileiros são classificados como adjacentes (IBGE, 2017).

A metodologia do IBGE na realização do Censo 2010, adotando a dimensão da localização (além de outras dimensões), possibilitou definir a tipologia municipal urbano-rural, sendo os municípios classificados como intermediários e rurais, aqueles adjacentes a centros urbanos de maior hierarquia daqueles que se encontram remotos (IBGE, 2017).

Assim sendo, de acordo com essa tipologia, os municípios do estado da Paraíba estão classificados conforme o quadro a seguir, observando-se nas distintas tipologias o quantitativo de municípios no Brasil e na Região Nordeste.

Quadro 3. Quantitativo de municípios no Brasil, na Região Nordeste e no estado da Paraíba considerando-se as diferentes tipologias classificadas pelo IBGE

TIPOLOGIA RURAL-URBANA	BRASIL	REGIÃO NORDESTE	PARAÍBA
Urbano	1.456	307	35
Intermediário adjacente	686	244	22
Intermediário remoto	60	7	-
Rural adjacente	3.040	1.134	166
Rural remoto	323	102	-
TOTAL DE MUNICÍPIOS	5 565	1.794	223

Fonte: IBGE (2017)

Seguindo-se os mesmos critérios adotados na pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022), em que, para os municípios classificados como urbanos, a prioridade foi dada às capitais dos estados brasileiros, neste estudo o município urbano está representado pela cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. Para as demais categorias, os municípios selecionados no estado estão apresentados no Quadro 4; no item correspondente ao desenho amostral.

Tendo-se como referência a Base de Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2019), foi feita uma relação com a base de dados do IBGE, para que fosse possível incluir a classificação dos municípios a partir dos critérios de proporção da população em áreas de ocupação densa em relação à população total e à localização; assim, foram classificados os municípios segundo as cinco tipologias anteriormente apresentadas (IBGE, 2017).

Quadro 4. Número de enfermeiros(as) selecionados(as) por município segundo a tipologia de classificação do IBGE (2017), em conformidade com o planejamento amostral (abordagem qualitativa). Seleção aleatória sem reposição dos municípios da pesquisa

Região	Tipologia	Nº de municípios	Estados selecionados	Municípios selecionados	Nº de enfermeiros(as) em cada município	Nº de enfermeiros(as) na região/tipologia
Nordeste	Intermediário adjacente	01	PARAÍBA	Monteiro	09	09
	Rural adjacente	09	PARAÍBA	Taperoá	03	21
				Nazarezinho	03	
				São José de Piranhas	06	
				Aparecida	03	
				Bernadino Batista	02	
				São José da Lagoa Tapada	01	
				Lastro	01	
				Santa Cruz	01	
	Bonito de Santa Fé	01				
Urbano	01	PARAÍBA	João Pessoa	15	15	
TOTAL						45

Fonte: SOUSA (2022)

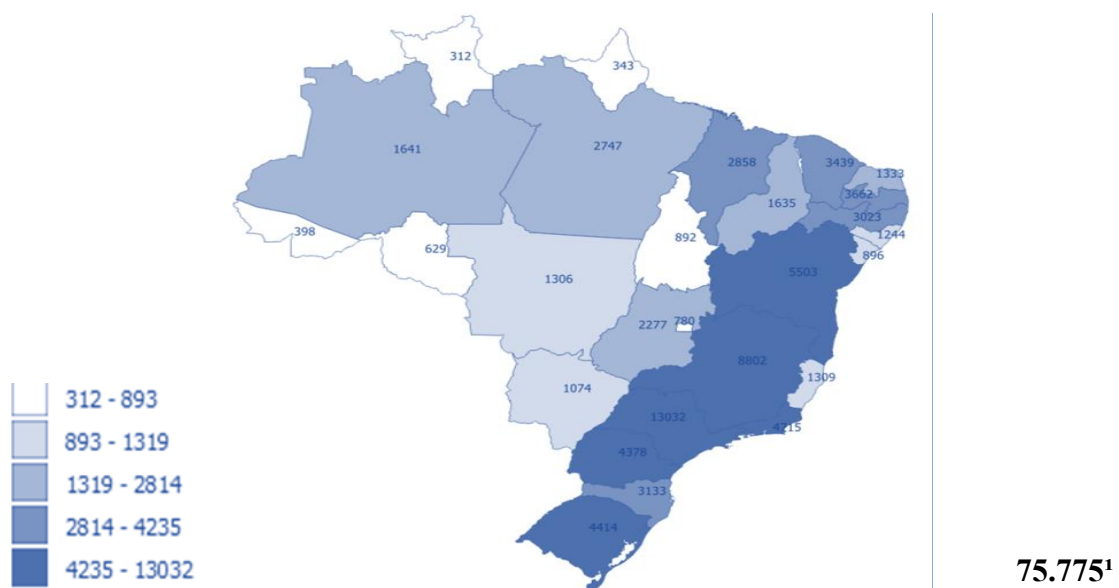
4.4 CENÁRIOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os cenários do estudo foram os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios do estado da Paraíba, os quais foram selecionados de forma aleatória e por conveniência, prioritariamente aleatória (SOUSA, 2022). Foi considerada a inclusão de serviços desenvolvidos no modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS) e no modelo de Equipes de Saúde da Família (eSF), e identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como sendo estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde” e “Posto de Saúde” (BRASIL, 2019).

A seleção por conveniência pode ser adotada apenas em casos específicos, por conhecimento prévio de práticas exitosas que, por sua particularidade e grande relevância, precisam figurar na pesquisa (SOUSA, 2022, p. 66).

Os participantes da pesquisa são enfermeiros(as), enfermeiros(as) obstétricos(as), enfermeiros(as) sanitaristas e enfermeiros(as) da Estratégia Saúde da Família, os(as) quais, assim como no estudo de abrangência nacional (SOUSA, 2022), foram selecionados(as) junto à base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). De acordo com os dados do CNES, em 2019, momento da definição da população do estudo, o território brasileiro totalizava um quantitativo de 75.775 enfermeiros(as) em atuação na APS, conforme se apresenta na Figura 4, com a distribuição quantitativa de enfermeiros(as) atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) por unidade federativa (BRASIL, 2019).

Figura 4. Distribuição do quantitativo de enfermeiros(as) com atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) por unidade federativa



(¹) Quantitativo de enfermeiros(as), enfermeiros(as) obstétricos, enfermeiros(as) sanitários e enfermeiros(as) da Estratégia Saúde na Família lotados(as) nos estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde”

Fonte: Brasil (2019)

Tendo-se como base o quantitativo de enfermeiros(as) em atuação na APS, distribuído na Figura 4 por estados da Federação, observa-se que no âmbito do estado da Paraíba a população foi constituída *a priori* por 3.662 profissionais (BRASIL, 2019), número referente à população para a pesquisa de abordagem quantitativa.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para inclusão, foram considerados todos(as) os(as) enfermeiros(as) que desenvolviam práticas de assistência ou gestão na APS e na ESF. Como critérios de exclusão, consideraram-se os(as) enfermeiros(as) que atuavam na APS há menos de três anos; os(as) que estivessem exercendo, preceptoria nos serviços, consultoria; e os(as) que não tivessem vínculo formal de trabalho com o serviço de saúde; bem como todos(as) os(as) enfermeiros(as) que estivessem ausentes do trabalho por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.

4.6 DESENHO AMOSTRAL

O cálculo para o desenho da amostra foi adotado para a definição do quantitativo de enfermeiros(as) e dos municípios para a pesquisa de abordagem qualitativa. Seguiu-se o método estatístico utilizado para a pesquisa de abrangência multicêntrica “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos” (SOUSA, 2022).

A fórmula para a definição do tamanho da amostra de enfermeiros(as) foi a seguinte:

$$\text{Tamanho da Amostra} = \frac{\frac{z^2 * p * (1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 * p * (1-p)}{e^2 * N} \right)}$$

onde: N é o tamanho da população, de 75.775 enfermeiros; e a margem de erro (utilizamos 5%, 0,05); z o escore z (para o grau de confiança de 95%, que equivale a 1,96); e p a proporção da população em cada estrato (Figura 4 e Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Detalhamento do cálculo amostral dos(as) enfermeiros(as) por tipologia dos municípios, segundo o IBGE (2017)

Tipologia dos municípios	P	1-p	Amostragem	Amostragem+12%
Intermediário adjacente	0,08132	0,919	114,6	124,2
Intermediário remoto	0,00979	0,990	14,9	16,1
Rural adjacente	0,23177	0,768	272,6	295,3
Rural remoto	0,02787	0,972	41,6	45,1
Urbano	0,64897	0,351	348,4	377,5
TOTAL	—	—	792,2	858,2

Fonte: SOUSA (2022)

Assim como na pesquisa nacional, optou-se por incluir 12% a mais do valor calculado por estrato para compensar as possíveis perdas de enfermeiros(as). Tal percentual justifica-se por ter sido o percentual de perdas registradas na pesquisa sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil”, que apresentou como sujeitos enfermeiros(as) de todo o Brasil (MACHADO *et al.*, 2017).

Para a definição do tamanho da *amostra de municípios*, a fórmula utilizada foi:

$$\text{Tamanho da Amostra} = \frac{\frac{z^2 * p * (1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 * p * (1-p)}{e^2 * N} \right)}$$

onde: \underline{N} é o número de municípios segundo o último censo do IBGE (2017); \underline{e} a margem de erro (utilizamos 10%); \underline{z} o escore z (para o grau de confiança de 90%); e \underline{p} a proporção dos municípios em cada região do país. Podemos identificar, na Tabela 2, que na Região Nordeste o número de municípios é igual a 1.794, a proporção correspondeu a 0,3224 e a amostragem foi de 23,4.

Tabela 2. Detalhamento do cálculo amostral dos municípios por região do Brasil

Municípios por região	N	Proporção	Amostragem*
Nordeste	1794	0,3224	21,6
Sudeste	1668	0,2997	20,1
Sul	1188	0,2135	14,3
Centro-Oeste	466	0,0837	5,6
Norte	449	0,0807	5,4
Total	5565	1,0000	67,0

(*) O número de municípios total no que se refere à pesquisa nacional foi de 85, por ter sido pactuada na Oficina de Alinhamento Teórico-Metodológico a inclusão de todas as capitais do país.

Fonte: SOUSA (2022), adaptado a partir de IBGE (2017)

O critério de seleção foi feito de forma aleatória sem reposição, tanto para os municípios quanto para os(as) enfermeiros(as). Os municípios cujo número de enfermeiros(as) em atuação na APS era inferior ao calculado para a amostra foram excluídos do sorteio. Os municípios selecionados estão apresentados no Quadro 4; no item correspondente ao universo da pesquisa qualitativa.

Considerando o que destaca Creswell (2010), referenciando Keppel (1991) quando trata da seleção aleatória ou amostragem aleatória, asseguramos que neste estudo, ao definirmos os(as) enfermeiros(as) e os municípios para o desenho da amostra qualitativa, cada profissional teve uma probabilidade igual de ser selecionado(a). Garantiu-se assim que a amostra fosse representativa; da mesma forma, garantiu-se a representatividade da amostra dos municípios diante do total existente em toda a região a ser estudada.

De acordo com Silva (2004), torna-se fundamental a inclusão de números representativos de todas as tipologias de municípios regionais, de modo a se representar a heterogeneidade das práticas profissionais dos(as) enfermeiros(as) que atuam na atenção primária à saúde nos diferentes municípios brasileiros. Adotou-se uma amostra estratificada simples em cinco estratos de municípios, conforme se pode constatar na Tabela 1.

No que se refere ao número de participantes em uma pesquisa de abordagem qualitativa, Minayo (2014) esclarece que o que importa não é o critério de representatividade numérica, e ressalta: o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 2014).

Ao discutir os consensos e as controvérsias sobre amostragem e saturações em pesquisas qualitativas, Minayo (2017) assegura que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.

4.7 COLETA DE DADOS

Por se caracterizar como um estudo de métodos mistos, em que se adotou a estratégia transformativa concomitante de acordo com Creswell, (2010) e Creswell e Plano Clark (2013), os dados quantitativos e os qualitativos foram coletados concomitantemente. O período de coleta dos dados foi de novembro de 2019 a agosto de 2021.

Para a *pesquisa quantitativa*, adotou-se o instrumento de coleta de dados do tipo questionário eletrônico (Apêndice 4), elaborado e validado pelo grupo de pesquisadores que compôs a pesquisa multicêntrica “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”.

O instrumento foi constituído de seis blocos de questões: (1) Identificação Pessoal; (2) Formação Profissional; (3) Gestão da Informação e Tradução de Conhecimentos; (4) Condições de Emprego, Trabalho e Salário; (5) Práticas Coletivas nas UBS/ESF; e (6) Práticas Individuais.

As práticas coletivas na APS/ESF foram subdivididas em seis macrocategorias: Atuação no Território; Gestão da UBS, Integralidade e Rede; Equidade; Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde; e Controle Social. As práticas individuais foram divididas em três macrocategorias: Atuação no Território; Gestão; e Assistência. Essas diferentes macrocategorias representaram as dimensões de análise do estudo quantitativo.

A coleta de dados quantitativos teve como base o método *web survey*, o qual consiste em uma estratégia de obtenção de dados primários por meio de tecnologias web: e-mail, redes sociais, sites de divulgação e painéis de usuários da internet (SOUSA, 2022, p. 66).

A estratégia de divulgação da pesquisa e do acesso dos profissionais ao questionário eletrônico deu-se pela disponibilização do *link* da pesquisa em *websites* e redes sociais e através de *cards*; além disso, em vários momentos foram realizadas *lives* com a participação da coordenadora nacional da pesquisa, da coordenadora da Estação Nordeste dos coordenadores dos estados da região. Seguiu-se assim o mesmo planejamento de divulgação adotado pela pesquisa nacional (SOUSA, 2022), com a finalidade de alcançar o maior número de enfermeiros(as) que aceitassem responder ao instrumento de coleta de dados referente ao estudo quantitativo. As Figuras 5 e 6 ilustram as estratégias de divulgação da pesquisa por meio de *cards*.

Figura 5. Card de divulgação da pesquisa

Participe da pesquisa nacional que evidenciará as práticas de Enfermagem no contexto da APS.

Acesse o questionário:
bit.ly/praticasenf

Saiba mais em:
nesp.unb.br

Responda ao questionário da pesquisa das práticas de enfermagem

Nós queremos conhecer você e saber os detalhes do trabalho que você realiza nessas áreas da saúde!

Se você é enfermeiro da Atenção Primária à Saúde ou da Estratégia Saúde da Família, responda os questionários da pesquisa nacional **Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde**.

CLIQUE AQUI E PARTICIPE!

O estudo é realizado pelo Cofen, em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), e produzirá resultados que contribuirão para regular a profissão e subsidiar gestores na elaboração e implementação de políticas públicas.

Logos: Cofen, ECoS, NESP, UnB, ABEFACIO, CONASEMS, CONASS, SUS+

Fonte: NESP (2019)

Figura 6. Card de divulgação da live da pesquisa com a participação da coordenadora da Estação Nordeste e dos coordenadores dos estados da região

LIVE

8 de outubro (quinta-feira)
19h
 YouTube: Laboratório ECoS

Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde

Glenda Naiff Ferreira (UFPA)
 coord. estação Norte

Márcia Rique Carício (UFPB)
 coord. estação Nordeste

José da Paz Alvarenga (UnB)
 coord. estação Centro-Oeste

Gerson Luiz Marinho (UFRJ)
 coord. estação Sudeste

Daniela Savi Geremia (UFFS)
 coord. estação Sul

Fátima Sousa
 coord. geral da pesquisa/ UnB

Elizabete Paz
 representante do Cofen

Maria José Evangelista
 assessora técnica do Conass

Nilo Bretas
 coord. técnico do Conasems

Carlos Leonardo Cunha
 representante da ABEFACIO

Logos: Cofen, ECoS, NESP, UnB, ABEFACIO, CONASEMS, CONASS, SUS+, OPAS

Fonte: NESP (2019)

Conforme se pode observar na Tabela 3, o total de enfermeiros(as) que participaram do estudo de abordagem quantitativa no estado da Paraíba foi de 462, o que representa o recorte amostral e corresponde a um percentual de 6,3% de uma população de 1.635 profissionais,

sendo a Paraíba o segundo estado da Região Nordeste com maior número de participantes na pesquisa.

Destaca-se que na pesquisa nacional, da qual o estudo constitui-se em um extrato, a amostra foi correspondente a de 7.308 de uma população de 75.775 enfermeiras e enfermeiros da APS/ESF (SOUSA, 2022).

Apresenta-se a seguir a distribuição do quantitativo de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa no estado da Paraíba, em relação ao quantitativo do Brasil e da Região Nordeste, em valores absolutos e percentuais.

Tabela 3. Distribuição percentual dos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa em relação à amostra quantitativa do estado da Paraíba, tendo-se como parâmetro o Brasil e a Região Nordeste

BRASIL/NORDESTE/ ESTADOS DA REGIÃO	Enfermeiros(as) na APS/ESF que participaram da pesquisa	
	Total	%
BRASIL	7.308	100
NORDESTE	2.139	29,3
Alagoas	161	2,2
Bahia	503	6,9
Ceará	148	2,0
Maranhão	152	2,1
Paraíba	462	6,3
Pernambuco	257	3,5
Piauí	161	2,2
Rio Grande do Norte	165	2,3
Sergipe	130	1,8

Fonte: SOUSA (2022)

Na *pesquisa qualitativa*, os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice 5), o qual foi validado a partir de um teste-piloto realizado para a pesquisa “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”. Para sua validação, as entrevistas foram realizadas com enfermeiros(as) de unidades básicas de saúde das diferentes regiões administrativas do Distrito Federal, além de enfermeiros(as) da APS do estado do Espírito Santo. Destaca-se que o pesquisador do estudo em pauta, compôs a equipe que desenvolveu as entrevistas no processo de validação do questionário.

O referido roteiro combinou perguntas abertas e fechadas. Foram realizadas entrevistas em profundidade, na perspectiva de analisar as práticas desempenhadas pelos(as)

enfermeiros(as) no contexto da APS. As entrevistas foram realizadas de forma remota, tendo em vista o contexto sanitário da pandemia da covid-19, que exigia distanciamento social. Ressalte-se que, diante desse contexto, as entrevistas foram gravadas e filmadas, de acordo com o Termo de Autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa (Apêndice 6).

De acordo com Minayo (2014), a entrevista, enquanto fonte de informação, fornece dados concernentes à reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, os quais os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos” e só podem ser obtidos com a contribuição do(a) entrevistado(a). A autora esclarece que esses dados constituem uma representação da realidade: ideais, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2014).

Cabe ressaltar que, segundo a autora supracitada, a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados, subsidiando maior entendimento do cenário de pesquisa e compreensão dos sujeitos e dos fenômenos investigados.

No presente estudo, durante as realizações das entrevistas, adotamos o método de pesquisa de narrativas, e, na condição de entrevistador, nos posicionamos com um interlocutor, ouvindo e incentivando o(a) entrevistado(a) a falar, a protagonizar o vivido, apresentando suas reflexões. Desse modo, ao longo da escuta buscamos interagir com os(as) participantes da pesquisa, reconstruindo as experiências e proporcionando aos(às) narradores(as) a oportunidade de acrescentarem uma profusão de sentidos à sua história. Seguimos assim o que defende Minayo (2017) quando exercemos a função de interlocutor.

Minayo (2017) considera que toda narrativa está irremediavelmente influenciada por quem pergunta, como pergunta e por que pergunta, e por quem responde, como responde e por que responde. A autora acrescenta que as habilidades de quem ouve e as possibilidades e os interesses de quem narra tornam o discurso um ato intersubjetivo.

Desse modo, consideramos que a narrativa foi utilizada com a finalidade de uma técnica de mediação, como classificada por Onocko Campos e Furtado (2008) *apud* Baccari (2015).

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS

Os dados quantitativos foram processados através do *software* SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para Windows®, por meio de análise estatística

descritiva e inferencial. A tabulação dos dados foi feita em planilha do Microsoft Excel®. O R foi utilizado para geração de gráficos dos dados do tipo Likert.

A análise descritiva nos permite apresentar a descrição dos dados, sejam eles da amostra ou da população, enquanto a inferência estatística nos possibilita, a partir dos dados, obter conclusões gerais, de modo a generalizar os resultados obtidos na amostra para toda a população estudada, conforme postula Ferreira (2005).

No processamento e na análise dos dados qualitativos utilizou-se o *software* NVivo®. O NVivo – Qualitative Solutions Research NVivo (QSR NVivo) integra uma série de programas dos sistemas CAQDAS (Computer-aided Qualitative Data Analysis Software) que se destinam à análise qualitativa de dados (TEIXEIRA; BECKER, 2001).

A criação de *softwares* para análise qualitativa constitui um importante avanço para a produção de conhecimento nas mais variadas áreas, a exemplo das ciências da saúde, nas quais cada vez mais se trabalha com pesquisas qualitativas, explorando-se temas de relevância através de métodos diversos, usados isoladamente ou de forma combinada (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Guizzo, Krzimirski e Oliveira, (2003), ao referenciar Ferreira e Machado (1999), destacam que o NVivo foi desenvolvido pela Universidade de La Trobe, Melbourne, na Austrália, e se fundamenta no princípio da codificação e do armazenamento de textos em categorias específicas.

Mais do que apenas uma ferramenta para organizar e gerenciar dados de métodos qualitativos e mistos, o NVivo oferece uma experiência de análise de dados qualitativa intuitiva que ajuda a descobrir *insights* de pesquisa mais profundos (QSR INTERNACIONAL, 2020).

O NVivo é um *software* que possibilita organizar e categorizar informações textuais, ao mesmo tempo que ajuda a descobrir tendências e sistematizar análises, facilitando um rápido reexame dos dados. Trata-se de um programa essencial para viabilizar a codificação e a categorização de uma grande quantidade de informações, útil em pesquisas que possuem um grande número de dados. No entanto, embora seja um facilitador do processo analítico, o NVivo não substitui a responsabilidade do pesquisador na interpretação substantiva dos resultados (SILVA; FIGUEIREDO FILHO; SILVA, 2015).

Para melhor compreendermos a utilização do programa NVivo, fizemos uma leitura atenciosa do manual *NVivo 11 Pro for Windows*, apresentado pelo QSR Internacional (2020). A descrição feita por Guizzo, Krzimirski e Oliveira (2003) sobre o processo de codificação com o uso desse *software* contribuiu para nossa compreensão sobre o desenvolvimento do processo, ou seja, sobre a criação de códigos ou categorias úteis à nossa análise.

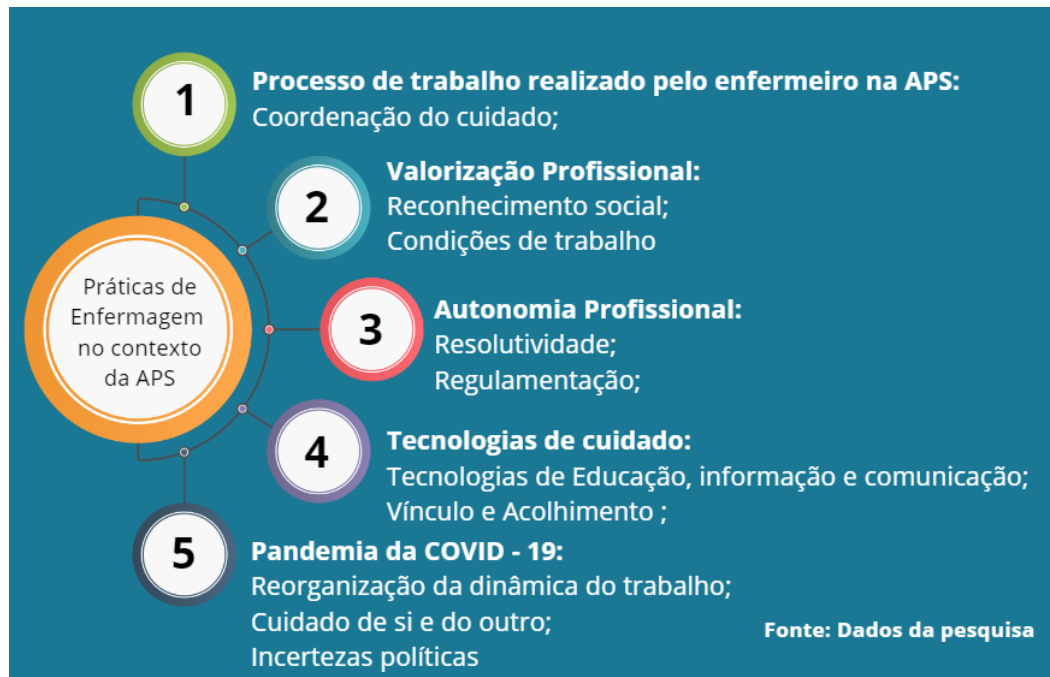
Na presente pesquisa, o NVivo foi perfeitamente aplicável no processamento do material empírico, que consistiu em um grande quantitativo de entrevistas realizadas com os(as) enfermeiros(as) participantes.

Seguindo o mesmo protocolo de análise da pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022), adotamos o Plano de Análise Qualitativa (Apêndice 7). Procedemos ao processamento e à análise dos dados qualitativos, após terem sido realizadas todas as gravações, as transcrições e as validações das entrevistas.

A validação das entrevistas se deu mediante leituras e apreciações das mesmas; sendo em um primeiro momento realizadas por parte da coordenação estadual da pesquisa e posteriormente, pela coordenação regional; ou seja, pelo coordenador de estações. Ressalte-se que no estado da Paraíba, a coordenadora estadual, foi ao mesmo tempo, coordenadora de estações. As entrevistas foram identificadas seguindo este exemplo de codificação: (ENF_NE_000). Desse modo, a seguinte classificação foi aplicada: ENF_PB_001, isto é, profissional, estado, número.

Foram classificadas 05 categorias de análise para o estudo: (1) Processo de Trabalho Realizado pelo(a) Enfermeiro(a) na APS, tendo como subcategoria a Coordenação do Cuidado; (2) Valorização Profissional – subcategorias Reconhecimento Social e Condições de Trabalho; (3) Autonomia Profissional – subcategorias Resolutividade e Regulamentação; (4) Tecnologias de Cuidado - subcategorias Tecnologias de Educação, Informação e Comunicação; Vínculo; e Acolhimento; e (5) Pandemia da Covid-19 - subcategorias Reorganização da Dinâmica do Trabalho; Cuidado de “Si” e do “Outro”; e Incertezas Políticas (SOUSA, 2022). Para cada categoria, foram definidas subcategorias correspondentes, conforme se pode verificar no Protocolo de Análise Qualitativa e de Codificação das Entrevistas (Figura 7 e Apêndice 8).

Figura 7. Categorias e subcategorias analisadas segundo Bardin (2016)



Fonte: Dados da pesquisa

As categorias e as subcategorias foram analisadas segundo a modalidade temática de Bardin (2016), que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado.

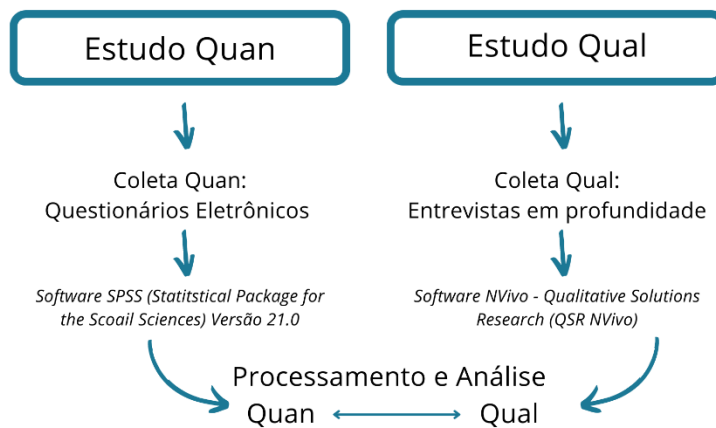
Para tanto, foram seguidas as três etapas operacionais da análise temática: a *pré-análise* (determinação da unidade de registro e de contexto, dos recortes, da forma de categorização, da modalidade de codificação e dos conceitos teóricos mais gerais para a orientação da análise); a *exploração do material* (operação classificatória visando ao alcance do núcleo de compreensão do texto); e o *tratamento dos resultados e as interpretações* (Figura 8).

Figura 8. Fluxograma de desenvolvimento da análise segundo Bardin (2016)

Fonte: Baseado e adaptado de Bardin (2016, p. 102).

Após a análise dos dados quantitativos e dos qualitativos, realizamos a integração dos resultados seguindo os preceitos metodológicos prescritos para os estudos de métodos mistos, o que favoreceu as análises das evidências desta pesquisa (CRESWELL, 2010; CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

A convergência entre o qualitativo e o quantitativo com a utilização desse método de pesquisa reafirmou o constatado por Santos *et al.* (2017): o uso dos métodos mistos proporciona ao pesquisador uma resposta mais ampliada ao problema ou ao fenômeno em investigação.

Figura 9. Fluxograma do desenho do estudo

Fonte: Elaboração própria

4.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tendo sido aprovado sob Parecer nº 3.619.308 e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE nº 20814619.2.0000.0030 (Anexo 1). Todos(as) os(as) enfermeiros(as) participantes da pesquisa assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 9), ao mesmo tempo sendo informados(as) sobre os objetivos da pesquisa, a justificativa, a contribuição, a fidedignidade na análise das informações, a garantia do anonimato, bem como o direito à liberdade de retirarem-se da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejassem.

Seguindo o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), o presente estudo cumpriu todos os preceitos éticos e legais exigidos para a pesquisa com seres humanos, e, por se tratar de uma pesquisa em que não se realizou nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos sujeitos participantes, não houve riscos.

Ressaltamos a garantida manutenção do mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo profissional da identidade do(a) participante da pesquisa. Desse modo, a identidade pessoal não foi nem será incluída em nenhum dos produtos da pesquisa para fins de publicação científica, eliminando-se quaisquer riscos potenciais relacionados à identidade do(a) participante.

Quanto aos benefícios, constata-se a contribuição no fortalecimento das redes sociais para a prevenção e o controle das doenças, no conhecimento acerca do tema, no desenvolvimento do senso crítico e na contribuição com a pesquisa científica no âmbito da informação, da educação e da comunicação em saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE ENFERMEIROS(AS) DA APS/ESF NO ESTADO DA PARAÍBA, NORDESTE, BRASIL

O conhecimento do perfil dos(as) profissionais pode subsidiar programas de readequação de processos de trabalho a fim de melhorar o atendimento à população e garantir uma assistência de qualidade, que vá ao encontro das necessidades da clientela assistida e da efetivação das políticas públicas de saúde. Identificar o perfil do(a) profissional, sua qualificação e seu processo de trabalho tornam-se importante para a adequação do modelo de APS (LIMA *et al.*, 2016).

Na Figura 10 e na Tabela 4 estão apresentados os resultados relacionados à faixa etária e ao sexo dos(as) enfermeiros(as) que participaram desta pesquisa em sua abordagem quantitativa.

Observa-se que, do total de 462 (100%) profissionais, 93,3% são do sexo feminino, correspondendo assim a 431 enfermeiras. Quanto à faixa etária, evidencia-se que a maior quantidade de profissionais tem idade que varia entre 36 e 40 anos, sendo, dessa maioria, 109 do sexo feminino e 9 do sexo masculino. A segunda e a terceira maiores frequências são daqueles(as) com idade entre 31 e 35 anos (94 profissionais) e 26 e 30 anos (78 profissionais), somando-se o quantitativo de ambos os sexos. Vale registrar que apenas uma enfermeira se apresenta na faixa etária de 70 anos ou mais.

A predominância feminina na enfermagem é historicamente reconhecida; vale lembrar que o pioneirismo na profissão se deveu a mulheres como Florence Nightingale, na Europa, e Anna Nery, no Brasil.

O infográfico apresentado pela Organização Pan-Americana da Saúde revela a “Situação da Enfermagem na Região das Américas” (OMS, 2020; OPAS, 2021). Os percentuais relacionados ao sexo do conjunto de profissionais – percentuais extraídos do relatório da Organização Mundial da Saúde sobre “O Estado da Enfermagem no Mundo” – evidenciam que, dos profissionais de enfermagem da região das Américas, 89% são mulheres (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Com relação à distribuição por sexo, de cada dez profissionais de enfermagem no mundo, nove são do sexo feminino. Registram-se importantes variações regionais: 95% dos profissionais na região do Pacífico Ocidental e 76% na região africana são mulheres (OPAS, 2020).

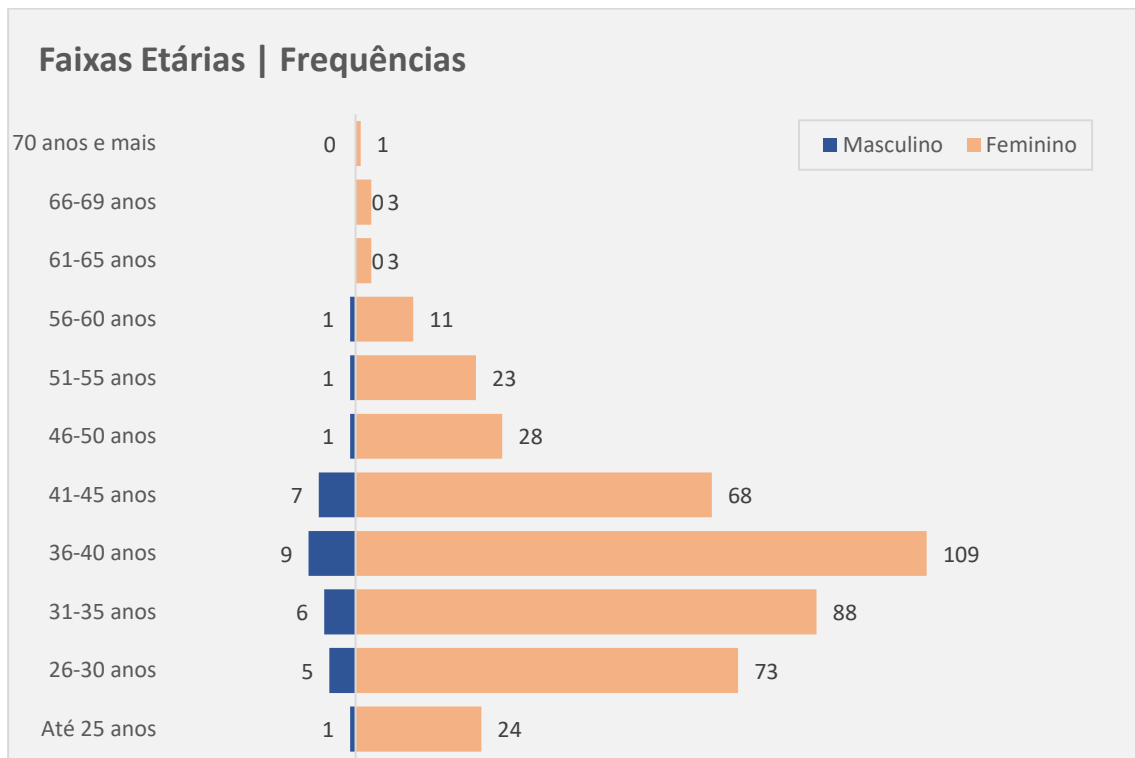
Os resultados de nosso estudo, que evidenciam um alto percentual de enfermeiras em atuação na APS da Paraíba (93,3%), corroboram os achados de outras diversas pesquisas já realizadas em âmbito nacional, as quais também constataram a hegemonia feminina na enfermagem. Exemplos desses estudos são a pesquisa com enfermeiros(as) de saúde da família nas cinco regiões do Brasil, realizada por Biff *et al.* (2020), o estudo do COFEN sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil” (COFEN, 2017; MACHADO *et al.*, 2016) e uma pesquisa mais recente, também realizada pelo COFEN, sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)”, que registrou um percentual de 88,4% de mulheres nesse campo de atuação em todo o território nacional (SOUSA, 2022).

Ressalte-se que, na pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)”, predominou o sexo feminino em todas as regiões do país. Quando se observam a frequência e o percentual dos(as) profissionais participantes do estudo, analisando-se a faixa etária segundo o sexo, a predominância ocorreu nas mesmas faixas etárias: 36-40 anos (24,3%), seguida de 31-35 anos (21,7%), considerando-se a totalidade dos(as) participantes distribuídos nas diferentes faixas etárias.

A predominância do sexo feminino nessas duas faixas etárias também é uma forte evidência na pesquisa desenvolvida na APS da Paraíba. Tem-se assim um quantitativo de enfermeiros(as) consideravelmente jovens em atuação naquele estado.

A idade jovem dentre os(as) profissionais de enfermagem também é confirmada por dados da OMS, em relatório publicado em 2019, referentes à distribuição global por faixa etária, destacando-se que a força de trabalho de enfermagem é relativamente jovem: 38% dos(as) profissionais têm idade inferior a 35 anos – considerados(as) os(as) que estão no início da profissão –, em comparação aos 17% com 55 anos ou mais, que já têm longo tempo de atuação. Observam-se disparidades regionais, havendo faixas etárias consideravelmente mais velhas nas regiões das Américas, com 24% de profissionais com 55 anos ou mais, e na Europa, com por volta de 18% (WHO, 2020).

Figura 10. Distribuição de frequências das faixas etárias de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa segundo o sexo (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 4, vê-se que, quanto ao quesito raça/cor, as duas maiores predominâncias são pardos(as), com 229 (49,6%), e brancos(as), com 201 (43,5%); e, quanto à religião, 336 (72,7%) são católicos(as). Do total de 462 profissionais, 218 são casados(as), representando 47,2% dos(as) pesquisados(as).

Tabela 4. Distribuição de frequências e percentuais de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa quanto a sexo, raça/cor, faixa etária, religião e estado civil (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Características	Frequência	%
Sexo		
Feminino	431	93,3
Masculino	31	6,7
Raça/cor		
Amarela	10	2,2
Branca	201	43,5
Indígena	1	0,2
Parda	229	49,6
Preta	19	4,1
Não desejo declarar	2	0,4
Faixa etária		

Até 25 anos	25	5,4
26-30 anos	78	16,9
31-35 anos	94	20,3
36-40 anos	118	25,5
41-45 anos	75	16,2
46-50 anos	29	6,3
51-55 anos	24	5,2
56-60 anos	12	2,6
61-65 anos	3	0,6
66-69 anos	3	0,6
70 anos e mais	1	0,2
Religião		
Ateu	3	0,6
Católico	336	72,7
Espírita	20	4,3
Evangélico	71	15,4
Não desejo declarar	17	3,7
Outros	15	3,2
Estado civil		
Casado(a)	218	47,2
Divorciado(a)	27	5,8
Separado(a)	3	0,6
Solteiro(a)	155	33,5
União estável	50	10,8
Viúvo(a)	4	0,9
Outros	5	1,1
TOTAL	462	100%

Fonte: Dados da pesquisa

O quantitativo de participantes da pesquisa e seu componente qualitativo estão distribuídos na Tabela 5, na qual se apresentam informações relacionadas a sexo, raça/cor, morar ou não no local onde trabalha e motivação pelo local de trabalho, de acordo com a tipologia de municípios.

Tabela 5. Distribuição de frequências e percentuais de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa qualitativa quanto a sexo, raça/cor, morar no local onde trabalha e motivação pelo local de trabalho, de acordo com a tipologia dos municípios (Paraíba, Nordeste, Brasil)

VARIÁVEL		Estatística	TIPOLOGIA MUNICIPAL			Total N=45
			Intermedi- ário adjacente	Rural adjacente	Urban o	
Gênero	Feminino	Frequência	9	16	14	39
		% em Variável	23,1%	41,0%	35,9%	100,0%
	Masculino	Frequência	0	5	1	6
		% em Variável	0,0%	83,3%	16,7%	100,0%
Raça/cor	Branca	Frequência	3	10	6	19
		% em Variável	15,8%	52,6%	31,6%	100,0%
	Parda	Frequência	5	11	7	23
		% em Variável	21,7%	47,8%	30,4%	100,0%
	Amarela	Frequência	1	0	0	1
		% em Variável	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Preta	Frequência	0	0	0	0
		% em Variável	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Indígena	Frequência	0	0	0	0
		% em Variável	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Ignorado	Frequência	0	0	2	2
		% em Variável	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Mora no local onde trabalha	Não	Frequência	3	11	0	14
		% em Variável	21,4%	78,6%	0,0%	100,0%
	Sim	Frequência	6	10	15	31
		% em Variável	19,4%	32,3%	48,4%	100,0%
Motivação pelo local de trabalho	Concurso	Frequência	6	18	4	28
		% em Variável	21,4%	64,3%	14,3%	100,0%
	Contrato de trabalho	Frequência	0	0	6	6
		% em Variável	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Lotação da SMS - Secretaria Municipal de Saúde	Frequência	0	0	6	6
		% em Variável	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Outros	Frequência	0	0	6	6
		% em Variável	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Por residir no local	Frequência	2	1	0	3
		% em Variável	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
Próximo à residência	Frequência	1	2	5	8	
	% em Variável	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%	
TOTAL			9	21	14	45

Fonte: Dados da pesquisa

Ao se considerar o somatório de profissionais distribuídos(as) entre as diferentes tipologias de municípios, houve predominância do sexo feminino, da cor parda e de residir no local de trabalho. Dentre os(as) 45 enfermeiros(as) pesquisados(as), 39 são mulheres; no quesito raça/cor, a maioria (23) é parda; 31 moram no local de trabalho; e quanto àquilo que os(as) motiva a morar no local onde trabalham, 28 profissionais afirmaram ser o fato de estarem vinculados(as) por concurso público.

Conforme a Tabela 6 (parte quantitativa da pesquisa), os(as) enfermeiros(as) foram investigados(as) com perguntas relacionadas à vinculação ao município onde trabalham: se residem no município onde trabalham; há quantos anos atuam na APS do município onde trabalham atualmente; e se nasceram no município onde residem.

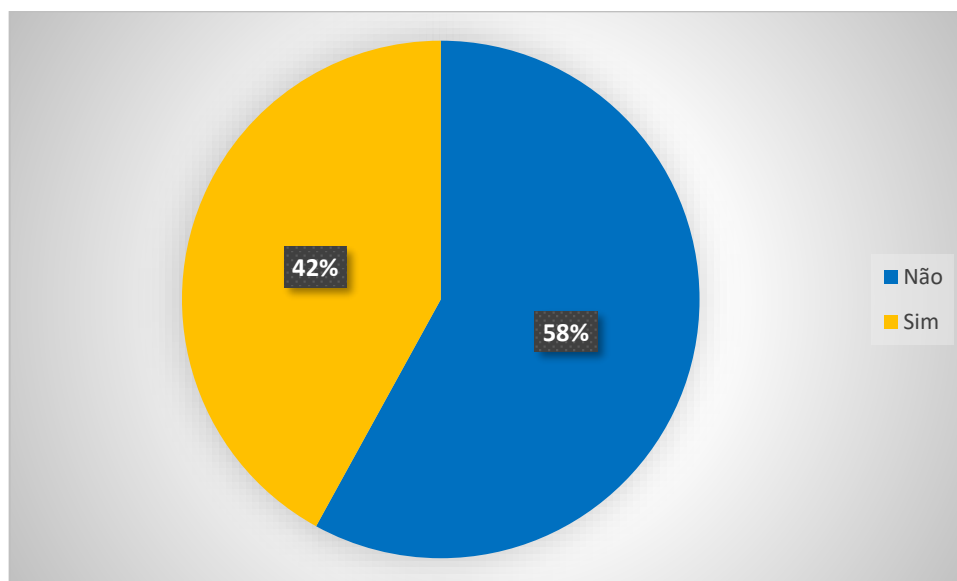
Tabela 6. Distribuição de frequências e percentuais de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa quanto a residirem no município onde trabalham e aos anos de atuação na APS/ESF do município onde trabalham atualmente (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Características	Frequência	%
Você reside no município onde trabalha?		
Não	161	34,8
Sim	301	65,2
Há quantos anos você atua na APS no município onde trabalha atualmente?		
De 0 a 4 anos	195	42,2
De 5 a 8 anos	85	18,4
De 9 a 12 anos	89	19,3
Mais de 12 anos	93	20,1
Você nasceu no município onde trabalha?		
Não	268	58,0
Sim	194	42,0
TOTAL	462	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Constatou-se que um quantitativo de 301 (65,2%) profissionais residem no município onde trabalham. Ao se perguntar sobre o tempo de atuação na APS do município onde atualmente trabalham, 42,2% dos(as) enfermeiros(as) informaram que atuam no município há um período de 0 a 4 anos. Os(As) que trabalham no município por um maior período, ou seja, há mais de 12 anos, representam um percentual de 20,1%. Quanto a terem nascido no município onde trabalham (Tabela 6 e Figura 11), menos da metade respondeu positivamente, isto é, um percentual de 42,0%, o que corresponde a 194 dos(as) participantes da pesquisa.

Figura 11. Distribuição percentual das respostas de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa referentes à questão: “Você nasceu no município onde trabalha?” (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Quando se busca investigar o local de moradia dos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF em relação ao município onde atualmente trabalham, vê-se a importância da inserção e da vinculação desses(as) profissionais ao município, no sentido da ampliação do olhar e do conhecimento do território de saúde em que atuam, de maneira que possam conhecer, compreender e vivenciar o cotidiano das pessoas que ali vivem e convivem. Assim, é possível conhecer a cultura, os hábitos e os costumes das comunidades, as singularidades locais, de modo a compreender as complexidades das populações ali residentes e seus processos de saúde e adoecimento frente às situações de vulnerabilidade social e sanitária. Essa proximidade permite também um vínculo maior com os usuários dos serviços de saúde, promovendo um melhor desenvolvimento das práticas de cuidado nas unidades de saúde e no ambiente comunitário.

Nesse sentido, concordamos com outros pesquisadores para os quais a ampliação do olhar dos(as) profissionais da APS/ESF sobre o território contribui para a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional. Contribui também para a (re)construção do vínculo dos(as) profissionais e do sistema de saúde com o lugar, para a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico e para a incorporação efetiva do paradigma da promoção da saúde e da participação (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

5.2. PERFIL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

5.2 PERFIL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS(AS) DA APS/ESF NO ESTADO DA PARAÍBA, NORDESTE, BRASIL

Para o conhecimento do perfil de formação profissional, na Tabela 7 (pesquisa quantitativa) e no Quadro 5 (pesquisa qualitativa) adotaram-se diferentes variáveis: natureza da instituição na qual se graduou em Enfermagem; país da instituição na qual cursou a graduação em Enfermagem; ano de conclusão; se possui outra graduação além de Enfermagem; e, caso possua, qual a natureza da instituição em que realizou a segunda graduação e qual o país da instituição em que realizou a segunda graduação. Foi importante investigar também se os(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) tinham titulações concluídas, considerando-se titulações *lato sensu* e *stricto sensu*.

Tabela 7. Variáveis que caracterizam o perfil da formação profissional de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes de pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Variável	Frequência	%
Natureza da instituição na qual se graduou (Enfermagem)		
Privada	282	61,0
Pública	171	37,0
Não respondeu	9	1,9
País da instituição na qual se graduou (Enfermagem)		
Brasil	453	98,1
Não respondeu	9	1,9
Ano de conclusão		
Entre 2016 e 2021	100	21,6
Entre 2011 e 2015	100	21,6
Entre 2001 e 2010	193	41,8
Entre 1991 e 2000	41	8,9
Antes de 1990	19	4,1
Não respondeu	9	1,9
Você possui outra graduação, além de Enfermagem?		
Não	408	88,3
Sim	45	9,7
Não respondeu	9	1,9
Natureza da instituição na qual realizou a segunda graduação		
Privada	22	4,8
Pública	23	5,0
Não se aplica ou não respondeu	417	90,3
País da instituição na qual realizou a segunda graduação		
Brasil	44	9,5
Outros	1	0,2
Não se aplica	417	90,3

Titulações concluídas – Residência		
Não	438	94,8
Sim	15	3,2
Não respondeu	9	1,9
Titulações concluídas – Especialização		
Não	117	25,3
Sim	336	72,7
Não respondeu	9	1,9
Titulações concluídas – Mestrado		
Não	417	90,3
Sim	36	7,8
Não respondeu	9	1,9
Titulações concluídas – Doutorado		
Não	450	97,4
Sim	3	0,6
Não respondeu	9	1,9
Titulações concluídas – Pós-doutorado		
Não	453	98,1
Sim	0	0
Não respondeu	9	1,9
Titulações concluídas – Livre-docência		
Não	440	95,2
Sim	13	2,8
Não respondeu	9	1,9
TOTAL	462	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a tabela acima, considerando-se a natureza da instituição de realização da graduação em Enfermagem, dos(as) 462 (100%) participantes da pesquisa, 282 (61%) estudaram em instituições privadas; 171 (37,0%) em instituições públicas; e 9 (1,9%) não responderam. Constatou-se que 453 profissionais (98,1%) são graduados(as) em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras. E, levando-se em conta aqueles(as) que não responderam à pergunta sobre a natureza da instituição na qual se graduaram, uma mesma frequência (9) e percentual (1,9%) de profissionais não informaram o país da instituição pela qual se graduaram em Enfermagem. Com base nesses resultados, percebe-se que a maioria dos(as) enfermeiros(as) em atuação na APS/ESF no estado da Paraíba é egressa de instituições privadas, com formação no Brasil.

Quadro 5. Frequências e percentuais de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa qualitativa quanto ao ano de conclusão da graduação, ao tipo de instituição e às pós-graduações *lato sensu* e *stricto sensu* distribuídos segundo a tipologia de municípios (Paraíba, Nordeste, Brasil)

VARIÁVEL		Estatística	TIPOLOGIA MUNICIPAL			Total N=45	
			Intermedi- ário adjacente	Rural adjacente	Urba- no		
Ano de conclusão da graduação	Antes de 1990	Frequência	0	0	8	8	
		% em Variável	0,0%	0,0%	100,0 %	100,0%	
	Entre 1991 e 2000	Frequência	1	2	5	8	
		% em Variável	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%	
	Entre 2001 e 2010	Frequência	6	10	2	18	
		% em Variável	33,3%	55,6%	11,1%	100,0%	
	Entre 2011 e 2015	Frequência	2	7	0	9	
		% em Variável	22,2%	77,8%	0,0%	100,0%	
	Entre 2016 e 2021	Frequência	0	2	0	2	
		% em Variável	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	Tipo de instituição	Privada	Frequência	5	14	3	22
			% em Variável	22,7%	63,6%	13,6%	100,0%
Pública		Frequência	4	7	12	23	
		% em Variável	17,4%	30,4%	52,2%	100,0%	
Especializa- ção na área	Não	Frequência	2	10	4	16	
		% em Variável	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%	
	Sim	Frequência	7	10	11	28	
		% em Variável	25,0%	35,7%	39,3%	100,0%	
	Ignorado	Frequência	0	1	0	1	
		% em Variável	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
Especializa- ção em outras áreas	Não	Frequência	6	9	11	26	
		% em Variável	23,1%	34,6%	42,3%	100,0%	
	Sim	Frequência	3	12	4	19	
		% em Variável	15,8%	63,2%	21,1%	100,0%	
<i>Stricto sensu</i>	Não	Frequência	9	21	15	45	
		% em Variável	20,0%	46,7%	33,3%	100,0%	
	Sim	Frequência	0	0	0	0	
		% em Variável	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
TOTAL			9	21	14	45	

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 5, apresenta-se o perfil de formação de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa qualitativa distribuído segundo a tipologia de municípios. Pelo que se pode observar, o ano de conclusão predominante corresponde ao intervalo entre 2001 e 2010. Dos(as) 45 participantes desse componente da pesquisa, 18 concluíram a graduação em Enfermagem na primeira década nos anos 2000, período que coincide com a maioria dos(as) profissionais que participaram da pesquisa em seu componente quantitativo (Tabela 7). Quanto à natureza da instituição, contrariamente ao que se observou na análise da pesquisa quantitativa, a maioria dos(as) enfermeiros(as) (23) que integraram a amostra qualitativa é egressa de instituições públicas, enquanto 22 são egressos(as) de instituições privadas; porém, aqui a

diferença foi de apenas um profissional, quando se comparam os tipos de instituição. Nos resultados da pesquisa quantitativa (Tabela 7), dos(as) 462 pesquisados(as), 282 (61,0%) profissionais têm formação em instituições privadas.

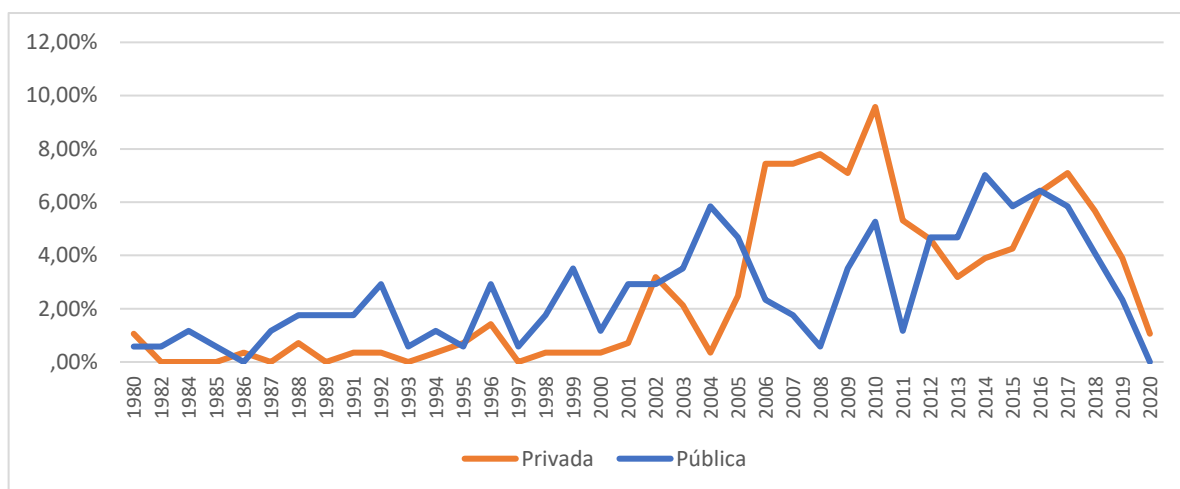
Nos resultados do Quadro 5, é possível notar que 28 profissionais possuem especialização em sua área de atuação e 19 possuem essa modalidade de pós-graduação em outra área de conhecimento. No que se refere às pós-graduações *stricto sensu*, do total de 45 enfermeiros(as) que participaram da investigação qualitativa da pesquisa, nenhum apresentou curso nesse nível de formação. No entanto, na pesquisa quantitativa, pelo que se pode verificar na Tabela 7, do total 462 participantes, 52 possuem pós-graduações *stricto sensu*, distribuídas entre diferentes modalidades: mestrado, 36 (7,8%); doutorado, 3 (0,6%); e livre-docência, 13 (2,8%). Essas evidências observadas nos dois grupos pesquisados (amostra quantitativa e qualitativa) nos levam a inferir que, dentre os(as) enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, ainda há necessidade de maiores investimentos, estímulos e motivação por parte de profissionais e gestores no incentivo à qualificação em nível de pós-graduação.

O predomínio das instituições privadas na formação das(os) enfermeiros(as) foi também uma evidente constatação do estudo realizado sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil”, o qual registrou um percentual de 57,4% de enfermeiros(as) egressos(as) dessas instituições (COFEN 2017).

A pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022) também registrou a predominância de enfermeiros(as) formados(as) em instituições privadas (66,9%), com graduação concluída no Brasil (97,9%).

Foi evidenciado que, em sua grande maioria, os(as) enfermeiros(as) que atuam na APS/ESF no estado da Paraíba concluíram a formação a partir do ano de 2001, sendo 193 (41,8%) entre 2001 e 2010; 100 (21,6%) entre 2011 e 2015; e outros 100 (21,6%) entre 2016 e 2021. Dentre todos(as) os(as) participantes, 41 (8,9%) a concluíram durante a década de 90, ou seja, entre 1991 e 2000, e 9 (1,9%) não responderam (Tabela 7 e Figura 12).

Figura 12. Distribuição proporcional de graduação em Enfermagem por natureza da instituição formadora segundo o ano de conclusão de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Na Figura 12, fica evidente a linha de crescimento que caracteriza o maior período (2001 a 2010) de conclusão do curso por parte dos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as); trata-se da linha amarela, que alcança seu pico em 2010.

Nos resultados deste estudo, o período que corresponde à predominância do ano de conclusão é igual ao observado na pesquisa nacional sobre as práticas de enfermagem na APS, já referenciada anteriormente. Naquela pesquisa, os(as) participantes, em sua maioria (42.6%), concluíram a graduação entre 2001 e 2010 (SOUSA, 2022).

Para discutirmos essas evidências, faz-se necessário tomarmos como base referencial as mudanças do ensino superior brasileiro:

[...] após a Reforma Universitária de 1968, registra-se que a graduação em enfermagem encontra um terreno fértil para a sua expansão. Se na década de 1960 apenas três novos cursos foram criados, a década de 1970 contou com o surgimento de 39 novos cursos, 28 em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e 11 em privadas. De 1980 a 1990 foram criadas 62 escolas de enfermagem, 42 em instituições públicas. A participação das IES privadas se manteve estável até a década de 90, quando em 1996 a promulgação da Lei nº 9.394/96 (Lei das Diretrizes Bases da Educação Nacional) promoveu um alinhamento das políticas educacionais do país com a flexibilização, liberalização, diversificação de financiamento e redefinição do papel do Estado na educação. Logo, é a partir do final dos anos 1990 que o crescimento no setor privado supera o público na oferta de cursos e de vagas em enfermagem. (FEHN; GUARACIABA-ALVES; DAL POZ, 2021, p. 4)

Buscando acompanhar as transformações do setor privado de ensino superior no Brasil durante a primeira década do século XXI, Sampaio (2011, p. 36) concluiu que, naquela década, as instituições privadas já representavam 90% do total de estabelecimentos de ensino superior

no país, e que o crescimento do número de universidades ocorrido desde o final dos anos 1980 até o início dos anos 2000 se refletia no percentual de matrículas nas universidades no país; quase 60% dos alunos de ensino superior estudavam em universidades particulares.

A autora supracitada, fazendo referência a Harvey (1989), com base na obra *A condição pós-moderna*, considera que “a relação do setor privado de ensino superior com a demanda de mercado parecia estar em consonância com a produção *just on time* do capitalismo contemporâneo e do deslocamento da esfera da produção para a de consumo” (SAMPAIO, 2011, p. 39).

Concordamos com Sampaio (2011, p.) em que o rápido crescimento do investimento privado no ensino superior no Brasil por meio de grandes redes educacionais, a maioria de caráter internacional, tem provocado mudanças profundas com questões que se inserem no debate sobre o ensino superior no país, a exemplo daquelas que remetem à qualidade dos cursos oferecidos. Ressalte-se que a iniciativa de maior impacto para os rumos do ensino superior privado no Brasil foi a resposta ao art. 1º do Decreto nº 2306/1997 do Ministério da Educação (MEC), pelo qual as entidades mantenedoras puderam assumir qualquer uma das formas admitidas em direito, de natureza civil e comercial.

A LDB vigente contribuiu fortemente para essa expansão do ensino superior privado; e, no que concerne ao ensino de enfermagem, antes de sua promulgação,

[...] no período de 1991 até 1996, por exemplo, o percentual de crescimento do ensino superior em enfermagem foi de apenas 4,71%, enquanto entre 1996 e 2004 foi de aproximadamente 287%. A mesma tendência foi percebida nos anos seguintes. Em 2003 havia 243 cursos de graduação em enfermagem ofertados pelo setor privado e 89 pelo público, em 2004 esses números foram para 322 e 93, respectivamente. As vagas ofertadas em 2003 somavam 41.937 no setor privado e 5.410 no público, no ano seguinte os números saltaram para 64.803 e 5.597, respectivamente, um aumento de 154,5% de vagas no setor privado. (FEHN; GUARACIABA-ALVES; DAL POZ, 2021, p. 5)

Um dado que, na nossa compreensão, torna-se um fator preocupante no âmbito das instituições privadas do ensino de graduação em Enfermagem, se refere ao fato de, segundo os autores anteriormente referenciados, em 2006 terem sido criados os primeiros cursos de Enfermagem a distância. Distribuídos em 14 polos, em 2019 foram oferecidos 130 cursos por 9 instituições, somando um total de 82 mil vagas disponíveis na modalidade de Educação a Distância (EAD). Em 2021, essa modalidade representava 28% do total de vagas ofertadas para graduação em Enfermagem no Brasil. No setor privado, comparado com a modalidade presencial, o ensino a distância representa 30,8% das vagas oferecidas. Concordando com o que enfatizam Fehn, Guaraciaba-Alves e Dal Poz (2021, p. 9), a EAD é um “método ainda

controverso e bastante questionado em cursos na área da saúde, uma vez que a formação não prescinde de interação pessoal, especialmente para o objeto fim do exercício da enfermagem, o cuidado”.

Analisando-se a tendência de distribuição das escolas de enfermagem no Brasil no que se refere às matrículas, no ano de 2018 as instituições privadas receberam 91,5%, e, dentre as cinco regiões do país, a Região Nordeste é a segunda com maior percentual de distribuição (31,1%), sendo a maioria distribuída pela Região Sudeste (37,8%). Com base nos dados obtidos nos sites do e-MEC quanto à distribuição de cursos presenciais e vagas de graduação em Enfermagem no Brasil em 2020, no estado da Paraíba existem 5 IES públicas com oferta de 410 vagas, enquanto as IES privadas são 17, ofertando 3.580 vagas (FEHN; GUARACIABA-ALVE; DAL POZ, 2021, p. 6).

O panorama aqui contextualizado sobre a expansão do ensino superior privado no Brasil, e notadamente no que se refere aos cursos de graduação em Enfermagem, contribui para justificar as evidências apresentadas nos resultados desta tese, em que a maioria (61,0%) dos(as) profissionais pesquisados(as) é egressa de IES privadas.

No presente estudo, perguntou-se aos(as) participantes se possuíam ou não outra graduação além de Enfermagem. Dos(as) 462 enfermeiros(as) (100%), 408 (88,3%) informaram que não, e apenas 45 (9,7%) responderam que sim. Quanto à natureza da instituição na qual realizaram a segunda graduação, 90,3% dos(as) profissionais não responderam, ou seja, 417 profissionais. Dentre os(as) 45 que possuem outra graduação para além da Enfermagem, 23 (5,0%) a cursaram em instituições públicas, e 22 (4,8%) em instituições privadas. Sobre o país da instituição na qual foi realizada a segunda graduação, apenas 45 participantes o informaram, e, destes(as), 44 (9,5%) a realizaram no Brasil (Tabela 7).

Na Figura 13, a nuvem de palavras apresenta os diferentes cursos realizados pelos(as) enfermeiros(as) quando de uma segunda graduação; aqueles que aparecem com mais destaque são Direito, Educação, licenciatura em Enfermagem e Educação Física.

No que se refere à licenciatura em Enfermagem, desde a década de 1960, no Brasil, existem cursos de Enfermagem voltados também à formação de professores para atuação em escolas técnicas da área da saúde, especificamente na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem (EPTNM) – voltada à formação de auxiliares e técnicos de enfermagem –, compondo-se como bacharelado e licenciatura (CORRÊA, 2018).

Na Paraíba, a formação e a qualificação de enfermeiros(as) licenciados(as) teve início a partir de 1972, com a aprovação do Parecer nº 163/72 e da Resolução nº 4/72 do CFE, orientando as Resoluções nº 03/74 e 11/74 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão

(CONSEPE) da UFPB. A partir de então, com a reformulação do currículo, o curso de Enfermagem e Obstetrícia passou a compreender três partes sucessivas: *pré-profissional*; *tronco profissional comum*; e *habilitações* (médico-cirúrgica, obstétrica e em saúde pública), incluindo ainda a licenciatura em Enfermagem como quarta opção (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Os cursos de licenciatura sempre foram regulamentados pelas legislações específicas do campo da educação; todavia, independentemente do modelo vigente, mantiveram relações com a formação do(a) enfermeiro, dada sua especificidade, voltada predominantemente para a formação do(a) professor(a) que atua nos cursos de auxiliares/técnicos de enfermagem. Esses cursos, nas legislações atuais, estão inseridos na modalidade de educação profissional técnica de nível médio, no âmbito da educação básica (CORRÊA, 2018).

Em concordância com Spessoto (2018, p. 17-18), destaca-se que ao longo da década de 1990 e no início dos anos 2000, por meio da reformulação curricular direcionada à enfermagem e da mudança no perfil das políticas públicas de saúde, o perfil de formação do(a) enfermeiro(a) educador(a) foi sendo *reorientado*. Dessa forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCEnf) de 2001 indicam que o(a) enfermeiro(a) bacharel deve desenvolver competências para o ensino em enfermagem, seja este direcionado ao indivíduo, à coletividade, à equipe de enfermagem e, em específico na área da atenção básica em saúde, aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica.

Desse modo, os(as) enfermeiros(as) que possuem o curso de licenciatura têm sua formação orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Enfermagem (DCEnf) de 2001 (BRASIL, 2001), as quais se fundamentam na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996) –, bem como nas diretrizes de formação de professores(as). A mais recente resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) e do Conselho Pleno (CP) do Ministério da Educação (MEC), que orienta a formação de professores(as) licenciados(as), é a Resolução CNE/CP nº 2/2019⁴ (BRASIL, 2019), que define as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Formação Inicial de Professores para a Educação Básica e institui a Base Nacional Comum para a Formação Inicial de Professores da Educação Básica (BNC-Formação).

Quanto à opção dos(as) profissionais pesquisados(as) que buscaram uma segunda graduação e que escolheram o campo da Educação, mesmo que os(as) enfermeiros(as) que

⁴ Conforme destaque do próprio documento da resolução, esta foi republicada, por ter saído com incorreção, no Diário Oficial da União - DOU de 10/02/2020, Seção 1, p. 87-90. Assim, incorpora as correções aprovadas na Sessão Extraordinária do Conselho Pleno, realizada no dia 11/03/2020.

tenham por objetivo ampliar sua profissionalização frente ao mercado e às oportunidades de trabalho, na nossa compreensão os conhecimentos adquiridos nessa formação os(as) qualificam de forma significativa, contribuindo para os processos didáticos-pedagógicos no exercício de suas práticas, especialmente quando desenvolvem cursos de capacitação enquanto ministrantes nos treinamentos dos(as) profissionais de enfermagem e da equipe de saúde, na perspectiva de um melhor desempenho dos(as) profissionais e da qualificação do cuidado em saúde.

Quanto à predominância do curso de Direito, que também se apresenta como uma segunda graduação dos(as) participantes desta pesquisa, enfatiza-se que mesmo que os(as) enfermeiros(as), ao realizarem essa formação, tenham por finalidade ampliar sua profissionalização frente ao mercado e às oportunidades de trabalho, tal formação também contribui na qualificação desses(as) profissionais, especialmente quando se identifica na atualidade um grande interesse pela Enfermagem *Advocacy*. Concordamos com Logan, Pauling e Franzen (2011) em que o estado atual dos cuidados de saúde exige que enfermeiros(as) com habilidades de advocacia naveguem no sistema político e informem o público e os formuladores políticos sobre o papel e o valor da enfermagem.

Em pesquisa de *scoping review* realizada por Alvarenga *et al.* (2021) sobre os “Modelos de formação para a atenção primária à saúde: evidências no contexto do ensino de enfermagem”, os achados da literatura revelaram a importância e a necessidade do ensino-aprendizagem para a defesa de direitos e da justiça social. Identificou-se o interesse em investir em Enfermagem *Advocacy*.

Porém, é importante considerar o que enfatizam Alvarenga *et al.* (2021) em seu estudo de revisão. De acordo com Mendes *et al.* (2019), na enfermagem a *advocacy* não representa uma apropriação do exercício do direito, mas o reconhecimento de que essa atuação se diferencia daquela das demais profissões, pois emerge do trabalho do(a) enfermeiro(a) como defensor(a) dos direitos do paciente como base ontológica, epistêmica e volitiva da enfermagem.

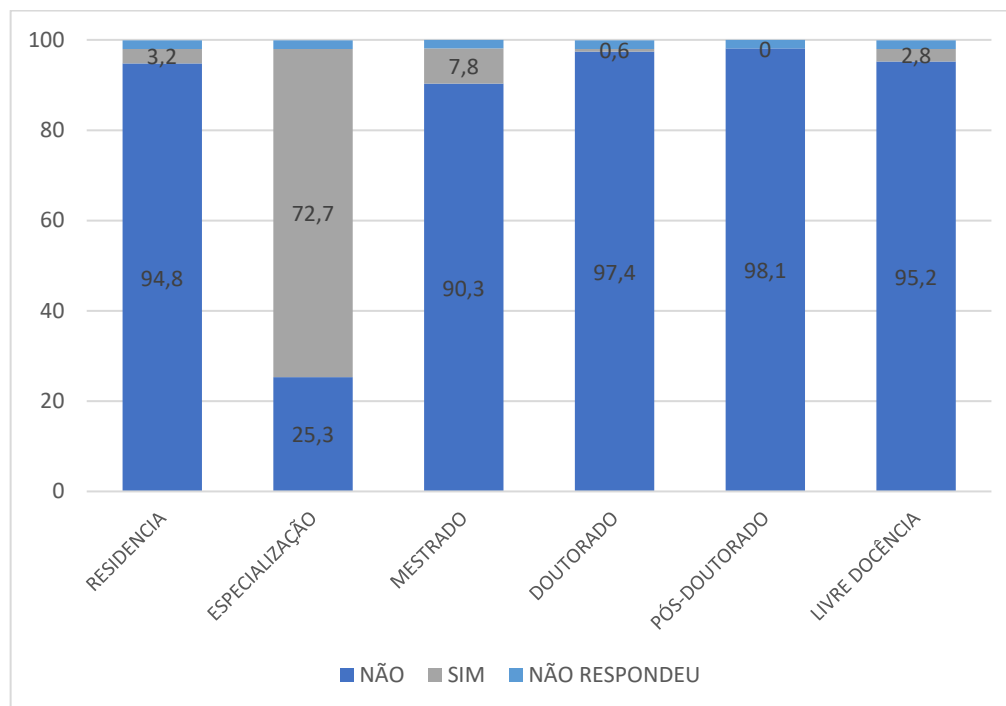
Figura 13. Nuvem de palavras ilustrando outra graduação além de Enfermagem realizada por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

O perfil de formação profissional relacionado à frequência das titulações é analisado a partir dos resultados apresentados na Figura 14, com os diferentes níveis de pós-graduação: *lato sensu* (residência e especialização) e *stricto sensu* (mestrado, doutorado, pós-doutorado e livre-docência). Predominantemente, os(as) enfermeiros(as) afirmaram ter concluído cursos de especialização, sendo do total de profissionais um quantitativo de 336 (72,7%); 117 (25,3%) não possuem especialização. É significativa a frequência daqueles(as) que não possuem residência, uma vez que somam 438 (94,8%); apenas 15 profissionais (3,2%) possuem esse nível de titulação dentre todos(as) os(as) pesquisados(as). Quando se analisam a frequência e o percentual de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, fica evidente a elevada frequência de profissionais que não possuem qualquer titulação nesse nível, com quantitativos de 417 a mais e percentuais superiores a 90%. Destaca-se que 36 (7,8%) possuem mestrado; apenas 3 (0,6%) possuem doutorado; 13 (2,8%) concluíram a livre-docência; e nenhum(a) possui pós-doutorado. Tomando-se cada um dos níveis de titulação, 9 (1,9%) enfermeiros(as) não responderam se os possuem ou não.

Figura 14. Distribuição de frequência das titulações concluídas por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Analisando-se o perfil dos(as) enfermeiros(as) da APS, particularmente aqueles(as) com atuação na ESF das cinco regiões brasileiras, Biff *et al.* (2020) registraram que 82,5% dos(as) participantes concluíram cursos de residência ou especialização. Considera-se que uma melhor formação contribui para atingir a eficiência, a eficácia e a efetividade almejadas para a consecução da atenção integral. Entretanto, ainda é baixa a taxa de profissionais com pós-graduação na modalidade de residência, e é elevado o número de especializações, as quais são muitas vezes desconectadas daquilo de que realmente precisa o sistema de saúde do país.

Barbosa *et al.* (2011) *apud* Carregal *et al.* (2021) consideram que os motivos que levam os(as) profissionais a buscar a especialização *lato sensu* são a oportunidade de ingresso no mercado de trabalho, a maior valorização profissional e o aumento do salário.

Acredita-se que a predominância da especialização dentre as titulações apresentadas pelos(as) enfermeiros(as) deva-se à variedade de um elenco de especialidades; de acordo com Koster (2019, p. 94), atualmente há um quantitativo de 60 especializações. Ao referenciar Carreiro (2006), o autor destaca que o Conselho Federal de Enfermagem iniciou o processo de definição das especialidades em 1998, com a Resolução nº 100, delimitando então oito setores da enfermagem como objeto de especialização. Em 2001, esse número foi ampliado por meio da Resolução COFEN nº 260/2001, a partir da qual foram reconhecidas 37 especialidades. Em

2004, a Resolução COFEN nº 290/2004 ampliou para 42 o número de especialidades reconhecidas pelo conselho federal.

Koster (2019) afirma que nenhuma das duas resoluções está disponível no sítio do COFEN, o que realmente foi possível constatar, quando buscamos acessá-las.

Seguindo sua análise documental sobre as resoluções do COFEN referentes às especialidades, Koster (2019, p. 94) constata que em 2011, com a Resolução COFEN nº 389/2011, o número de especialidades sobe para 44. Em 2018, três resoluções são publicadas pelo Conselho Federal (Resoluções nº 570/2018, nº 577/2018 e nº 581/2018), nas quais são normatizados o registro obrigatório e o elenco das especialidades reconhecidas.

A Resolução COFEN nº 581/2018 sofreu alterações quando da inclusão do reconhecimento da especialidade de Enfermagem Nuclear, a partir da Resolução COFEN nº 625/2020 e das decisões COFEN nº 065/2021 e nº 120/2021, inserindo na Área III, que corresponde a Ensino e Pesquisa, o item “Bases Epistemológicas e Filosóficas da Enfermagem” (COFEN, 2021a, 2021b).

Ao buscarmos conhecer o que estabelece a Resolução COFEN nº 0581/2018, verificamos que ela “Atualiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem os procedimentos para Registros de Títulos de Pós-Graduação *Lato e Stricto Sensu* concedidos a Enfermeiros e aprova a lista de especialidades”. Em seu art. 6º, a resolução destaca as linhas de atuação que agrupam as especialidades do(a) enfermeiro(a) distribuídas em três grandes áreas: a Área 1 contempla Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde do Adulto (Saúde do Homem e Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências); a Área II volta-se à Gestão; e a Área III dedica-se a Ensino e Pesquisa (COFEN, 2018).

Ao observamos a Resolução COFEN nº 0581/2018, verificamos que nas três grandes áreas encontram-se especialidades inseridas no contexto da APS; por exemplo, na Área I, na subárea “Enfermagem em Saúde Coletiva”, incluem-se “Saúde da Família e Comunidade”, “Saúde Pública”, “Saúde Ambiental” e “Pneumologia Sanitária”. Na subárea “Enfermagem em Vigilância”, estão as especialidades “Vigilância Sanitária”, “Vigilância Epidemiológica” e “Vigilância Ambiental”. Na Área II, identifica-se “Gestão da Estratégia Saúde da Família”. Já a Área III contempla a especialidade “Educação Permanente e Continuada em Saúde” (COFEN, 2018).

Pesquisa realizada por Corrêa *et al.* (2012) sobre o perfil sociodemográfico e profissional dos(as) enfermeiros(as) da APS constatou que, quanto à iniciativa de buscar aperfeiçoamento profissional através da continuidade dos estudos, uma parcela expressiva

dos(as) profissionais (73,4%) relatou possuir pós-graduação em nível *lato sensu*. Contudo, nenhum(a) profissional declarou possuir pós-graduação em nível *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado).

Com base nessas evidências, os autores supracitados asseguram que os resultados analisados têm potencial significativo para contribuir no processo de diagnóstico da situação funcional dos(as) enfermeiros(as) com atuação na APS, bem como no planejamento de ações a serem implementadas pela gestão municipal no sentido de qualificar os(as) profissionais, com vistas a melhor prepará-los para a atuação nesse nível de atenção, que exige tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Os dados levantados apontam para a necessidade de investimentos, por parte dos gestores locais, na educação continuada dos(as) enfermeiros(as).

De acordo com Sousa *et al.* (2021), os gestores não compreendem que, sem projetos de formação e educação permanente para os(as) profissionais da APS/ESF, os municípios seguirão enfrentando dificuldades em dispor de perfil adequado e qualificado para a responsabilidade socio sanitária com vistas à inversão do modelo de atenção à saúde, reproduzindo a alta rotatividade, a precarização e a insatisfação dos(as) trabalhadores(as) da saúde.

Os autores destacam que as barreiras para a organização de projetos de capacitação, formação e educação permanente voltados ao pessoal da APS continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto política de Estado capaz de levar adiante mudanças em curso na formação, sobretudo a dos(as) profissionais da enfermagem. Busca-se que esses(as) profissionais estejam preparados(as) e comprometidos(as) para exercer a prática da saúde integral, familiar e comunitária (SOUSA *et al.*, 2021).

Chama atenção nos resultados deste estudo (Figura 14 e Tabela 7), embora em número reduzido – 13 (2,8%) –, a presença de enfermeiros(as) que informaram ter concluído a livre-docência, uma titulação importante para aqueles(as) em atuação no ensino superior.

Tendo em vista o desenvolvimento do país, a formação de doutores(as) para a docência se mostra fundamental, assim como o estímulo à contínua formação de lideranças. Nesse contexto, a livre-docência entra como estratégia de reconhecimento de trajetórias docentes comprometidas com o ensino, a pesquisa e a extensão. A busca pela mais alta titulação da carreira acadêmica brasileira pode constituir um momento de avanço individual e coletivo, contribuindo para a consolidação de áreas do conhecimento (BARROS *et al.*, 2021).

Acredita-se que a presença de enfermeiros(as) com esse grau de titulação em atuação na APS/ESF no estado da Paraíba possa ser resultado de docentes universitários(as) que, embora já aposentados(as) da carreira acadêmica, tenham estabelecido um novo vínculo de trabalho em determinados municípios para atuação na APS/ESF.

Tabela 8. Formação acadêmica em nível de pós-graduações – residência, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado – realizadas por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Variáveis	Residência		Especialização		Mestrado		Doutorado		Pós-doutorado	
	n = 15	%	n = 336	%	n = 36	%	n = 3	%	n = 0	%
Natureza da instituição na qual realizou a pós-graduação										
Privada	2	0,4	251	54,3	13	2,8	0	0	0	0
Pública	12	2,6	76	16,5	22	4,8	3	0,6	0	0
Não respondeu	448	97,0	135	29,2	427	92,4	459	99,4	0	0
País da instituição na qual realizou a pós-graduação										
Brasil	14	3,0	326	70,6	34	7,4	3	0,6	0	0
Exterior	0	0	1	0,2	1	0,2	0	0	0	0
Não respondeu	448	97,0	135	29,2	427	92,4	459	99,4	0	0
Tempo de duração em meses										
Até 12 meses	1	0,2	75	16,2	1	0,2	0	0	0	0
Entre 13 e 18 meses	0	0	146	31,6	3	0,6	0	0	0	0
Maior que 18 meses	13	2,8	104	22,5	31	6,7	3	0,6	0	0
Não respondeu	448	97,0	137	29,7	427	92,4	459	99,4	0	0
Ano de conclusão										
Entre 2016 e 2021	3	0,6	113	24,5	22	4,8	3	0,6	0	0
Entre 2011 e 2015	2	0,4	83	18,0	8	1,7	0	0	0	0
Entre 2001 e 2010	4	0,9	117	25,3	4	0,9	0	0	0	0
Entre 1991 e 2000	2	0,4	10	2,2	1	0,2	0	0	0	0
Antes de 1990	3	0,6	3	0,6	1	0,2	0	0	0	0
Não respondeu	448	97,0	136	29,4	426	92,2	459	99,4	0	0

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 8, observam-se as pós-graduações realizadas por enfermeiros(as) da APS/ESF na Paraíba participantes da pesquisa, componentes da análise quantitativa. Quanto à natureza da instituição: dos(as) 462 pesquisadas(as) que possuem especialização, a maioria (251, 54,3%) a realizou em instituições privadas. Dos(as) que possuem residência, 12 (2,6%) a fizeram em instituições públicas; 22 (4,8%) com mestrado e 3 (0,6%) com doutorado cursaram suas pós-graduações em instituições públicas.

Quanto ao país da instituição na qual realizaram a pós-graduação, os resultados da Tabela 8, indicam que tanto para as pós-graduações *lato sensu* quanto para as *stricto sensu*, em todos os níveis, predomina a realização no Brasil. Dos(as) profissionais que fizeram pós-graduações no exterior, verificou-se que, dentre aqueles(as) com título de especialização, apenas um(a) a cursou no exterior; o mesmo foi observado dentre aqueles(as) que possuem mestrado, ou seja, os(as) demais cursaram suas pós-graduações no Brasil.

No que se refere ao tempo de conclusão, os(as) que possuem seus cursos de pós-graduação por um maior período de tempo estão distribuídos(as) da seguinte forma: dos(as) que possuem residência, 13 (2,8%) informaram tê-la concluído há mais de 18 meses; dos(as) que possuem especialização, 146 (31,6%) a concluíram há um período de 13 a 18 meses; dos(as) que possuem mestrado, 31 (6,7%) o concluíram há mais de 18 meses. Nesse mesmo período de tempo de conclusão estão todos(as) (3) os(as) profissionais com título de doutorado. Quanto ao ano de conclusão das pós-graduações, entre os(as) enfermeiros(as) com residência e especialização predomina o período de 2001 a 2010; e para os(as) que têm mestrado, 22 (4,8%); e todos(as) os(as) que têm doutorado o ano de conclusão está compreendido entre 2016 e 2021 (Tabela 8).

No que concerne às pós-graduações *stricto sensu*, nesta pesquisa constatamos que a predominância dos anos de conclusão por parte dos(as) participantes correspondeu ao intervalo entre 2016 e 2021, o que pode ser justificado pela expansão dos programas de pós-graduação na área de enfermagem notadamente nas últimas duas décadas. Scochii *et al.* (2013) afirmam que, no século XXI, a era da comunicação, com grandes avanços tecnológicos e de inovação nos sistemas de informação e computação, caracterizou uma nova forma de trabalhar, expandindo e influenciando diretamente a formação em pós-graduação, permitindo às universidades e aos(as) pesquisadores(as) conectar-se com os outros por meio de acessos mais fáceis e rápidos.

Os autores supramencionados reconhecem que a enfermagem também acompanhou essa mudança, e enfatizam que houve uma expansão dos programas de pós-graduação na área de enfermagem. A pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil encontra-se em franca

expansão, constatada pelo aumento do número de cursos e programas, de egressos e da produtividade científica, com publicação de artigos em periódicos com fator de impacto.

Ao se registrar essa evolução e expansão da pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil, é importante lembrar, de acordo com Scochii *et al.* (2013), a criação dos primeiros programas de mestrado e doutorado acadêmicos. O primeiro mestrado surge em 1972 na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os doutorados em Enfermagem foram criados, no Brasil, na década de 1980, o primeiro datando de 1981, embora tenha iniciado em 1982. Os autores ressaltam que a pós-graduação em Enfermagem brasileira é orientada por políticas que propiciam novas conquistas e fortalecem e trazem inovações em suas ações para o alcance de impactos educacionais, sociopolíticos e científicos/tecnológicos significativos para a enfermagem e a saúde, como ciência, tecnologia e profissão social.

Concordamos com Carregal *et al.* (2021, p. 7-8) em que a qualificação do(a) enfermeiro(a) no Brasil, por meio da pós-graduação, contribuiu para o avanço do conhecimento próprio da enfermagem, a partir da obtenção e da produção do saber especializado em áreas científicas, que conferem aos(às) enfermeiros(as) credenciais profissionais.

5.3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO

5.3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO POR ENFERMEIROS(AS) DA APS/ESF NO ESTADO DA PARAÍBA, NORDESTE, BRASIL

O conhecimento é em si mesmo um poder.

Informação é poder.

Francis Bacon

A ciência da informação está associada a todas as áreas do conhecimento, e o conhecimento tem o avanço tecnológico como aliado. Esse avanço por um lado possibilita o acesso ágil e eficiente às fontes de informação e, por outro, evidencia um aumento incontrolável da quantidade de informações que surgem em todos os formatos, principalmente por meio eletrônico. Portanto, saber utilizar a informação passou a ser um fator determinante no exercício do agir comunicativo de cada cidadão para a promoção de sua inclusão social e digital, tema que permeia o cotidiano dos indivíduos, das famílias e das comunidades (MENDONÇA, 2007).

Assim, entendemos que a informação, com seu adequado gerenciamento, e a tradução do conhecimento são elementos facilitadores no cotidiano de trabalho dos(as) profissionais de saúde em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, por conseguinte, contribuem para o processo de trabalho, com as práticas de cuidado, assistência e gestão de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS, convém destacar, é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, e é composta pela promoção de cuidados essenciais, com base inclusive no uso de tecnologias socialmente aceitáveis e possíveis, ao alcance universal dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Conforme afirma Pinochet (2011, p. 382), a era da informação não deixou a área da saúde à margem. A tecnologia ultrapassou o processamento-padrão de dados para funções administrativas comuns em todas as organizações e tem desempenhado um papel fundamental no cuidado ao usuário dos serviços, na interpretação de exames, nas escalas de trabalho, na prescrição, nos relatórios de resultados e nos sistemas de prevenção.

Segundo Pinochet (2011, p. 383), a informação e seu adequado gerenciamento constituem, atualmente, fatores de sucesso nas instituições. Na realidade de hoje, a informação abarca uma série de aspectos considerados imprescindíveis ao processo de gestão. A obtenção de informações do ambiente, do desempenho e da realidade da instituição são condições estratégicas. A informação configura a base do processo de tomada de decisões; assim sendo,

constitui a base do conhecimento, sendo este uma condição necessária para o sucesso das instituições nas mais diferentes áreas de atuação dos(as) profissionais.

A produção e a distribuição de saberes têm papel central na contemporaneidade. O domínio de novas tecnologias de informação pelos(as) profissionais de saúde é de fundamental importância para os novos processos de diagnóstico e terapia e para o controle e o acompanhamento dos usuários no sistema, além de ser uma fonte de mais fácil e rápido acesso a novos conhecimentos úteis para a vida dos indivíduos (FREIRE; FAGUNDES, 2016, p. 91).

No que concerne à tradução do conhecimento, Barreto *et al.* (2019, p. 5) a definem como um

[...] processo sistemático e transparente de síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhorar resultados e fortalecer políticas públicas e sistemas de saúde, bem como a saúde da população, abrangendo todas as fases entre a produção e a aplicação efetiva do conhecimento científico, em suas diversas modalidades e perspectivas epistemológicas e metodológicas, para apoiar resultados mais benéficos para a sociedade.

A Tradução do Conhecimento (TC) surgiu da necessidade de preencher lacunas percebidas entre as evidências das pesquisas e as tomadas de decisões voltadas para as práticas e as políticas de saúde. Isso levou à elaboração de estratégias de maximização do impacto dos esforços de pesquisa para a obtenção dos resultados pretendidos (HARVEY, 2015).

Barreto *et al.* (2019, p. 5) salientam que sistemas de saúde universais, como o Sistema Único de Saúde (SUS), complexos em suas estruturas de governança, financiamento, prestação de serviços e arranjos de implementação, enfrentam inúmeros desafios para que avanços no campo da tradução do conhecimento se consolidem. Desse modo, a tradução do conhecimento enfrenta lacunas organizacionais para apoiar de forma efetiva a incorporação do conhecimento científico disponível aos processos de tomada de decisão das políticas públicas de saúde, nas suas etapas de formulação, implementação e avaliação, de forma sistemática e transparente.

Segundo estudo de revisão desenvolvido por Ferraz, Pereira e Pereira (2019, p. 204), pesquisas apontam que existem lacunas entre os universos de produção e de consumo do conhecimento. Na compreensão dos autores, isso ocorre porque não há uma interação efetiva entre as partes no momento de elaboração dos projetos de pesquisa, tampouco no planejamento das estratégias de implementação de novos conhecimentos na assistência à saúde.

Em todo o processo de tradução do conhecimento existem desafios, os quais estão presentes desde a produção de um novo conhecimento até sua implementação nas práticas clínicas de cuidado à saúde. Um dos principais desafios é minimizar a assimetria entre o

universo da pesquisa e as práticas em saúde. Além disso, a falta de financiamento em pesquisas que promovam não somente a produção do conhecimento (investigações primárias), mas também a sua implementação, é outro desafio para a tradução do conhecimento (FERRAZ; PEREIRA; PEREIRA, 2019, p. 213).

No que concerne à enfermagem, Pires (2013, p. 43) defende que pensar a profissão e a produção de conhecimentos requer articulação com a luta político-profissional para a construção de um projeto coletivo que considere a intervenção no setor saúde e a valorização profissional. É preciso que os(as) profissionais de enfermagem tenham capacidade crítica e assumam o protagonismo no setor saúde e na sociedade, mostrando-se como uma profissão que defende o direito universal à saúde e a cuidados seguros e de qualidade.

5.3.1 Acesso à informação

O acesso à informação é direito de cidadania garantido na Constituição Federal de 1988 e está regulamentado pela Lei nº 12.527/2011, que institui o acesso à informação pública como regra e o sigilo somente como exceção (BRASIL, 2011).

Promover a saúde e o desenvolvimento no Brasil implica investir na informação e no conhecimento como fundamentos de intercâmbio, capacitação e troca de experiências entre gestores, profissionais e sociedade. É importante lembrar que o próprio movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi pautado em intensas discussões e em empoderamento técnico-científico, tão fundamentais para compreender os desafios e planejar estrategicamente a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Para além de investir na qualificação da gestão da saúde, faz-se necessário fomentar novas tecnologias, valorizar a pesquisa e adotar técnicas que permitam ampliar a rede de informação e conhecimento em saúde. Para a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), dentre outros aspectos, isso significa desenvolver e implementar ações concretas que favoreçam o processo contínuo de aprendizagem e de aprimoramento dos conhecimentos empregados para a melhoria do sistema público de saúde (OPAS, 2009).

A gestão do conhecimento só se faz possível mediante a pré-existência de conteúdos produzidos e circulantes entre os sujeitos, as instituições ou as organizações, dos quais se originam informações, saberes e fazeres. O compromisso de produzir conteúdo só se observa entre aqueles que se desafiam não somente a compartilhar, mas também a reconstruir conceitos preestabelecidos, com a finalidade de que esse conhecimento sistematizado se transforme em ação comunicativa de fato (MENDONÇA, 2009, p. 18).

A informação aponta para novas revoluções a partir do seu ciclo evolutivo: o tempo de sua produção, o da comunicação, o do uso da informação, e ainda o fluxo dessa informação orientada ao usuário, que se associa aos novos paradigmas direcionados ao trabalho coletivo e em rede (LE COADIC, 2004 *apud* MENDONÇA, 2009).

No âmbito da atenção primária à saúde, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), passa a ser o sistema de informação da atenção básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e às estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). É válido registrar que o SIAB foi desenvolvido em 1998, pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), com o objetivo de agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal sistema foi implantado em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Enquanto instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde, incorporou em sua formulação os conceitos de território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país. (BRASIL, 2022)

A Tabela 9, caracteriza o acesso à informação técnico-científica por enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, considerando-se diferentes variáveis de análise. É possível observar que a grande maioria, isto é, 407 (88,1%) dos(as) profissionais pesquisados(as), acessa informações relativas à Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família. O principal meio de acesso é *digital*, tal como afirmado por um quantitativo de 396 (85,7%) profissionais; o meio impresso foi dito como acessado por 136 (29,4%); e um quantitativo muito pequeno de profissionais, apenas 15 (3,2%), informou acessar outros meios.

Quando se perguntou sobre os lugares a partir dos quais acessam esse conteúdo, prevaleceram a casa e o trabalho. Identificou-se que 333 (72,1%) profissionais o acessam de casa, e 309 (66,9%) do trabalho. Aqueles(as) que disseram acessá-lo durante o trajeto para o trabalho correspondem apenas a 31 (6,7%) profissionais pesquisados(as). Os(As) que se referiram a outros locais nos quais as informações estão publicadas foram apenas 13 (2,8%). É importante observar que, para todas as variáveis anteriormente descritas, registram-se percentuais de enfermeiros(as) que disseram não acessar, da mesma forma que se observam percentuais de não respondentes.

Na pergunta relacionada aos locais nos quais as informações obtidas pelos(as) profissionais estão publicadas, constata-se que eles são os mais variados. Destacam-se as fontes governamentais, acessadas por 330 profissionais, correspondendo a um percentual de 71,4%, seguidas das mídias sociais (Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp etc.), informadas por 260 (56,3%) participantes. A terceira fonte de informações são as revistas científicas, as quais foram referidas por 187 (40,5%) participantes da pesquisa; no entanto, um maior quantitativo de profissionais 221 (47,8%) não indicou as revistas científicas como um local de publicação das informações que buscam acessar.

Observou-se também na Tabela 9, mesmo que em menores percentuais, que os livros especializados aparecem como locais em que as informações acessadas pelos(as) enfermeiros(as) estão publicadas; entretanto, esse local foi referido por menos da metade dos(as) pesquisados(as): apenas 155 (33,5%).

Ainda sobre os resultados constantes na Tabela 9, no que se refere à participação dos(as) enfermeiros(as) atuantes na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF) no estado da Paraíba *em seminários e/ou encontros científicos* de sua área de atuação nos últimos dois anos, mais da metade dos(as) pesquisados(as), 235 (50,9%), registraram não terem participado. Dentre aqueles(as) que nos últimos dois anos fizeram algum curso de atualização de suporte ao seu trabalho na APS, observa-se um percentual de 54,5%, o que representa quantitativamente 252 enfermeiros(as).

Ao se investigar se os(as) enfermeiros(as) encontram-se associados(as) a alguma entidade representativa da enfermagem (Tabela 9), constatou-se que a grande maioria não está, ou seja, 368 (79,7%) profissionais. Os(As) que estão associados(as) à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) são apenas 28 profissionais, isto é, 6,1%. Dos(as) participantes, 394 (85,3%) não responderam, e apenas 1 (0,2%) afirmou estar associado(a) à Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), sendo que 67 (14,5%) não estão associados(as). Aqueles(as) que não responderam sobre estarem associados(as) à ABEn correspondem ao total dos(as) que também não estão associados(as) à ABEFACO; representando um quantitativo de 394 (85,3%) profissionais.

Por fim, uma das variáveis investigadas, presente na Tabela 9, foi se os(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) no estado da Paraíba sentem necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família. Mais de 90% revelaram a necessidade de aprimoramento, representando assim um quantitativo de 418 profissionais.

Tabela 9. Caracterização do acesso à informação técnico-científica por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Variáveis	Sim		Não		NR ¹	
	n	%	n	%	n	%
Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?	407	88,1	23	5,0	32	6,9
Como você acessa essas informações?	-	-	-	-	-	-
Meio impresso	136	29,4	272	58,9	54	11,7
Meio digital	396	85,7	12	2,6	54	11,7
Outros	15	3,2	393	85,1	54	11,7
Em qual(is) local(is) você costuma acessar essas informações?	-	-	-	-	-	-
Em casa	333	72,1	75	16,2	54	11,7
No trabalho	309	66,9	99	21,4	54	11,7
Durante o seu trajeto para o trabalho	31	6,7	377	81,6	54	11,7
Outros	5	1,1	403	87,2	54	11,7
Em qual(is) local(is) essas informações estão publicadas?	-	-	-	-	-	-
Revistas científicas	187	40,5	221	47,8	54	11,7
Mídias sociais (Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp etc.)	260	56,3	148	32,0	54	11,7
Livros especializados	155	33,5	253	54,8	54	11,7
Fontes governamentais	330	71,4	78	16,9	54	11,7
Outros	13	2,8	395	85,5	54	11,7
Você participou de seminários e/ou encontros científicos na área da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família nos últimos dois anos?	195	42,2	235	50,9	32	6,9
Você fez algum curso de atualização de suporte ao seu trabalho na APS nos últimos dois anos?	252	54,5	178	38,5	32	6,9
Você é associado(a) a alguma entidade representativa da enfermagem?	62	13,4	368	79,7	32	6,9
Você é associado(a) à Associação Brasileira de Enfermagem?	28	6,1	40	8,7	394	85,3
Você é associado(a) à Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade?	1	0,2	67	14,5	394	85,3
Você sente necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?	418	90,5	12	2,6	32	6,9

(¹) Não respondeu

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando-se a caracterização do acesso à informação técnico-científica pelos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, e comparando-se os resultados em relação a outros estudos feitos junto a essa categoria da enfermagem, adotaram-se como fonte referencial duas importantes pesquisas nacionais realizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem – a pesquisa sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil”, a qual teve como participantes enfermeiros(as) dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde brasileiro, e

já mencionada pesquisa sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)”, recentemente concluída.

Na pesquisa sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil” (COFEN, 2017), dentre os locais de acesso à internet predominaram a casa (49,0%) e o local de trabalho (26,7%). Como podemos verificar no presente estudo, na Tabela 9, esses locais de acesso também foram predominantes.

Os resultados encontrados nesta tese referentes ao acesso à informação técnico-científica pelos(as) enfermeiros(as) (88,1%) se apresentam em percentuais aproximadamente iguais àqueles evidenciados na pesquisa sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022). Em âmbito nacional, registrou-se um percentual de 87,4% de enfermeiros(as) que conseguem acessar informações relativas à atenção primária à saúde, sobretudo aquelas disponibilizadas em meio digital (85,2%).

A constatação de que o principal meio de acesso à informação pelos(as) enfermeiros(as) é o meio digital – resultado que reafirma evidências encontradas nas duas pesquisas nacionais anteriormente citadas – reflete o que está expresso nas falas de profissionais participantes deste estudo, em atuação na APS/ESF no estado da Paraíba:

Hoje, com a internet, criamos grupos de trabalho, grupos com usuários, a exemplo dos grupos de gestantes, fazemos orientações, tiramos dúvidas e, além do cuidado continuado com as gestantes, fazemos também o acompanhamento de crianças menores de 2 anos, o meu telefone é disponível [...]. (ENF_PB_015)

Em sua narrativa, o(a) ENF_PB_015 destaca a importância do uso da internet, isto é, do uso do meio digital, e considera:

Quanto aos grupos de trabalho com gestantes e outros usuários, por meio da internet, que eu chamo de grupos virtuais, me faz considerar que o meio digital hoje em dia é uma ferramenta indispensável, e é algo que tem que fazer parte necessariamente do nosso processo de trabalho da enfermagem [...]. (ENF_PB_015)

Corroborando esse pensamento, as falas dos(as) ENF_PB_212 e ENF_PB_014, transcritas a seguir, deixam claro que o uso da internet está realmente presente no cotidiano de trabalho na APS/ESF da Paraíba, e se faz cada vez maior:

Aqui no nosso trabalho fazemos acompanhamento presencial aos usuários e grupos organizados na UBS, mas também fazemos acompanhamentos virtuais. [...] Além das atividades com agenda programada, nós lançamos mão do WhatsApp para que se tenha uma comunicação necessária com o usuário. O uso desse recurso nos ajuda a resolver as demandas dos usuários, ao mesmo tempo que evita a presença na unidade, evitando também as aglomerações neste momento que se vive a pandemia da covid-19 [...]. (ENF_PB_212)

[...] a internet tem favorecido muito o nosso trabalho, quando um paciente necessita da minha ajuda eu faço uma videochamada, caso ele tenha um telefone móvel com acesso à internet, para esclarecer alguma dúvida [...]. (ENF_PB_014)

O(A) ENF_PB_011 registra:

Durante a pandemia [...] o Ministério da Saúde tem permitido atendimentos via WhatsApp, assim a gente não desassistiu dos pacientes, principalmente daqueles pacientes de covid [...]. (ENF_PB_011)

A fala do(a) ENF_PB_011, ao se referir à pandemia, é contextualizada pelo fato de que, durante as entrevistas realizadas, vivenciávamos talvez o período mais crítico da crise sanitária decorrente da covid-19.

Para além das iniciativas do Ministério da Saúde, em destaque no relato anteriormente descrito e que emergem na fala do(a) participante da pesquisa, vale destacar que o Conselho Federal de Enfermagem também conduziu várias iniciativas, como a publicação de diretrizes para a organização do serviço de assistência na pandemia da covid-19, com orientações e medidas para a adequação da assistência de enfermagem à crise, além de ter possibilitado estratégias orientadoras no sentido de promover mais segurança aos(às) profissionais (COFEN, 2020).

No que concerne ao uso de recursos da internet e à realização de trabalhos e de acompanhamentos virtuais no atendimento às demandas dos usuários, é importante considerar o que afirmam Freire e Fagundes (2016) quando dizem que o mundo virtual é uma realidade e ferramenta essencial, hoje em dia, para se informar e se aperfeiçoar. Os autores acrescentam que, em se tratando da equipe de enfermagem, que tem jornadas longas e extenuantes, recorrer à internet é uma solução para adquirir conhecimento e atualização profissional. Além disso, o uso da internet e a expansão do acesso à informação na enfermagem sugerem um novo cenário no campo da saúde, com profissionais mais atualizados(as) e qualificados(as) para o atendimento em saúde.

No que se refere aos locais em que os(as) enfermeiros(as) da APS/ESF da Paraíba costumam acessar as informações, os locais predominantes foram os mesmos indicados pelos participantes da pesquisa nacional “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)”. Na Paraíba, 72,1% informaram que as acessam em casa, e 66,9%, no trabalho. Em âmbito nacional, 71,8% enfermeiros(as) da APS/ESF relataram as acessam em casa, e 65,4% as acessam no local de trabalho.

Os achados desta pesquisa mais uma vez corroboram os evidenciados juntos aos(as) enfermeiros(as) da APS na pesquisa realizada em dimensão nacional (SOUSA, 2022), uma vez que, quando se observam os resultados relacionados aos locais em que as informações acessadas pelos(as) enfermeiros(as) da APS estão publicadas, prevalecem as fontes governamentais. Dentre os(as) participantes do estudo no estado da Paraíba, 71,4% indicaram as fontes governamentais como o principal local das publicações; na pesquisa nacional, o percentual foi de 72,5%. Nas duas pesquisas as mídias sociais aparecem em segundo lugar como os locais em que as informações estão publicadas, sendo na Paraíba referidas por 56,3% dos(as) profissionais, e no Brasil, por 51,4%.

Sobre o uso de locais em que as informações acessadas pelos(as) enfermeiros(as) da APS estão publicadas, na análise dos dados quantitativos prevaleceram as fontes governamentais. Do mesmo modo, na análise qualitativa os(as) profissionais entrevistados(as) reconhecem as fontes governamentais como um importante espaço para acessar as informações. É o que se pode constatar na fala do(a) ENF_PB_012:

Temos o apoio logístico da Secretaria Municipal de Saúde, temos acesso às informações publicadas pelo Ministério da Saúde; isso nos ajuda no alcance à informação e nos favorece na comunicação com profissionais e usuários. Fazemos uso da tecnologia da informação e comunicação em saúde [...]. (ENF_PB_012)

Sobre a participação em seminários e/ou encontros científicos, a pesquisa sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil” registrou que a maioria dos(as) profissionais (73,9%) participava frequentemente de eventos científicos na área de enfermagem (congressos, seminários e oficinas), e mais de 93,0% acessavam frequentemente a internet e faziam leitura de livros e revistas como uma modalidade de aprimoramento profissional. Além disso, 69,9% dos(as) profissionais informaram que haviam realizado aprimoramento profissional nos 12 meses que antecediam aquela investigação, e 89,3% manifestaram desejo de fazer qualificação profissional (COFEN, 2017).

Quanto à participação de enfermeiros(as) da APS da Paraíba em seminários e/ou encontros científicos na área da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família nos últimos dois anos, registra-se 42,2%, percentual próximo ao da participação dos profissionais da APS em âmbito nacional: 45,1% (SOUSA, 2022). Pelo que se pode constatar, tanto no estado da Paraíba quanto no Brasil (com os resultados do somatório das cinco regiões do país), menos de 50,0% dos(as) enfermeiros(as) da APS informaram terem participado de seminários e/ou encontros científicos na área nos últimos dois anos.

Sobre as entidades e as associações da enfermagem, o Sistema Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem, a Associação Brasileira de Enfermagem e os sindicatos são entidades representativas da enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs) foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei nº 5.905. O COFEN é responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros(as) e das demais categorias que compõem a profissão da enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Dentre suas principais atividades, incluem-se: normatizar e expedir instruções para a uniformidade de procedimentos e o bom funcionamento dos conselhos regionais; e promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional. Dentre as atividades dos CORENs, incluem-se: disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do COFEN; executar as resoluções do COFEN; fiscalizar o exercício profissional e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis; e propor ao COFEN medidas visando à melhoria do exercício profissional (COFEN, 2022).

A ABEn foi criada em 1926 com a denominação de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, e manteve esse nome até 1928. Em 1954, passou a denominar-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), mantendo-se com esse nome até a atualidade. Trata-se de uma associação de caráter cultural, científico e político, com personalidade jurídica própria, de direito privado e que congrega pessoas enfermeiras; técnicas de enfermagem; auxiliares de enfermagem; estudantes de cursos de graduação em Enfermagem e de educação profissional de nível técnico em Enfermagem; escolas, cursos ou faculdades de Enfermagem; e associações ou sociedades de especialistas que a ela se associam, individual e livremente. Está organizada por meio de suas seções federadas, no Distrito Federal e em cada estado da Federação brasileira, sob uma diretoria nacional. É regida por estatuto nacional e estatutos estaduais. Como associação de âmbito nacional, é reconhecida como de utilidade pública, conforme o Decreto Federal nº 31.417/52, publicado no Diário Oficial da União de 11 de setembro de 1952 (ABEN, 2022).

Pautada em princípios éticos e em conformidade com suas finalidades, a ABEn articula-se com as demais organizações da enfermagem brasileira para promover o desenvolvimento político, social e científico das categorias que a compõem. Tem como eixos a defesa e a consolidação da educação em enfermagem, da pesquisa científica e do trabalho da enfermagem como prática social, essencial à assistência social e à saúde, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde. Compromete-se a promover a educação e a cultura em geral e a propor

e defender políticas e programas que visem à melhoria da qualidade de vida da população e ao acesso universal e equânime aos serviços social e de saúde (ABEN, 2022).

Os sindicatos, por sua vez, têm o objetivo principal de defender os interesses coletivos e individuais dos(as) profissionais nas questões trabalhistas, a exemplo de melhoria salarial, carga horária de trabalho, condições de trabalho, valorização profissional, bem como assistência jurídica. Presta, portanto, assistência aos(às) filiados(as) em defesa dos interesses econômicos e profissionais desses(as) trabalhadores(as) (COREN-SC, 2014).

Em vista de cada uma dessas entidades representativas e de seu papel na representatividade das diferentes categorias de profissionais de enfermagem, vê-se a importância de que enfermeiros(as) estejam associados(as); no entanto, do total de 462 participantes desta pesquisa, 368 (79,7%) não estão associados(as) a nenhuma das entidades representativa da enfermagem, como se vê na Tabela 9. Além disso, apenas 28 (6,1%) profissionais informaram estarem associados(as) à ABEn.

Portanto, concordamos com Silva *et al.* (2018, p. 345-346) em que é preciso considerar a necessidade de se apoiar a entidade e usufruir de uma percepção de união da categoria junto à ABEn, a fim de se conquistar maior espaço na sociedade e mais voz ao(à) enfermeiro(a). Deve-se também rememorar o passado e o quanto lutaram nossas pioneiras com o intuito de obter mais conquistas e dar maior notoriedade à enfermagem. Tudo isso se confirma com o sucesso alcançado, desde a formação da associação, passando pelo congresso e posteriormente pela revista, até a atualidade, em que se mantêm as características marcantes da categoria.

Silva *et al.* (2018, p. 344), fazendo referência a Oliveira, Barreto e Lima (1997), afirmam que a difusão da ABEn no território nacional se dá por meio de suas seções regionais e de seu núcleo, compondo na atualidade a rede nacional da ABEn. Esta tem propiciado a promoção e a produção de conhecimento, a educação em enfermagem, o exercício profissional e a participação dos movimentos sociais que tanto contribuíram para a instauração da democracia no Brasil.

Na caracterização do acesso à informação técnico-científica pelos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, buscou-se ainda investigar outras formas de acesso para além daquelas já identificadas na Tabela 9. Na Figura 15 fica evidente que outras formas de acesso se dão por meios presenciais, por informações obtidas através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por levantamentos de dados dos municípios junto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), por cursos, capacitações e artigos científicos e através da equipe de saúde.

Figura 15. Outras formas de acesso à informação técnico-científica utilizadas por enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Como observado na Figura 15, os resultados da pesquisa quantitativa evidenciam que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) constituem outra forma de acesso à informação para enfermeiros(as) na APS/ESF. Na pesquisa qualitativa, os(as) profissionais entrevistados(as) também indicaram que os ACS são fundamentais no contexto de acesso à informação, comunicação e conhecimento em saúde. Ao mesmo tempo, os(as) participantes reconhecem que a informatização favorece a comunicação entre os(as) profissionais da equipe.

Vejamos o que dizem as transcrições a seguir:

Os agentes comunitários de saúde são importantes na comunicação e na troca de informações com as enfermeiras. E, atualmente, a informatização alcançou também o trabalho dos agentes comunitários de saúde, pois cada um deles tem seu tablet, então isso facilita bastante o cadastramento das famílias e os registros dos dados que são necessários de serem levantados quando eles fazem as visitas domiciliares [...]. (ENF_PB_012)

O(A) ENF_PB_012 ressalta:

As informações registradas pelos agentes contribuem para o trabalho da enfermagem, uma vez que através deles nós temos acesso a informações importantes e que nos auxiliam para que se possa conduzir o melhor atendimento de cada usuário e famílias. (ENF_PB_012)

Gerar informações, promover acesso e traduzir conhecimentos em saúde contribui para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a melhoria das condições de vida da

população brasileira; desse modo, torna-se fundamental democratizar a comunicação e o acesso à informação em saúde. Ao refletirmos sobre o acesso à informação técnico-científica no contexto da atenção primária à saúde, precisamos considerar o avanço da sociedade na criação e na inovação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

Venâncio *et al.* (2015), pensando a atenção primária à saúde e integrando o conceito de redes de atenção abordado por Eugênio Vilaça Mendes, classificam-na como um dos tipos de pontos de atenção, que representa o primeiro contato com o sistema de sistema de saúde. Com base em Starfield, os autores destacam que, na APS, a integralidade da atenção constitui uma lista ampla de serviços que dão conta de atender a maior parte das necessidades das pessoas, principalmente os problemas frequentes de saúde, e afirmam que essa atenção é coordenada dentro do sistema de saúde.

Os autores supramencionados esclarecem que, segundo Eugênio Vilaça, a atenção primária caracteriza-se tanto como centro coordenador do cuidado quanto como centro de comunicação. Essa concepção de Vilaça tem a ver com o avanço da sociedade como um todo no uso cotidiano das diferentes tecnologias de informação, que podem ser utilizadas para fins próprios do trabalho de modo a melhorar a comunicação entre os níveis de atenção e os(as) profissionais.

Na Figura 15, o levantamento de dados no município pela Secretaria Municipal de Saúde está evidenciado pela sigla “SMS”, que aparece dentre as formas de acesso às informações referidas pelos(as) profissionais, representando fontes governamentais. Esse dado vai ao encontro do observado na Tabela 9, visto que a maioria dos(as) enfermeiros(as), 330 (71,4%), indicou que as fontes governamentais são o principal local em que as informações levantadas estão publicadas.

Enquanto fonte governamental, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), já mencionado neste estudo, representa uma forma de acesso às informações geradas nesse nível de atenção do sistema. O SISAB (BRASIL, 2013) integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), e propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS APS para captar os dados, sendo composto por sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta dos dados inseridos no SISAB – os sistemas são a Coleta de Dados Simplificado (CDS), o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e os Aplicativos (Apps) para dispositivos móveis, como o e-SUS Território e e-SUS Atividade Coletiva.

Sobre o prontuário eletrônico, trata-se de um recurso considerado estratégico na coleta e no registro de dados dos usuários atendidos nas UBS e que ajuda a instrumentalizar a inserção desses dados no SISAB. Sua importância e utilização esteve presente nas narrativas de diversos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) neste estudo. A partir da análise de conteúdo das falas dos(as) participantes, a transcrição apresentada a seguir dá evidências da verdadeira importância desse instrumento de trabalho, que se insere no contexto da gestão da informação e da comunicação em saúde e constitui um elemento facilitador do processo de trabalho:

[...] utilizo prontuário eletrônico, o qual eu considero uma ferramenta perfeita e facilitadora do fluxo de atendimento do usuário [...], favorece a continuidade do cuidado, na integração com outros serviços da rede de atenção à saúde [...]. O prontuário eletrônico nos permite registrar a consulta e possibilita também a consulta compartilhada [...]. (ENF_PB_030)

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) tem como principal finalidade apoiar o processo de informatização das UBS, as quais precisam ter computador e conectividade à internet. Trata-se de uma ferramenta que possibilita a identificação do registro dos atendimentos por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS), promovendo a efetiva coordenação e gestão do cuidado do cidadão, além da possibilidade de compartilhamento de informações com outros serviços de saúde (BRASIL, 2018, p. 7).

Os sistemas e-SUS APS desenvolvidos para atender aos processos de trabalho da atenção primária à saúde na gestão do cuidado em saúde são utilizados por profissionais de todas as equipes e unidades da APS, pela Atenção Domiciliar (AD) e pelos(as) profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde. Com o SISAB, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe (BRASIL, 2013).

O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), portanto, é uma estratégia voltada à reestruturação das informações da atenção primária em nível nacional. Essa ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (BRASIL, 2021).

Fernandes *et al.* (2021), em estudo sobre a utilização de tecnologias por enfermeiros(as) no gerenciamento do trabalho da atenção primária à saúde, identificaram, no âmbito do estado da Paraíba, que, além do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), no planejamento e na avaliação das ações e dos serviços de saúde são utilizadas diferentes fontes

de informação, tais como: Sistema de Informação sobre Hipertensão e Diabetes (Hiperdia), Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL), dentre outros. Entretanto, as tecnologias no gerenciamento do cuidado em enfermagem na APS de que uma parcela significativa dos(as) enfermeiros(as) faz uso são o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Os autores acima referenciados consideram, entretanto, que o gerenciamento das ações de cuidado através das tecnologias na APS acontece de maneira tênue entre os(as) enfermeiros(as), fragilizando a lógica da atenção integral e longitudinal ao usuário, à família e à comunidade na rede de atenção à saúde. Esses resultados podem estar relacionados com a ausência de políticas estabelecidas que contribuam para o aperfeiçoamento da implementação das tecnologias pela enfermagem.

Para Leite *et al.* (2014), a opção de busca por conteúdo se estabelece como elemento essencial na apropriação de informação por parte do(a) profissional de saúde, o(a) qual é o(a) principal intermediário(a) na comunicação com os indivíduos, as famílias e as comunidades por ele(a) assistidos. A apropriação do conhecimento é livre, alternando-se apenas o suporte, o formato, a linguagem, o conteúdo, a origem e a aplicação.

De acordo com Vendruscolo *et al.* (2019), a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação em saúde (TICs) pelas equipes da APS ainda representa um desafio, embora tenha havido alguns avanços para o cuidado nesse nível de atenção. Essas tecnologias contribuem para o fortalecimento, a inovação e a transformação nas relações de trabalho e, conseqüentemente, para um modelo assistencial integrador que poderá impactar os cuidados primários. No entanto, ainda são identificados obstáculos, os quais podem estar relacionados ao perfil dos(as) profissionais – que, por vezes, não demonstram competências necessárias ao uso da informação –, bem como aos problemas estruturais para a inserção de novas tecnologias na APS.

Fernandes *et al.* (2021, p. 7), analisando a utilização de tecnologias no gerenciamento da atenção primária à saúde, concluem que os(as) enfermeiros(as) atuantes na atenção primária à saúde devem reconhecer os benefícios inerentes aos avanços tecnológicos no gerenciamento, empoderando-se na utilização de tecnologias, na perspectiva de preencher as lacunas relacionadas ao aprimoramento da assistência e da qualidade do cuidado ao usuário, para então convergir ao alcance dos objetivos propostos pela campanha Nursing Now.

Vale esclarecer que a campanha Nursing Now Brasil (“Enfermagem Agora”), lançada no Brasil em 2019, representa uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Conselho Internacional de Enfermeiros que busca sensibilizar os governos dos países

integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) para que valorizem os(as) profissionais de enfermagem – essenciais para atingir as metas globais, nacionais e locais de saúde –, objetivando assim promover a capacitação dos(as) enfermeiros(as) para assumirem um papel central no enfrentamento aos desafios de saúde do século XXI (OPAS, 2021).

A pesquisa Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) em Saúde investiga desde 2013 a adoção e o uso das TICs nos estabelecimentos de saúde brasileiros. No que concerne à informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em 2021, foi registrado que 94% dessas unidades tinham computador, e 92% acessavam a internet; o acesso se dava majoritariamente por computador de mesa (92%), mas o uso de notebook e tablet chegou a cerca de 40%. Além disso, em 91% das UBS o acesso à internet se dava por conexão via cabo ou fibra óptica, e em 17%, por internet móvel. A velocidade de conexão ainda permanece reduzida em comparação aos outros tipos de estabelecimentos, visto que em 41% a velocidade era de no máximo 10 Mbps. Outro destaque foi o crescente uso de sistemas eletrônicos de saúde, que chegou a 89% das UBS (78% em 2019) (CGI, 2021, p. 27).

Na Tabela 9, a qual caracteriza o acesso à informação técnico-científica pelos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, identifica-se que 88,1% dos(as) profissionais pesquisados(as) acessam informações relativas à Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família; 85,7% as acessam por meio digital; 66,9% as acessam no trabalho; e 71,4% afirmaram que as informações acessadas estão publicadas em fontes governamentais. Portanto, quando se observam os resultados, há de se considerar que a informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) registrada pela pesquisa TIC Saúde 2021 pode corroborar os achados do acesso às informações relativas à APS/ESF na Paraíba.

A pesquisa TIC Saúde 2021 destaca que, ao longo dos últimos anos, observou-se um aumento no uso de computadores e no acesso à internet pelos estabelecimentos de saúde brasileiros; houve também uma tendência de crescimento no uso de dispositivos como notebooks e tablets em 2021. Os resultados apontam que 29% dos estabelecimentos de saúde utilizaram tablets e 61% usaram notebooks, percentuais maiores que os verificados em 2019 (17% e 48%, respectivamente). No entanto, apesar dos avanços, ainda são necessárias melhorias nas conexões, principalmente dos estabelecimentos públicos, que mantinham menores faixas de velocidade (CGI, 2021, p. 27).

As evidências apontadas pela pesquisa TIC Saúde 2021 de que ainda são necessárias melhorias nas conexões, principalmente dos estabelecimentos públicos, se refletem no que no afirma o(a) ENF_PB_014:

Infelizmente a UBS onde eu trabalho não dispõe de tecnologia adequada, internet com boa conexão, para que os profissionais possam promover um melhor atendimento aos usuários, fazer os registros necessários no prontuário eletrônico, registrar e acessar as informações na base de dados do ministério [...]. Muitas vezes uso o meu telefone com acesso à internet quando preciso de informações e esclarecer alguma dúvida [...]. (ENF_PB_014)

Embora ainda exista a necessidade de melhorias, é importante considerar que, segundo a pesquisa sobre Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) anteriormente referenciada, a adoção de sistemas eletrônicos para o registro de informações dos pacientes se mostrou crucial para o monitoramento epidemiológico durante a crise sanitária da covid-19 – considerando-se a maior disponibilidade desses sistemas, pois estavam em 88% dos estabelecimentos em 2021, 6 pontos percentuais a mais do que em 2019. Destacam-se os estabelecimentos públicos de saúde, cujo percentual passou de 74% para 85% no período. Porém, apesar do avanço, ainda foram verificadas disparidades regionais: na Região Nordeste, 81% dos estabelecimentos possuíam um sistema eletrônico, enquanto nas demais regiões do país esse percentual ficou em torno de 90% (CGI, 2021, p. 38).

Analisando a informação e a comunicação para o sistema de saúde no Brasil enquanto uma política necessária, Mendonça (2014, p. 706-707) destaca a Política de Comunicação em Saúde de assessoria ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) no fortalecimento da representação dos municípios e de seus gestores em suas capacidades de gestão da informação em saúde nos âmbitos regional, estadual, federal e internacional; deve-se ter a política de saúde do país como objeto central das atividades dirigidas. Esse entendimento perpassa as dimensões da comunicação social e científica, baseada em abordagens conceituais, metodológicas, técnicas e políticas, norteadas pelos princípios da democracia participativa, da comunicação pública, do acesso à informação, do uso de tecnologias e do uso de evidências para a tomada de decisões em saúde. Destacam-se ainda valores como responsabilidade social, respeito à pluralidade e outros, além de princípios como transparência, universalidade, equidade, intersetorialidade, integralidade, confiabilidade, ética, dentre outros.

Mendonça (2014) afirma:

Comunicação em Saúde é possibilitar acessibilidade e acesso por meio de acolhimento e construção de autonomia, promovendo comprometimento com diálogo, entendimento do direito, empoderamento e humanização das relações. É possibilitar integração, integralidade, inclusão, participação, reflexão, resolutividade, respeito e solidariedade. É processo primordial, desafio de transparência, linguagem e transformação de construção de vínculo e dever de cidadania. (MENDONÇA, 2014, p. 704-705)

A comunicação em saúde consiste em um elemento norteador da sociedade e das instituições com o fim de compreender suas complexidades e atuar direcionadamente para a promoção da saúde da população. Ela se torna essencial nos processos e fluxos infocomunicacionais, necessários à compreensão das tramas que se estabelecem nas inúmeras camadas de compreensão dos sentidos e do valor que a informação em saúde adquire ao beneficiar a vida, do local ao global (MENDONÇA, 2021, p. 170).

Na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme afirma Rollemberg (2009, p. 39), a capacidade de acesso à informação de todos os agentes envolvidos no processo de saúde, inclusive o usuário, é fundamental para garantir o acesso à saúde e o exercício da cidadania. Concebem-se a informação, a educação e a comunicação como componentes de um processo de estruturação do Estado e de fomento à participação e ao controle social.

De acordo com a autora supracitada, entende-se que, no campo da gestão da informação e do conhecimento, a atuação do Estado configura uma política pública; ou seja, a forma de gerir os documentos, as fontes de informação, o grau de interoperabilidade, os recursos tecnológicos, o funcionamento dos serviços, a estrutura institucional e o nível de acesso à informação indicam a opção do governo em priorizar a informação.

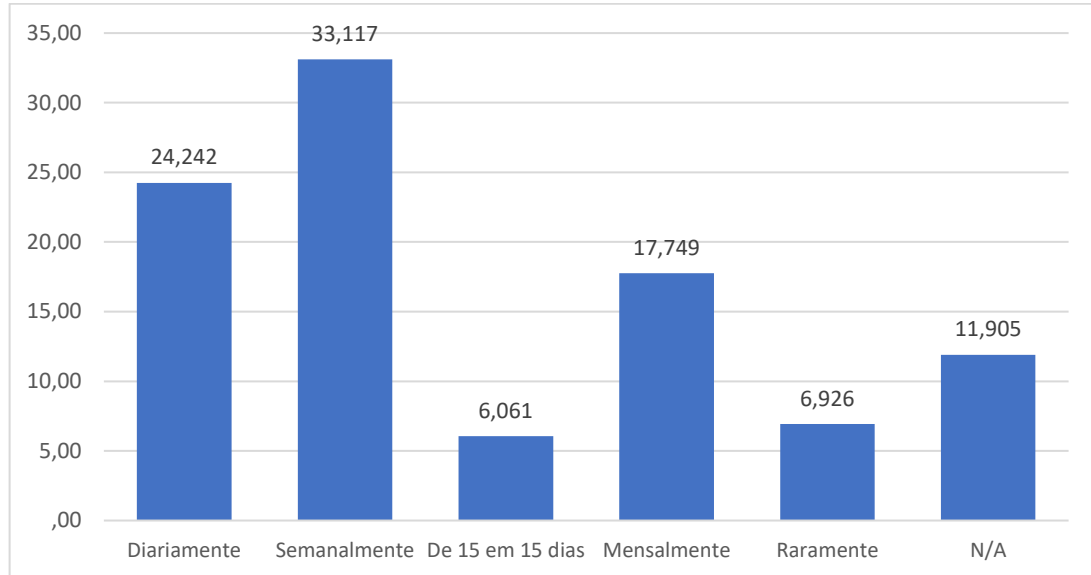
5.3.2 Frequência de leitura técnico-científica

Na Figura 16 estão distribuídas as frequências de leituras realizadas pelos(as) profissionais sobre a temática da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF). De acordo com a distribuição, observa-se que em maior frequência os(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) responderam realizá-las semanalmente (33,1%); a segunda maior frequência é a diária, indicada por 24, 2% do total de 462 (100%) profissionais participantes da pesquisa.

Assim como afirma Arruda (2012), a leitura diária de trabalhos técnico-científicos, incluindo-se livros e artigos científicos no contexto do cuidado em saúde, é essencial para a formação e para a manutenção da qualificação profissional do(a) enfermeiro(a).

Os avanços da contemporaneidade imprimem desafios à sociedade e ao mundo do trabalho, em um cenário que exige cada vez mais, por parte dos(as) profissionais de saúde e de enfermagem, a ampliação e o aprimoramento dos conhecimentos técnico-científicos. A leitura, enquanto instrumento de apreensão de informação e de aprendizagem intelectual, contribui para que enfermeiros(as) possam estar atualizados(as) sobre as inovações científicas e tecnológicas, bem como sobre as evidências das pesquisas em saúde.

Figura 16. Frequência de leitura de enfermeiros(as) pesquisados(as) participantes da pesquisa quantitativa relativa às publicações sobre a APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)

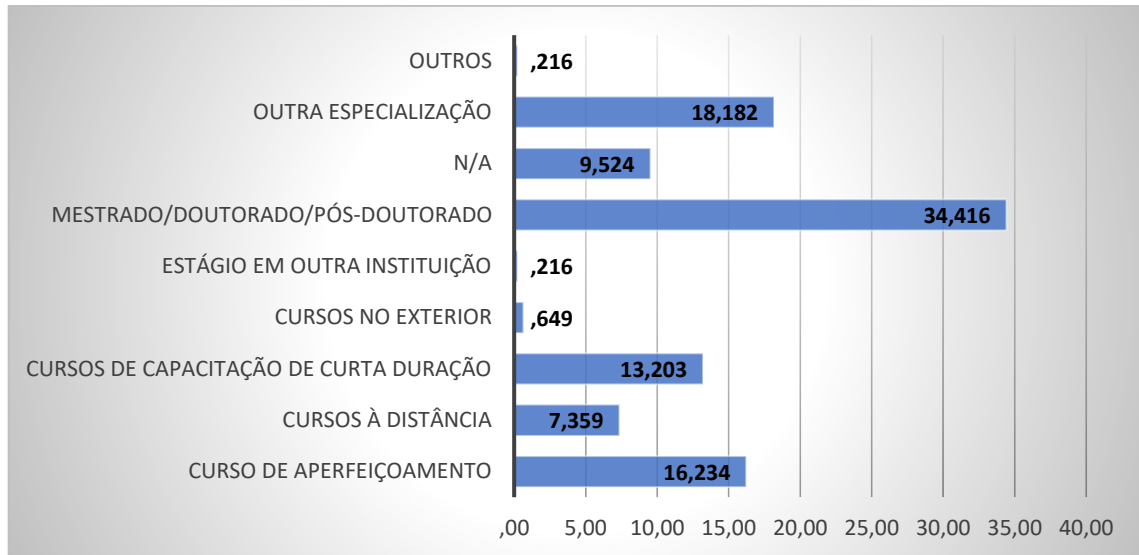


Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 17 apresenta as diferentes modalidades de cursos que os(as) profissionais participantes da pesquisa manifestaram interesse em realizar. As respostas demonstraram em maior percentual (34,4%) o interesse pela realização de mestrado, doutorado e pós-doutorado. Deve-se observar que, embora na análise do perfil de formação profissional deste estudo se tenha constatado uma predominância de enfermeiros(as) com titulação em nível de especialização (72,7%), no que se refere às modalidades de cursos/aprimoramentos ainda há

um percentual de 18,2% dos(as) profissionais que manifestaram a necessidade de realizar outra especialização.

Figura 17. Modalidades de cursos/aprimoramentos que enfermeiros(as) da APS/ESF informaram terem necessidade de realizar (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

O não aprimoramento profissional por parte dos(as) enfermeiros(as) do Brasil é justificado pela falta de condições financeiras e pela falta de tempo/motivação/estímulo, havendo um claro descompasso entre as necessidades de aprimoramento e as reais condições oferecidas aos(as) profissionais em seu ambiente de trabalho. Para além dessas razões, apresenta-se ainda a falta de apoio institucional (COFEN, 2017).

Santos *et al.* (2020) constataram que a grande maioria dos(as) enfermeiros(as) têm buscado a qualificação profissional por meio de capacitações, e em especial por meio dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, como em cursos de curta duração ofertados; porém, aqueles(as) que têm dupla jornada de trabalho não têm a mesma inserção, isto é, a mesma oportunidade. Profissionais relataram desmotivação e falta de tempo, além de considerarem que a parte financeira influencia o momento de se capacitarem.

A constatação de que enfermeiros(as) têm buscado capacitações, especialmente por meio dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, assemelha-se às evidências encontradas nesta pesquisa: embora a maioria do(as) participantes já possua pós-graduação *lato sensu* na modalidade de especialização, ainda se registra um percentual desses(as) profissionais que manifestaram interesse em realizar outra especialização.

Segundo Shamian (2014), citado por Santos *et al.* (2020), enfermeiros(as) indicaram que precisam de mais formação para o desempenho de suas atividades profissionais. Uma possível solução para esse conflito, segundo o estudo, é a formação continuada, uma vez que alguns autores a consideram como a forma mais adequada para manter a competência profissional e assegurar sua adaptação aos novos avanços técnico-científicos, permitindo corrigir as insuficiências formativas e incentivar a correta utilização dos serviços de saúde, garantindo a qualidade.

Na visão de Ferraz, Pereira e Pereira (2019), a falta de apoio das instituições/organizações de saúde na promoção de capacitações, espaços e infraestrutura para a implementação de novas evidências científicas constitui um desafio à tradução do conhecimento. Além disso, a falta de habilidade dos(as) profissionais de saúde em buscar, selecionar e aplicar novos conhecimentos também é um aspecto a ser considerado. Assim sendo, os autores asseguram que a falta de domínio científico desses(as) profissionais gera uma limitação importante para a tradução do conhecimento.

Pires (2013, p. 41) nos leva a pensar a enfermagem como profissão e trabalho, entendendo ser fundamental produzir e *traduzir* conhecimentos acerca de padrões éticos e do perfil da força de trabalho (em termos de qualidade e quantidade) requeridos para um agir profissional seguro de profissionais e usuários dos serviços de saúde. A autora enfatiza: é necessário produzir conhecimentos que instrumentalizem o processo de tomada de decisões e a luta da categoria por condições adequadas de trabalho.

5.4. CONDIÇÕES DE TRABALHO

5.4 CONDIÇÕES DE EMPREGO, TRABALHO E SALÁRIO DE ENFERMEIROS(AS) DA APS/ESF NO ESTADO DA PARAÍBA, NORDESTE, BRASIL

O trabalho é uma ação antecipada mentalmente para atender a uma necessidade percebida pelo ser humano, que pode selecionar instrumentos que potencializam a sua ação sobre o objeto de trabalho com vistas a alcançar uma finalidade. Como prática social, o trabalho dos(as) enfermeiros(as) não é apenas orientado pela profissão; é influenciado também pelo contexto econômico, social e político no qual se insere, incluindo-se a política de saúde em vigor e as normas institucionais (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

De acordo com Oliveira *et al.* (2020), a força de trabalho de enfermagem é considerada essencial na prestação de cuidados integrados e centrados nas pessoas, exercendo papel indispensável na consecução das prioridades de saúde e no alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

As condições de trabalho dos(as) profissionais de enfermagem foram analisadas por Oliveira *et al.* (2020) em estudo sobre o estado da enfermagem no Brasil, tendo como referência o relatório da OMS *State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership* (WHO, 2020). O estudo considerou seis importantes questões de análise: (1) a existência de regulamentação sobre a jornada e as condições de trabalho; (2) a regulação sobre proteção social; (3) a regulação sobre o salário-mínimo; (4) medidas para prevenir violências aos(as) profissionais de saúde; (5) conselhos de enfermagem para regular a profissão de enfermagem; e (6) a existência de práticas avançadas de enfermagem. No mundo, mais de 80% dos países relataram ter regulamentação sobre a jornada e as condições de trabalho, proteção social, regulação sobre o salário-mínimo e conselho de enfermagem ou equivalente. De acordo com o referido estudo, o Brasil, de forma positiva, respondeu a quatro das seis questões, com exceção das práticas avançadas de enfermagem (que ainda não estão implantadas no Brasil) e das medidas para prevenir violências aos(as) profissionais de saúde (37% dos países relataram ter adotado medidas para a prevenção da violência).

No entendimento de Pires (2013) e de Pires, Lorenzetti e Gelbcke (2010), as condições adequadas de trabalho, concebidas no seu sentido ampliado, incluem: salário; jornada; regras de aposentadoria; ambiente de trabalho adequado; instrumentos de trabalho seguros, tecnologicamente apropriados e em quantidade adequada; equipamentos de proteção individual e coletiva; situação contratual; número e qualificação da força de trabalho; e divisão do trabalho.

Estudo com distintas variáveis relacionadas às condições de trabalho dos(as) profissionais de enfermagem – e, dentre esses(as) profissionais, enfermeiros(as) em diferentes níveis da rede de atenção – indicou necessidades de mudanças na organização do trabalho, visando a relações mais saudáveis e dignas, e apontou inclusive para a necessidade da promoção de mudanças nas condutas e nas práticas que se estabelecem no âmbito do trabalho. De acordo com os autores, é essencial buscar a eliminação de todas as formas de condições inadequadas e insatisfatórias nas relações laborais, sendo consideradas inaceitáveis quaisquer situações de ofensa à cidadania e que exponham os(as) trabalhadores(as) a realidades injustas e inseguras no mundo do trabalho (MACHADO *et al.*, 2016, p. 77).

Considerando-se diferentes variáveis de análise, as tabelas e as figuras apresentadas a seguir expõem o resultado da pesquisa quantitativa, caracterizando as condições de emprego, trabalho e salário de enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba. A partir da análise qualitativa, as condições de emprego, trabalho e salário de enfermeiros(as) também se revelam nas falas dos(as) profissionais entrevistados(as), conforme se pode observar nas transcrições a seguir.

Tabela 10. Distribuição das variáveis de caracterização relacionadas às condições de emprego, trabalho e salário de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil) (Continua)

VARIÁVEIS	Frequência	%
Atuação na atenção primária		
Casa de Saúde do Índio (CASAI)	0	0,0
Equipe de Atenção Básica (eAB):	48	10,4
Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)	0	0,0
Equipe de Consultório na Rua (eCR)	1	0,2
Equipe de Saúde da Família (eSF)	371	80,3
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	0	0,0
Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI)	1	0,2
Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF)	0	0,0
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	0	0,0
Polo Base Tipo II Saúde Indígena	0	0,0
Não respondeu	41	8,9
Há quantos anos você trabalha na atenção primária à saúde?		
De 0 a 3 anos	123	26,6
De 4 a 8 anos	72	15,6
De 9 a 12 anos	54	11,7
Há mais de 12 anos	172	37,2
Não respondeu	41	8,9
Qual é o seu tipo de vínculo de trabalho?		
Cargo comissionado	19	4,1
Celetista	14	3,0
Contrato temporário	139	30,1
Servidor público estatutário	242	52,4
Outros	7	1,5
Não respondeu	41	8,9
Qual foi o mecanismo de ingresso?		
Concurso público	243	52,6
Seleção pública	61	13,2
Outros	116	25,1
Não respondeu	42	9,1
Quantas horas semanais você trabalha na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família?		
20h	6	1,3
30h	41	8,9
40h	363	78,6
Outros	11	2,4
Não respondeu	41	8,9
Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico?		
Não	25	5,4
Sim	396	85,7
Não respondeu	41	8,9
Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico cardiologista?		
Não	388	84,0
Sim	9	1,9
Não respondeu ou não se aplica	65	14,1

Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico clínico geral?		
Não	100	21,6
Sim	297	64,3
Não respondeu ou não se aplica	65	14,1

Tabela 10. Caracterização das condições de emprego, trabalho e salário de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil) (Continuação)

Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico ginecologista?		
Não	383	82,9
Sim	14	3,0
Não respondeu ou não se aplica	65	14,1
Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico pediatra?		
Não	380	82,3
Sim	17	3,7
Não respondeu ou não se aplica	65	14,1
Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico de saúde da família e comunidade?		
Não	324	70,1
Sim	73	15,8
Não respondeu ou não se aplica	65	14,1
Como você avalia as condições de trabalho na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família?		
Excelentes	31	6,7
Muito boas	68	14,7
Boas	168	36,4
Regulares	126	27,3
Ruins	18	3,9
Péssimas	10	2,2
Não respondeu	41	8,9
Sua avaliação relativa às condições de trabalho é condicionada/influenciada pelos recursos humanos?		
Não	200	43,3
Sim	221	47,8
Não respondeu	41	8,9
Sua avaliação relativa às condições de trabalho é condicionada/influenciada pelos recursos materiais?		
Não	137	29,7
Sim	284	61,5
Não respondeu	41	8,9
Sua avaliação relativa às condições de trabalho é condicionada/influenciada pelas instalações físicas?		
Não	143	31,0
Sim	278	60,2
Não respondeu	41	8,9
Sua avaliação relativa às condições de trabalho é condicionada/influenciada por motivos pessoais?		
Não	275	59,5

Sim	146	31,6
Não respondeu	41	8,9
A unidade básica de saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?		
Não	238	51,5
Sim	182	39,4
Não respondeu	42	9,1
O seu gerente possui nível superior?		
Não	34	7,4
Sim	140	30,3
Não sei	8	1,7
Não respondeu ou não se aplica	280	60,6
O seu gerente é enfermeiro?		
Não	99	21,4
Sim	80	17,3
Não sei	3	0,6
Não respondeu ou não se aplica	280	60,6
Qual é a sua renda mensal aproximada para trabalhar na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família?		
Menos que R\$ 2000	58	12,6
De R\$ 2001 a R\$ 3000	265	57,4
De R\$ 3001 a R\$ 4000	75	16,2
De R\$ 4001 a R\$ 5000	19	4,1
De R\$ 5001 a R\$ 6000	3	0,6
De R\$ 6001 a R\$ 7000	1	0,2
De R\$ 7001 a R\$ 8000	0	0
De R\$ 8001 a R\$ 9000	0	0
Mais de R\$ 9000	0	0
Não respondeu	41	8,9
Você recebe adicional de insalubridade?		
Não	242	52,4
Sim	179	38,7
Não respondeu	41	8,9
Total		

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 10, identifica-se que a grande maioria dos(as) enfermeiros(as) da APS da Paraíba têm atuação vinculada à Equipe de Saúde da Família (eSF). Esses(as) profissionais totalizam 371, o que representa 80,3% dos(as) participantes da pesquisa. Os(As) que atuam em Equipe da Atenção Básica (eAB) são 48 (10,4%); 1 compõe Equipe de Consultório na Rua (eCR); e 1 compõe Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI). Os(As) demais não informaram que equipes compõem.

A constatação de que a maioria dos(as) profissionais pesquisados(as) está vinculada a Equipes de Saúde da Família (eSF) dá evidências de que, no âmbito do estado da Paraíba, houve uma adesão dos municípios à mudança do modelo de unidades básicas tradicionais para o

modelo da Estratégia Saúde da Família; entende-se, portanto, que necessariamente houve mudanças nos tipos de equipe.

Os dados do Sistema de Informação e Gestão na Atenção Básica (e-Gestor Atenção Básica), atualizados até dezembro de 2020, registram que nas 16 regiões de saúde do estado da Paraíba existe um quantitativo de 1.444 equipes de ESF, enquanto o total de equipes ESF/AB é superior, com 1.505. Essas equipes contribuem para um índice de cobertura de atendimento de 97,83% na atenção primária à saúde (BRASIL, 2020).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), enfermeiros(as) inseridos(as) nas Equipes de Saúde da Família (eSF) protagonizam o trabalho e contribuem para o fortalecimento e o avanço da APS e da cobertura universal dos cuidados em saúde. Kemper *et al.* (2018) afirmam que a cobertura universal consiste em uma meta que engloba diversas medidas estruturais, as quais, por sua vez, permitem aos sistemas de saúde ampliar o acesso e implementar serviços capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF), no início da década de 1990, e ao longo dos anos vem se consolidando como uma estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). A ESF configura as dimensões das práticas de saúde características da sociedade brasileira em termos territoriais, populacionais e das ações desenvolvidas nesses territórios. Desde sua origem, foi concebida como uma estratégia para a reorganização e o fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (SOUSA; HAMANN, p. 1326).

A Equipe de Saúde da Família (eSF), dentre outros tipos de equipe, é classificada na Portaria nº 2.436/2017, que aprovou a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A saúde da família é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da atenção primária à saúde no país, seguindo os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária à saúde, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar a situação de saúde das pessoas e das coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Pelo que se pode observar na Tabela 10, embora em números reduzidos, foram identificados(as) profissionais atuando em Equipe de Atenção Básica (eAB), Equipe de Consultório na Rua (eCR) e Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI). A atual PNAB estabelece que a Equipe de Atenção Básica (eAB) é uma modalidade que deve atender aos princípios e às diretrizes propostas para a atenção primária à saúde; acrescenta que a gestão

municipal poderá compor Equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com as características e as necessidades do município; e enfatiza que, como o modelo prioritário é a Estratégia Saúde da Família (ESF), as Equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

A Equipe de Consultório na Rua (eCR) é considerada uma das equipes de atenção básica para populações específicas, e é responsável por articular e prestar atenção integral à saúde a pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e os regramentos descritos em portaria específica (BRASIL, 2017).

A Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (eMSI) tem respaldo na Portaria nº 254/GM/MS, de 28 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002), que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; nas demais legislações relacionadas à saúde dos povos indígenas; e, mais recentemente, na Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017b), que adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de atenção à saúde para populações indígenas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (eMSI) corresponde a um conjunto de profissionais responsáveis pela atenção básica à saúde indígena em uma área sob gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS).

Quanto ao tempo de atuação na atenção primária à saúde, considerando-se diferentes intervalos de tempo em anos, fica evidente que um maior quantitativo de enfermeiros(as), 172 (37,2%), trabalha na APS/ESF há mais de 12 anos. Essa evidência do tempo de atuação também se apresenta no histograma que ilustra a Tabela 10 e a Figura 18.

O principal vínculo de trabalho é servidor público estatutário, com 242 profissionais, isto é, 52,4%. O segundo maior vínculo é o contrato temporário, com 139 (30,1%) dos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) (Tabela 10). A principal forma de ingresso no trabalho é o concurso público, referido por 243 enfermeiros(as), o que representa 52,6% (Tabela 10 e Figura 19). Quanto à carga horária de trabalho semanal (Tabela 10) na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, predomina 40 horas, carga informada por um grande número de profissionais: 363 (78,6%).

Dentre os dados da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), realizada nas diferentes regiões do país, foram analisados, para os(as) profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), os principais tipos de vínculos empregatícios de enfermeiros(as), um aspecto considerado importante, uma vez que pode dificultar o estabelecimento de vínculo do(a) profissional com o serviço e com a população

atendida, característica indissociável do trabalho. Com relação a essa variável de análise, os resultados alteram segundo a unidade federativa, mas na maior parte encontra-se o vínculo servidor público estatutário como prevalente. As exceções são os estados do Amazonas, do Amapá, da Bahia, do Maranhão e de Roraima, nos quais prevalecem os contratos temporários, e o Rio de Janeiro, em que o principal vínculo é o contrato por CLT – Consolidação das Leis do Trabalho (GALAVOTE *et al.*, 2016).

No que se refere à carga horária de trabalho, a jornada de 40 horas semanais foi também referida pelos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as), os(as) quais a consideraram uma carga horária extensa:

[...] o enfermeiro trabalha 40 horas, de segunda-feira a sexta-feira. Temos uma extensa jornada de trabalho. Ainda enfrentamos situações como dificuldades de acesso à comunidade. No caso da unidade onde eu trabalho, e apesar de ser numa área serrana, área geográfica de difícil acesso, não há ausência de enfermeiros no trabalho [...]. (ENF_PB_010)

Temos uma jornada diária extensa, de oito horas, inclusive com exigência de ponto eletrônico, o que implica dentre outras questões no controle da pontualidade do profissional [...]. (ENF_PB_212)

Pesquisa realizada na APS da Paraíba por Fernandes *et al.* (2021), com amostra que assegura uma representatividade equitativa de enfermeiras e enfermeiros de todas as macrorregiões do estado, identificou que dentre os(as) profissionais pesquisados(as) mais de 65,0% são funcionários(as) públicos(as); mais de 33,0% atuam na APS há mais de 10 anos; e possuem carga horária semanal de trabalho de 31 a 40 horas. Pelo que se pode verificar, esses resultados concordam com os que evidenciamos na presente pesquisa, havendo certa diferença apenas no que se refere ao tempo de atuação dos(as) profissionais na APS, pois na nossa pesquisa a predominância foi a atuação por mais de 12 anos.

Sturmer *et al.* (2020), em estudo com profissionais da APS, constataram que o tempo de atuação em APS dos(as) enfermeiros(as) foi de aproximadamente 4,5 anos, e a carga horária semanal de trabalho, próxima de 39,7 horas semanais; pode-se inferir então que esses(as) profissionais trabalham 40 horas semanais. O processo de contratação mais frequente foram os concursos, portanto o tipo de vínculo predominante dos(as) enfermeiros(as) foi o estatutário. Observando-se os resultados do estudo desenvolvido pelos autores supramencionados, verifica-se que, com exceção das evidências relacionadas ao tempo de atuação, e em consonância com nosso estudo, as demais variáveis de análises tiveram predominância.

Há de se registrar que os discursos dos(as) profissionais revelaram um contexto complexo vivenciado no trabalho, no qual, além das queixas sobre uma carga de trabalho

extensa, há outro aspecto crítico: o fato de que, diante das condições trabalho em seus territórios de atuação, convivem com situações de riscos sociais, com violências, que os(as) deixam inseguros(as) e vulneráveis. Isso sem dúvidas influencia seriamente a produção do cuidado em saúde e o atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade no cotidiano de trabalho.

Assim expressa o(a) ENF_PB_003:

Aqui a carga horária de trabalho do enfermeiro é muito extensa, são 40 horas [...] é tempo integral. Mas aqui trabalhamos uma área de periferia, em que se vivenciam muitos assaltos, alguns homicídios, e até um dos últimos homicídios que aconteceu foi na calçada da UBS [...], o que nos torna cada dia mais inseridos em uma área de risco. Somos uma equipe prioritariamente feminina; assim, nos sentimos muitos vulneráveis e expostos aos riscos e insegurança aqui na nossa área de atuação [...]. (ENF_PB_003)

A partir dos sentimentos que emergem da fala do(a) enfermeiro(a), torna-se importante contextualizar, mesmo que de forma breve, a problemática da violência, que é observada nos territórios de atuação dos(as) profissionais e pode ter implicações nas condições de trabalho na APS/ESF do estado da Paraíba.

Esses relatos de enfermeiros(as) vão ao encontro do que descrevem Nonato *et al.* (2020, p. 6) quando dizem que a violência tem sido vivenciada em vários territórios onde equipes de APS atuam. Os autores alertam que, para seu enfrentamento, faz-se necessária uma ação multiprofissional e interdisciplinar na elaboração de estratégias de prevenção à violência.

Ao relacionarem estratégias de enfrentamento à violência nos territórios onde atuam as equipes da APS/ESF, Nonato *et al.* (2020, p. 6) identificam a comunicação, a proteção coletiva, o uso de jaleco e crachá de identificação, o estabelecimento de vínculo, a integralidade do cuidado, a integração da equipe, o clima organizacional favorável e a organização do trabalho de forma a atender às necessidades de saúde da população e auxiliar outras equipes em cenários semelhantes, tendo em vista que a violência, apesar de considerada um problema de saúde pública, ainda apresenta pouca visibilidade entre os(as) profissionais e os(as) gestores(as) de saúde.

De acordo com Soratto *et al.* (2017), profissionais da ESF, considerando a jornada de 40 horas semanais excessiva, ressaltaram-na como elemento insatisfatório para atuação na ESF, uma vez que colabora para um aumento da sobrecarga de trabalho.

Na presente pesquisa, os(as) enfermeiros(as) trouxeram um conjunto de falas que expõem a existência da sobrecarga de trabalho nos serviços da APS/ESF no estado da Paraíba, considerando seus locais de atuação.

Vejam as narrativas transcritas a seguir, através das quais tem-se a clara evidência da sobrecarga de trabalho vivenciada pelos(as) enfermeiros(as) no processo de trabalho na APS/ESF:

[...] a grande dificuldade é estar ao mesmo tempo assumindo a função assistencial e gerencial, pois, enquanto se está dando assistência ao usuário, sou solicitada para resolver questões relacionadas à falta de insumos, e até mesmo questões de outras áreas profissionais, e isso resulta na sobrecarga de responsabilidade e trabalho [...]. (ENF_PB_004)

A nossa principal dificuldade é justamente o acúmulo de responsabilidade, a sobrecarga de trabalho do enfermeiro; são muitos programas para a enfermagem realizar na atenção primária à saúde, e o número de pessoas para os atendimentos é muito grande [...]. (ENF_PB_012)

[...] existe uma sobrecarga de funções. A enfermeira presta assistência em todas as fases e ciclos de vida, além de que somos o profissional responsável pelo planejamento da equipe, gerenciamento da unidade; ou seja, de maneira geral, tudo está voltado para a enfermagem [...]. São inúmeras as atribuições [...]. (ENF_PB_017)

A falta de gerenciamento na unidade é uma das questões que acabam sobrecarregando o enfermeiro, porque a gente, ao invés de estar prestando atendimento direto ao paciente, a gente está resolvendo demandas da gerência, solicitando material e desenvolvendo várias outras atividades gerenciais. Então a falta de gerente faz a gente ter que se dividir em várias funções e, de certo modo, acaba nos distanciando do atendimento direto ao usuário [...]. (ENF_PB_215)

A sobrecarga faz com que o trabalho não se finde no término da jornada, mas se prolongue ao ambiente externo do exercício profissional. Com vistas a reduzir a sobrecarga de trabalho, acolher as demandas de redução da jornada de trabalho torna-se uma necessidade, sendo importante buscar formas de implementá-las, atuando junto às esferas legislativas; fortalecer vínculos trabalhistas seguros; e desenvolver práticas de valorização profissional, incluindo-se a criação e a implementação de um plano de cargos e salários (SORATTO *et al.*, 2017).

Biff *et al.* (2020, p. 154) concluem que o excesso de demanda associado aos déficits no quantitativo da força de trabalho é um elemento marcante no aumento da carga de trabalho. Os aspectos se articulam: o acúmulo de funções que o(a) enfermeiro(a) exerce, além das assistenciais, muitas vezes sendo ele(a) referência para o funcionamento da UBS; o território superestimado e o déficit de força de trabalho, ao ter de assumir o trabalho de colegas; a complexidade das demandas de saúde da população e as dificuldades em atender às expectativas dos usuários – todos esses elementos estão incluídos no macroconceito de condições de trabalho.

Resultados encontrados em estudos realizados por Mendes *et al.* (2020, p. 7) mostram que os(as) trabalhadores(as) de enfermagem que atuam na ESF no Brasil estão expostos(as) a cargas de trabalho geradas principalmente por problemas estruturais relacionados à precariedade das condições de trabalho e à sobrecarga. Os autores consideram que tais resultados se apresentam como um desafio para gestores, pesquisadores, trabalhadores da saúde e legisladores no sentido do enfrentamento aos problemas identificados. Sugerem, portanto, reduzir as cargas de trabalho e focar a força de trabalho da enfermagem, investindo na valorização do trabalho desenvolvido por esses(as) profissionais e no provimento de meios de trabalho que possibilitem uma assistência mais resolutiva e menos desgastante.

No que se refere à forma ou ao mecanismo de vínculo no trabalho, embora se tenha identificado entre os(as) enfermeiros(as) da APS do estado da Paraíba maior predominância de servidor público estatutário (Tabela 10), é preciso considerar os estudos de Ferreira, Périco e Dias (2018), os quais, com base na literatura e em suas experiências de trabalho na APS, refletem sobre as práticas de enfermeiros(as) na APS e afirmam ser necessária a (re)construção de práticas profissionais capazes de consolidar esse espaço de atuação de forma cada vez mais efetiva no cuidado das pessoas, das famílias e das comunidades.

A partir de suas reflexões, as autoras supracitadas afirmam haver vínculos empregatícios precários, que levam à rotatividade dos(as) profissionais, gerando sobrecargas de trabalho para os(as) que permanecem e resultando na fragilização dos processos de trabalho, no comprometimento do vínculo com a população atendida e da qualidade da assistência, além de gasto de tempo e energia com o treinamento dos novos(as) profissionais.

Perguntou-se aos(às) profissionais se suas equipes atualmente contam com a presença de profissional médico; 396 afirmaram que sim, o que caracteriza 85,7%. No que se refere à presença de médico cardiologista nas equipes, apenas nove profissionais responderam positivamente; esse quantitativo altamente reduzido equivale a apenas 1,9%. Um quantitativo de 65 (14,1%) enfermeiros(as) não responderam a essa pergunta. Por outro lado, 297 (64,3%) informaram que suas equipes contam atualmente com a presença de profissional médico clínico geral; mas, quando se observa a resposta “não”, emitida por 100 (21,6%) profissionais do total de 462, constata-se que ainda existe uma ausência considerável de médicos com essa especialidade nas equipes (Tabela 10).

No que se refere à presença de médico ginecologista e pediatra na composição das equipes, a partir das respostas de mais de 82,0% dos(as) participantes, fica evidente a ausência desses profissionais. Sobre a presença de médico de saúde da família e comunidade, 324 (70,1%) informaram não haver em suas equipes profissional com essa especialidade.

Sabe-se que a cobertura e o acesso da população aos serviços de saúde devem ocorrer por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Equipe de Saúde da Família (eSF), de acordo com a Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017), deve ter em sua composição médico, preferencialmente da especialidade de medicina da família e comunidade, juntamente aos demais profissionais definidos pela referida portaria.

Contudo, problemas estruturais, como falta de recursos humanos e sobretudo falta de profissional médico, vêm sendo um elemento complicador para a expansão da assistência à saúde em diferentes regiões do país, especialmente nas localidades mais vulneráveis.

Na Paraíba, embora se tenha constatado um percentual de 85,7% de enfermeiros(as) que afirmaram ter médicos em suas equipes, 21,6% referiram ausência de médico clínico geral (Tabela 10). Essa ausência é mais significativa também quando se refere a algumas especialidades, já que 82,0%, dos(as) pesquisados(as) informaram não terem médico ginecologista e pediatra na equipe.

A ausência de médicos também foi registrada nos relatos dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as):

Temos uma luta diária, convivemos com a constante ausência de médicos. E, quando temos médicos, convencer para fazer visitas é um problema. [...] Afirmando: “Ah! Vou fazer não!”. É desgastante, para mim o mais difícil é isso, é desgastante demais [...]. (ENF_PB_001)

[...] temos muitas dificuldades de trabalhar com algumas especialidades [...], e os médicos infelizmente têm a carga horária muito reduzida na unidade de saúde. Existe uma grande necessidade de médicos e que eles possam ter maior participação junto à equipe, para que se possa atender às demandas dos usuários. (ENF_PB_015)

Os extratos das falas do(a) ENF_PB_017 e do(a) ENF_PB_019 reafirmam essa problemática:

[...] falta pessoal na equipe, principalmente médicos, e isso dificulta o trabalho. A falta de recursos humanos é uma das dificuldades aqui na unidade de saúde [...]. (ENF_PB_017)

[...] muitas vezes, quando eu preciso de especialidade médica, como ginecologista, pediatra, e não tenho. Até temos o clínico geral, mas a existência de médicos especialistas aqui na UBS é um problema frequente. (ENF_PB_019)

No estudo de Biff *et al.* (2020), realizado com enfermeiros(as) de UBS que prestam assistência na modalidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas cinco regiões do Brasil, os(as) profissionais relatam a questão do déficit de recursos humanos como geradora de aumento das suas sobrecargas de trabalho. Os autores destacam que, na opinião dos(as)

entrevistados(as), isso se agrava pela falta de comprometimento de alguns profissionais, que deixam de realizar as atividades de sua competência por faltarem ao trabalho, por negligência ou por desmotivação – isso leva enfermeiros(as) a assumir o trabalho dos(as) outros(as) profissionais.

Sousa *et al.* (2015) destacam que muitas são as manifestações no tocante ao diagnóstico da necessidade de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na rede básica de saúde, que desde 1994 vem sendo reestruturada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Várias são as regiões, os estados e os municípios com territórios vazios no tocante à assistência médica. A autora e seus colaboradores acrescentam que é historicamente reconhecida a concentração de profissionais em grandes centros urbanos e em regiões mais desenvolvidas do país, o que acarreta às demais regiões a baixa capacidade de prover e fixar profissionais de saúde na APS, em especial os médicos, comprometendo a ampliação do acesso com qualidade aos serviços básicos de saúde.

Dada a ausência de profissionais nas equipes, Fernandes *et al.* (2018) relatam que enfermeiros(as), no cotidiano de trabalho, ao se responsabilizarem por uma diversidade de funções, sentem-se descontentes, frustrados(as) e invisibilizados(as). Tal situação incentiva o distanciamento para com a essência da profissão, já que os(as) profissionais assumem atribuições de outras categorias; assim, inseridos(as) em um contexto com demanda excessiva de atividades, enfermeiros(as), sentem-se de certo modo distanciados(as) do cuidado direto aos usuários e, por consequência, sentem uma fragilidade em sua identidade profissional.

Quando se perguntou sobre a existência de outras especialidades médicas nas equipes, de forma ilustrativa, na nuvem de palavras (Figura 20) aparece com principal destaque o clínico geral; no entanto, há também a presença de médico psiquiatra, ortopedista, residente e até mesmo médicos cubanos.

Chama atenção a referência a médicos cubanos pelos(as) profissionais pesquisados(as) na composição de suas equipes. Vale destacar que a inserção desses médicos no Brasil deu-se por ocasião da criação do Programa Mais Médicos em 2013, no governo Dilma Rousseff.

A reconhecida má concentração de médicos no Brasil, especialmente nas regiões menos desenvolvidas e nas comunidades mais vulneráveis – a exemplo de comunidades rurais, quilombolas, indígenas e ribeirinhas –; as manifestações ocorridas no tocante ao diagnóstico da necessidade de médicos no Sistema Único de Saúde; segundo Sousa *et al.* (2015), as várias pesquisas realizadas por diferentes instituições e distintos pesquisadores; e os movimentos que emergiram no cenário nacional diante dos problemas enfrentados pela população brasileira em função da falta de médicos na rede pública de saúde, a exemplo da Frente Nacional de Prefeitos,

em 2013, que lançou a campanha “Cadê o Médico?”, dentre outros movimentos, fizeram com que os Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento, Orçamento e Gestão enviassem à Presidência da República uma exposição de motivos para o projeto de medida provisória que instituiu o Programa Mais Médicos.

Assim, o Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e tinha, dentre outras finalidades: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no país; aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; e promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras (BRASIL, 2013).

Extinto no início de 2019, o Programa Mais Médicos (PMM) foi substituído, com base na Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, pelo Programa Médicos pelo Brasil (MpB), no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal programa tem a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade (BRASIL, 2019).

Vale ressaltar que, com a extinção do Programa Mais Médicos, que promovia a inserção de médicos estrangeiros – a exemplos dos médicos cubanos –, em 2020 o atual governo, sob pressões de diferentes instituições, parlamentares e segmentos defensores do SUS, através da Portaria nº 71, de 10 de dezembro de 2020, divulgou a lista dos nomes e dos respectivos registros únicos de médicos cubanos reincorporados ao Projeto Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2020). Entende-se que isso tenha refletido nos achados referentes à existência dos médicos cubanos em atuação na APS no estado da Paraíba, conforme registrado na presente pesquisa, na Figura 20, mesmo que, ao contrário do médico clínico geral, o médico cubano não apareça com tanto destaque na nuvem de palavras.

As condições de trabalho (Tabela 10) na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF) foram avaliadas como boas por 168 (36,4%) profissionais; no entanto, na opinião de 126 (27,3%), elas são regulares. Quando se perguntou se essa avaliação era condicionada ou influenciada pelos recursos humanos, a maioria – 221 (47,8%) – dos(as) enfermeiros(as) que responderam a essa pergunta afirmaram que sim. Do mesmo modo, quando se perguntou se a avaliação das condições de trabalho era condicionada ou influenciada pelos

recursos materiais, a maioria também considerou que sim – neste caso, em um maior quantitativo de profissionais, com 284 (61,5%).

Ainda no que concerne às condições de trabalho na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, 278 (60,2%) profissionais consideraram terem emitido suas avaliações influenciados(as) pelas instalações físicas, e somente 146, ou seja, 31,6%, afirmaram que suas avaliações foram influenciadas por motivos pessoais.

Mesmo não tendo sido consenso do conjunto de profissionais que participaram da pesquisa qualitativa, alguns entrevistados avaliaram de forma satisfatória as condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF), corroborando assim os resultados da análise quantitativa. É o que se pode comprovar a partir dos excertos a seguir:

[...] a gestão local nos dá boas condições para a gente trabalhar, [...] dispõe de materiais, insumos, boas condições de infraestrutura, o que facilita enormemente no atendimento às demandas dos usuários e nas rotinas que desenvolvemos cotidianamente na unidade básica de saúde e na comunidade. (ENF_PB_007)

Aqui na UBS temos uma estrutura que favorece o bom atendimento aos usuários e a grupos específicos, como gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, crianças; e nós sempre realizamos os procedimentos necessários de acordo com a necessidade das pessoas. A unidade tem disponibilidade de materiais, equipamentos, insumos e medicamentos, [...]. (ENF_PB_016)

[...] aqui as condições de trabalho facilitam o atendimento, a gente solicita um exame e se tem uma rápida autorização para a realização. O usuário tem o retorno rápido para mostrar os exames. Isso ocorre com qualquer exame; por exemplo, a solicitação de um ultrassom. (ENF_PB_011)

Ao continuar sua avaliação positiva das condições de trabalho na UBS/ESF, o(a) ENF_PB_011 afirma:

[...] aqui na unidade de saúde a gente tem disponibilidade de medicamento, me referindo aos medicamentos da Farmácia Básica [...]. Então a gente tem essas facilidades para o paciente, [...] sempre digo: “O SUS funciona direitinho” [...]. Tudo isso nos ajuda a fazer um atendimento de qualidade, rápido, de identificação de um problema rápido, então isso influencia na consulta e nos demais atendimentos que realizo. Mas falta o reconhecimento pelo nosso trabalho. (ENF_PB_011)

No Brasil, a pesquisa realizada pelo COFEN sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil” constatou que um percentual bastante reduzido de profissionais enfermeiros(as) pesquisados(as) (4,1%) consideraram as condições de trabalho no setor público de saúde excelentes. Para 54,3% essas condições são boas ou ótimas, mas pode-se observar que um significativo percentual (41,6%) as considera regulares ou péssimas. Foram registrados quase

300 mil enfermeiros(as) (71,7%) que consideram sua atividade desgastante, o que pode estar relacionado a diferentes situações vivenciadas no cotidiano de trabalho (COFEN, 2017).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicados em 2020, sobre o papel da enfermagem no mundo, registraram que o Brasil, com mais de 558.177 enfermeiros(as), apresenta uma alta densidade de profissionais por habitantes. Porém, no país foram observados desempenhos sofríveis no que se refere às regulações e às condições de trabalho, abaixo de alguns países africanos. Em um índice de 1 a 6, o Brasil soma apenas 2 pontos, equivalente ao desempenho da Índia (COFEN, 2020).

Condições de trabalho adequadas na atenção primária à saúde implicam, dentre outros aspectos, recursos humanos em quantidade suficiente e qualificados; disponibilidade de recursos materiais e insumos; e instalações e equipamentos que atendam às necessidades de trabalho dos(as) profissionais no atendimento às demandas de saúde dos usuários.

A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, ao definir a infraestrutura, a ambiência e o funcionamento da atenção básica, estabelece o conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de modo a atender às necessidades de saúde da população de cada território (BRASIL, 2017).

A referida política recomenda ainda que as UBS tenham os seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem; consultório com sanitário; sala de procedimentos; sala de vacinas; área para assistência farmacêutica; sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta/exames; sala de curativos; sala de expurgo; sala de esterilização; sala de observação; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica. Se houver profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo. Deve haver ainda área de recepção; local para arquivos e registros; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes, conforme a necessidade.

Considerando-se o exposto, quanto ao que estabelece a PNAB de 2017, e observando-se os resultados desta pesquisa, pode-se inferir que as condições de trabalho (Tabela 10) nas variáveis relacionadas à Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, aos recursos humanos, aos recursos materiais e às instalações físicas, foram bem avaliadas.

Entretanto, essa não é uma realidade comum nos serviços da APS nas diferentes regiões do país, fato que se constata nos estudos realizados por Biff *et al.* (2020), tendo como participantes da pesquisa enfermeiros(as) que compõem Equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), inclusive em municípios da Região Nordeste. O estudo concluiu que, dentre os

elementos que comprometem as condições de trabalho dos(as) profissionais, destacam-se a precariedade do ambiente de trabalho, relacionada a deficiências na estrutura física e à falta de materiais, ou seja, a déficits e carências nos instrumentos de trabalho.

A precariedade e as condições desfavoráveis de trabalho na APS/ESF também foram observadas no estado da Paraíba, dado que se apresenta em uma sequência de narrativas de enfermeiros(as) participantes desta pesquisa. Ao se analisar o conteúdo dessas narrativas, constata-se que emergem afirmações que contrariam as boas avaliações conferidas pelos participantes da pesquisa quantitativa, e até mesmo diferem daquelas apresentadas por um conjunto de profissionais que também participaram da amostra qualitativa.

As transcrições a seguir revelam o que expressa um conjunto de enfermeiros(as) da APS/ESF do estado da Paraíba sobre as suas reais condições de trabalho, sendo “dificuldade” um termo frequente.

No que se refere a materiais e equipamentos:

[...] não temos uma estrutura adequada de trabalho, nos falta na unidade básica de saúde recursos materiais e outros instrumentos necessários para organizar a rotina do trabalho, o fluxo de atendimento; falta inclusive formulário para fazer a classificação de risco. (ENF_PB_017)

A gente passa por falta de material e de equipamentos. Há necessidade de manutenção dos equipamentos. Falta também o apoio da gestão e muitas coisas... (ENF_PB_210)

A gente às vezes tem dificuldade de EPI (Equipamentos e Proteção Individual), então o atendimento fica prejudicado, porque o município estava encontrando dificuldades de disponibilizar o EPI para a gente manter o atendimento [...]. (ENF_PB_215)

Enfrentamos sérias dificuldades pela falta dos EPIs, principalmente das máscaras. Isso na pandemia foi um grande problema, e teve um tempo que a gente não tinha nem luva [...]. (ENF_PB_019)

Quanto a infraestrutura e transporte:

A questão da estrutura física da unidade é uma das principais dificuldades nas condições de trabalho. Quanto à questão do espaço, só temos aqui uma sala, e é para tudo. É para atendimento aos usuários que compõem o Hiperdia, para prevenção, pré-natal, e isso dificulta muito o nosso processo de trabalho. (ENF_PB_019)

[...] a distância da UBS é um dos aspectos negativos. A unidade não está localizada próximo da comunidade [...], e isso dificulta o acesso dos usuários na busca do atendimento de serviços de saúde. (ENF_PB_027)

Uma grande dificuldade é a questão do transporte. Nem sempre o município disponibiliza, não tem carro; quando tem, falta manutenção, falta combustível, a gente tem que cancelar atendimentos planejados. Trabalhamos com comunidades rurais e, além de transporte, falta de material [...]. A infraestrutura da unidade de saúde precisa ser melhorada [...]. Na estrutura da unidade não temos sala de vacina

[...]. Todas essas dificuldades que influenciam no trabalho da enfermagem [...]. (ENF_PB_038)

Com relação a medicamentos e insumos:

Convivemos aqui na UBS com algumas dificuldades, como por exemplo falta de medicamento. Pacientes de hanseníase inclusive já interromperam o tratamento por falta de medicamento. [...] Nesses casos, não temos como fazer busca ativa, uma vez que não temos como tratar os casos que forem diagnosticados; assim, não é fácil lidar com a situação. E às vezes falta também material. (ENF_PB_018)

Às vezes falta determinados insumos, a distribuição não é feita com regularidade pela gestão, às vezes compromete o atendimento. (ENF_PB_027)

A falta de insumos compromete o nosso trabalho. A gestão não manda, e quando manda demora muito. A gente passou quase três meses sem fazer citológico, esperando o insumo do citológico. A grande dificuldade é a falta de insumos [...]. (ENF_PB_036)

Muitas vezes falta insumos, material de curativo, e a gente fica sem poder dar continuidade ao atendimento [...]. (ENF_PB_215)

Os trechos apresentados indicam que os(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) em sua maioria consideram vivenciar, no trabalho da APS/ESF, condições de trabalho que demandam melhorias diversas no contexto do ambiente e do cotidiano de trabalho para, assim, promoverem a devida atenção e cuidado à saúde dos usuários. A falta de apoio por parte da gestão dos serviços foi bastante evidenciada nas falas de alguns profissionais. As narrativas transcritas revelam as inúmeras dificuldades observadas no desenvolvimento da prática dos(as) enfermeiros(as) nos serviços, no seu cotidiano de trabalho.

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo da população adscrita e às suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem levar em consideração a densidade demográfica; a composição, a atuação e os tipos de equipe; o perfil da população; e as ações e os serviços de saúde a serem realizados. De acordo com a PNAB, para a realização da prática profissional no âmbito da APS, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, materiais, medicamentos e insumos suficientes, bem como recursos humanos capacitados para a atenção à saúde prestada nos municípios (BRASIL, 2017).

A importância de adequadas condições de trabalho de enfermagem está expressa no que dizem Guirardello *et al.* (2021) quando asseguram que melhorar as condições de trabalho nas instituições é essencial à manutenção de uma equipe adequada, à prestação de cuidados de qualidade, à satisfação no trabalho e até mesmo à retenção dos(as) profissionais nos serviços.

No que se refere às gerências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na APS/ESF, no estado da Paraíba predominou a não existência de gerentes, de acordo com as informações da maioria dos(as) profissionais: 238 (51,5%). Dos(as) 182 (39,4%) que informaram terem gerentes em suas unidades, 140 (30,0%) afirmaram que estes(as) possuem curso superior, e 80 (17,3%) disseram que os(as) gerentes são enfermeiros(as) (Tabela 10 e Figura 21).

Os resultados referentes às gerências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na APS/ESF do estado da Paraíba divergem da realidade nacional, quando se observam os resultados da pesquisa sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022). Em tal pesquisa, 53% do total de enfermeiros(as) afirmou haver gerentes em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS); porém, um percentual bem reduzido de profissionais, 0,8%, afirmou que o(a) gerente de sua UBS é enfermeiro(a).

Loch (2019), considera que os processos de trabalho de uma UBS são complexos, altamente intangíveis e envolvem equipes multiprofissionais, com um escopo de ações que vai desde a promoção à saúde até a reabilitação de pacientes; considera também que a demanda costuma ser diversificada e não programada. Frente a esse contexto, rotineiramente inúmeros profissionais são nomeados(as) como gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que a maioria deles(as) são técnicos(as) da área, sem qualquer formação para o exercício da nova função.

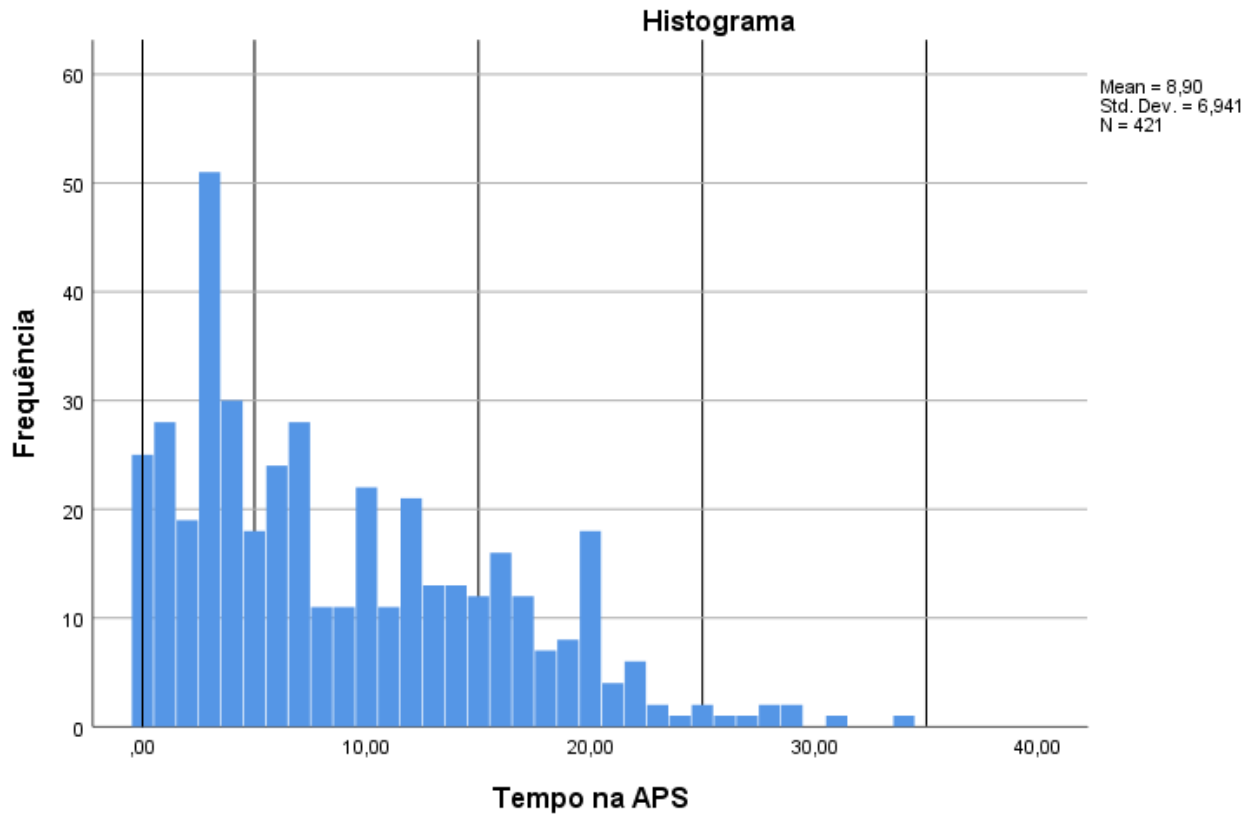
Segundo Fernandes e Cordeiro (2018), a capacidade de gerenciar uma equipe de saúde e atender às perspectivas dos usuários requer um(a) profissional equilibrado(a), que consiga superar as limitações que o serviço apresenta e que, além de prestar assistência baseada nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, materiais e recursos, bem como com a demanda cada vez maior de usuários.

A condução de uma equipe, de um serviço ou mesmo de uma unidade de saúde é competência inscrita na formação do(a) profissional enfermeiro(a). Aprender a conduzir processos, tomar decisões e estabelecer protocolos de cuidado é uma habilidade que se insere no trabalho de um(a) gerente (SPAGNOL *et al.*, 2021).

Entretanto, Fernandes e Cordeiro (2018), analisando o gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob o olhar de enfermeiros(as) gerentes, relatam, dentre outras problemáticas, que esses(as) profissionais enfrentam dificuldades de gerenciar quando os(as) secretários(as) municipais não são da área da saúde e não compreendem a complexidade do setor. Fica evidenciado ainda que, por questões político-partidárias, muitas vezes os(as) gestores(as) centrais não possuem o preparo e as habilidades esperadas para o cargo, o que culmina em uma gestão centralizada e na descontinuidade de processos anteriores.

Com base nos resultados constantes na Tabela 10, evidenciados na pesquisa quantitativa, pode-se analisar a renda mensal de enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba. Observou-se que, do total de 462 profissionais participantes da pesquisa em seu componente quantitativo, a maioria, 265, recebe uma renda que varia de R\$ 2.001 a R\$ 3.000, correspondendo, portanto, a 57,4%. Evidenciou-se que apenas um(a) profissional (0,2%) tem renda mensal entre R\$ 6.001 e R\$ 7.000. Os(As) que recebem o adicional de insalubridade representam menos da metade do total de pesquisados(as), com 179 (38,7%).

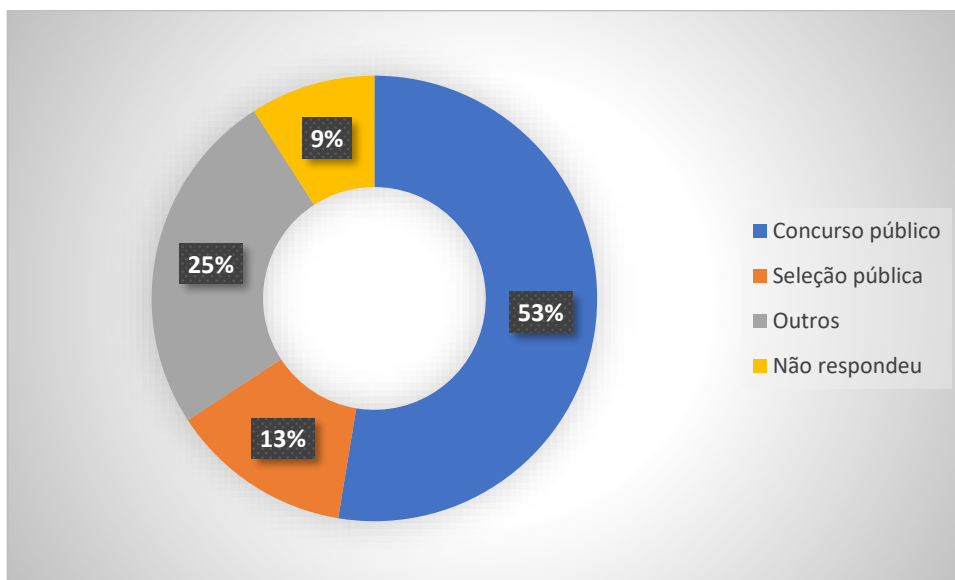
Figura 18. Distribuição de frequência do tempo de atuação de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil) *



(*) Exceto os sem resposta

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 19. Distribuição percentual dos mecanismos de ingresso de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)



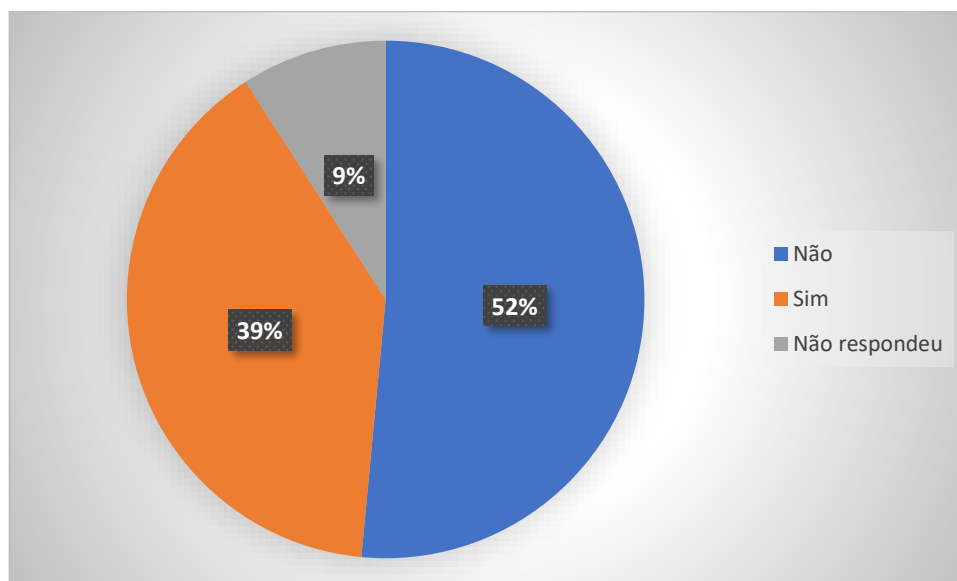
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 20. Outras especialidades médicas na equipe de saúde da APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 21. Distribuição percentual das respostas de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa quantitativa referentes à pergunta: “A unidade básica de saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?” (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Após a análise das condições de emprego, trabalho e salário de enfermeiros(as) da APS/ESF do estado da Paraíba participantes da pesquisa quantitativa, apresenta-se no Quadro 6, a seguir, a caracterização das condições de salário e da renda familiar dos(as) profissionais que participaram da pesquisa no seu componente de abordagem qualitativa, considerando-se as tipologias de municípios.

Quadro 6. Caracterização das condições de salário e da renda familiar de enfermeiros(as) da APS/ESF participantes da pesquisa qualitativa (Paraíba, Nordeste, Brasil)

VARIÁVEL		Estatística	TIPOLOGIA MUNICIPAL			Total N=45
			Intermediário adjacente	Rural adjacente	Urbano	
Salários de enfermeiros (as)	Menos de R\$ 2000	Frequência	0	2	0	2
		% em Variável	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	De R\$ 2001 a R\$ 3000	Frequência	4	8	3	15
		% em Variável	26,7%	53,3%	20,0%	100,0%
	De R\$ 3001 a R\$ 4000	Frequência	3	7	7	17
		% em Variável	17,6%	41,2%	41,2%	100,0%
	De R\$ 4001 a R\$ 5000	Frequência	1	3	2	6
		% em Variável	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%

	De R\$ 5001 a R\$ 6000	Frequência	1	0	0	1
		% em Variável	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	De R\$ 6001 a R\$ 7000	Frequência	0	0	2	2
		% em Variável	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	De R\$ 7001 a R\$ 8000	Frequência	0	1	1	2
		% em Variável	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
De R\$ 8001 a R\$ 9000	Frequência	0	0	0	0	
	% em Variável	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Mais de R\$ 9000	Frequência	0	0	0	0	
	% em Variável	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Renda familiar	Menos de R\$ 2000	Frequência	0	1	0	1
		% em Variável	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	De R\$ 2001 a R\$ 3000	Frequência	2	5	0	7
		% em Variável	28,6%	71,4%	0,0%	100,0%
	De R\$ 3001 a R\$ 4000	Frequência	1	3	2	6
		% em Variável	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
	De R\$ 4001 a R\$ 5000	Frequência	3	5	3	11
		% em Variável	27,3%	45,5%	27,3%	100,0%
	De R\$ 5001 a R\$ 6000	Frequência	0	1	2	3
		% em Variável	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	De R\$ 6001 a R\$ 7000	Frequência	0	2	0	2
		% em Variável	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	De R\$ 7001 a R\$ 8000	Frequência	0	0	2	2
		% em Variável	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	De R\$ 8001 a R\$ 9000	Frequência	2	1	1	4
		% em Variável	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	Mais de R\$ 9000	Frequência	1	2	5	8
		% em Variável	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
	Não respondeu	Frequência	0	1	0	1
		% em Variável	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
TOTAL			9	21	15	45

Fonte: Dados da pesquisa

Pelo que se pode observar, dos(as) 45 profissionais pesquisados(as), um maior quantitativo (17) tem remuneração salarial entre R\$ 3.001 e R\$ 4.000. O segundo maior número de enfermeiros(as), isto é, 15, tem salários que variam entre R\$ 2.001 e R\$ 3.000. Quando se

comparam esses salários com os apresentados na Tabela 10, registra-se que, dentre os(as) participantes da pesquisa quantitativa, predominam valores que variam entre R\$ 2.001 e R\$ 3.000; nessa faixa salarial encontram-se 57,4% dos(as) participantes, ou seja, 265 enfermeiros(as).

No Quadro 6, constata-se que apenas dois profissionais têm maiores salários, correspondentes a um valor entre R\$ 7.001 e R\$ 8.000. A análise dos resultados da renda salarial em relação às diferentes tipologias dos municípios selecionados nos possibilita comprovar que em cada uma das tipologias existem salários diferenciados entre os(as) enfermeiros(as). Podemos inferir que essa diferenciação ocorre como consequência dos tipos de vínculo e das formas de ingresso dos(as) profissionais nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos seus municípios de atuação. Tipos de vínculo e mecanismos de ingresso constituem variáveis presentes na Tabela 10, analisadas junto aos(as) profissionais participantes da pesquisa quantitativa.

Os relatos transcritos a seguir registram que de fato os salários dos(as) enfermeiros(as) em atuação na APS/ESF na Paraíba são baixos. Essa realidade, pelo que podemos inferir, reflete na desvalorização do(a) profissional, tornando-se inclusive um fator determinante de insatisfação no trabalho.

Analisando-se excertos das entrevistas, os(as) profissionais criticam explicitamente a má remuneração salarial, ao mesmo tempo que clamam aos gestores, às instituições e aos tomadores de decisões pelo reconhecimento de seu trabalho e por um salário justo e compatível com as funções que desenvolvem.

Vejamos os depoimentos a seguir, os quais constituem inclusive desabafos acerca da crítica situação salarial. De imediato, no primeiro excerto descrito, o(a) ENF_PB_034 expõe sua insatisfação dizendo veementemente: “Diante de tanto trabalho da enfermagem, não adianta bater palmas”. Trata-se de uma referência ao que muito se observou no período da crise sanitária decorrente da covid-19: a sociedade, por inúmeras vezes, aplaudia os(as) enfermeiros(as) pelo trabalho aguerrido frente aos cuidados de prevenção e controle no contexto pandêmico:

Não temos um salário justo para o nosso trabalho. O salário do enfermeiro deve ser revisto. Diante de tanto trabalho da enfermagem, não adianta bater palmas [...]. Os gestores, as instituições precisam reconhecer que o salário do enfermeiro está muito defasado. (ENF_PB_034)

A reivindicação de melhores salários se soma à necessidade de reconhecimento e valorização profissional, conforme anunciado pelos(as) enfermeiros(as) ENF_PB_214 e ENF_PB_006:

Temos baixos salários, não temos reconhecimento, e ao mesmo tempo temos muitas cobranças sobre as nossas atribuições, mas não somos bem remunerados. Isso nos desmotiva a trabalhar. É muito desestimulante. Só trabalhamos por amor à profissão, compromisso com a população e responsabilidade com a profissão que assumimos, [...]. (ENF_PB_214)

[...] somos uma categoria ainda muito desvalorizada, e a desvalorização não só salarial, mas também por não reconhecerem o nosso trabalho como profissional e a nossa importância enquanto enfermeira, porque muitas vezes a gente é visto como a governanta do posto, a que resolve tudo, e aquela importância não veem como profissional, não reconhecem o nosso conhecimento científico e a capacidade técnica que nós temos, só veem a parte de organização da unidade [...]. (ENF_PB_006)

Sobre a renda familiar dos(as) profissionais pesquisados(as), esta foi uma variável estudada somente com os(as) participantes da parte qualitativa da pesquisa (Quadro 6). A renda que mais prevaleceu varia entre R\$ 4.001 e R\$ 5.000. Foram 11 os(as) enfermeiros(as) que informaram ter essa renda familiar.

Um estudo realizado por Neto *et al.* (2019) na Região Nordeste do país, em uma das microrregiões de saúde do Ceará, identificou que, para os(as) enfermeiros(as) dos municípios daquela microrregião, os maiores salários estão entre R\$ 3.001 e R\$ 4.000, correspondendo a 46,8% dos(as) profissionais pesquisados(as); a segunda maior faixa salarial esteve entre R\$ 2.001 e R\$ 3.000 (35,9%), tendo como parâmetro o valor do salário-mínimo, de R\$ 998.

Nesta variável de análise, observando-se os resultados do estudo realizado no Ceará e os comparando com os evidenciados na presente pesquisa, o que se pode avaliar é que são exatamente iguais as duas maiores faixas de valores salariais recebidos pelos(as) enfermeiros(as). Registra-se que os salários predominantes se encontram entre R\$ 3.001 e R\$ 4.000; assim, os(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) têm salários inferiores a R\$ 5.000.

Os resultados encontrados referentes aos salários de enfermeiros(as) em atuação na APS/ESF do estado da Paraíba corroboram evidências relativas à renda mensal aproximada de enfermeiros(as) para trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família em âmbito nacional. Dados do relatório da pesquisa sobre as “Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022), revelam que em sua maior parte a renda dos profissionais, totalizando 64,2%, também está situada entre os valores inferiores a R\$ 5.000. A pesquisa referenciada, a partir da associação global entre a renda mensal e as regiões do país, verificou uma forte associação local entre a Região Nordeste e renda mensal menor que R\$

2.000, ao passo que identificou forte associação local entre a Região Centro-Oeste e renda mensal maior que R\$ 9.000.

As diferenças salariais de enfermeiros(as) segundo as regiões do país nos fazem concordar com Neto *et al.* (2019) sobre a necessidade de desenvolver políticas que melhorem as condições e reduzam a precarização existente no trabalho. Para tanto, os(as) enfermeiros(as) necessitam exercer protagonismo político-profissional em busca de melhores condições de trabalho, emprego e, sobretudo, salário.

Segundo Sousa, Mendes e Chaves (2020, p. 120), o cenário econômico e social potencializado pelo neodesenvolvimentismo (2006-2013) possibilitou altos patamares de emprego para as categorias de enfermagem no cenário nacional e o ingresso ou a relativa melhoria da inserção no mercado de trabalho formal. No entanto, os autores ressaltam que, após o ingresso, os(as) trabalhadores(as) da enfermagem não deixaram de experimentar condições de trabalho e regimes de trabalho severos, próprios do capitalismo contemporâneo, aspecto assinalado na manifestação de desgaste e na quantidade de horas trabalhadas demasiadas. Essas evidências estão em consonância com a tendência exposta na pesquisa sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil” realizada pelo COFEN.

A partir do que descrevem os autores supracitados, e ao se analisarem os resultados que emergiram da presente pesquisa, assegura-se que os(as) enfermeiros(as) em atuação na APS/ESF do estado da Paraíba vivenciam “condições de trabalho e regimes de trabalho severos”, assinalando-se também “manifestações de desgaste e quantidade de horas trabalhadas demasiadas”, associadas à sobrecarga de trabalho.

A partir de dados censitários coletados no início (ano 2000) e no final (ano 2010) da primeira década do século XXI, Marinho *et al.* (2019) analisaram as condições trabalho de enfermeiros(as) no Brasil e verificaram que os(as) profissionais pesquisados(as) convivem com maiores jornadas de trabalho semanais e menores rendimentos mensais, sendo as taxas de 11,2% e 11,6% em 2000 e 2010, respectivamente.

Ainda no estudo anteriormente citado, Marinho e seus colaboradores constataram que na primeira década do século XXI não houve melhoria nos aspectos salariais, tampouco na carga horária de trabalho excessiva. Em termos de políticas públicas, as agências nacionais que regulamentam a atuação da enfermagem devem atentar, dentre outros aspectos, para evidências de disparidades encontradas naquela pesquisa (MARINHO *et al.*, 2019).

Neto *et al.* (2019) consideram que, com a inexistente política salarial para a profissão, a precarização das condições de contratação e de trabalho nas diferentes regiões do país, o incremento da terceirização, o subfinanciamento da APS brasileira e a vulnerabilidade social e

econômica das profissões, fomentados pelas políticas neoliberais e pelo aumento da crise econômica no país, a renda tem caído e o valor real do salário, diminuído. Isso tem levado os(as) trabalhadores da enfermagem a uma dupla ou tripla jornada de trabalho.

No contexto das lutas da enfermagem e de suas entidades representativas, há de se registrar e reconhecer a batalha incansável enfrentada para a redução da jornada de trabalho a 30 horas semanais, há mais de 20 anos, em defesa da aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 2.295/2000, que dispõe sobre a jornada de trabalho de enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem. Também cabe mencionar a mais recente luta pela aprovação do piso salarial da enfermagem brasileira – PL nº 2564/2020.

A defesa da regulamentação da jornada de trabalho em no máximo 30 horas semanais e 6 horas diárias, no contexto na Lei do Exercício Profissional, fortalece a enfermagem como profissão e conclama a sociedade a reconhecer que se trata de um trabalho que precisa de condições especiais para uma prática segura. Argumenta-se que a luta pelas 30 horas é mais do que uma demanda corporativa; trata-se de um direito trabalhista, de justiça social e da defesa de uma política que interessa a toda a sociedade (PIRES *et al.*, 2010). O piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho é um direito assegurado pelo art. 7º da Constituição Federal (COFEN, 2021).

É oportuno registrar que, em uma nota técnica recentemente publicada por membros da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), representantes da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) relacionam uma série de dificuldades e desafios das práticas de enfermeiros(as) no Brasil (NUNCIARONI *et al.*, 2022).

Os pesquisadores fazem referência a Ferreira *et al.* (2018); Matumoto *et al.* (2011); Bonfim *et al.* (2012); Assis *et al.* (2011); Nauderer e Lima (2008); Caçador *et al.* (2015); Baratieri e Marcon (2012); e Koster (2019), e enfatizam que tais dificuldades e desafios são também revelados na literatura.

O referido documento descreve, dentre outras, as seguintes dificuldades e desafios (NUNCIARONI *et al.*, 2022, p. 68):

- Número insuficiente de profissionais de enfermagem, a despeito das relações micropolíticas locais, levando os(as) enfermeiros(as) a cobrir as atividades básicas de enfermagem, que dão suporte a todos os outros trabalhos da equipe, em detrimento de

suas atribuições específicas, como a consulta de enfermagem, considerada uma ação central;

- Sobrecarga de trabalho no apoio ao funcionamento dos serviços de saúde, ao exercerem atividades administrativas que dependem de suporte técnico e logístico para dar fluidez à organização da demanda e da infraestrutura, restringindo sua participação nas atividades da prática de cuidado clínico dos usuários na APS;
- Falta de recursos humanos para as ações de apoio à unidade de saúde, como recepção, retirada de prontuários, apoio à gerência local, entre outras, prejudicando a organização e o funcionamento ágil do serviço;
- Vínculo empregatício precário, que leva à rotatividade dos(as) profissionais, gerando sobrecarga de trabalho para os(as) que permanecem e fragilização dos processos de trabalho, comprometendo o vínculo com a população atendida e a qualidade da assistência, bem como gasto de tempo e energia com o treinamento de novos(as) profissionais;
- Falta de materiais e equipamentos, gerando sobrecarga a todos(as) os(as) trabalhadores(as) e repercussão no conjunto do processo de trabalho e na satisfação do usuário com o serviço oferecido;
- Disparidades nas condições estruturais em diferentes unidades de saúde para a prática clínica, com falta de consultórios equipados adequadamente para uso do(a) enfermeiro(a) durante o atendimento clínico.

Há de se reconhecer que esse elenco de dificuldades e desafios está diretamente relacionado com as condições de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF, e, portanto, fundamentam os achados desta pesquisa. Na APS do estado da Paraíba, a dificuldade aparece categoricamente nos discursos dos(as) profissionais quando se referem à infraestrutura das UBS; à falta de materiais e equipamentos; à falta de medicamentos e insumos; ao déficit de pessoal; à falta de um salário justo, compatível com o trabalho que desenvolvem; e à desvalorização profissional, relacionada não só ao salário, mas também por não sentirem seu trabalho reconhecido, dentre outros aspectos.

Em consenso com Nunciaroni *et al.* (2022), entende-se que essas dificuldades e tantas outras vivenciadas diariamente pelas equipes, em especial pela enfermagem, precisam ser ditas, registradas e analisadas para sua superação, a fim de se alcançar um modelo mais adequado e forte de APS.

Em meio a tantos obstáculos que permeiam o trabalho da enfermagem na APS, considera-se que os(as) enfermeiros(as) vêm imprimindo novos modos de cuidado, fortalecendo vínculos e exercendo uma prática com comprometimento e responsabilização, escuta qualificada e acolhimento aos usuários, desse modo contribuindo para a promoção do cuidado integral em saúde.

Entretanto, não é possível pensar as práticas de enfermagem sem que se analisem e discutam as reais condições de trabalho, emprego e salário dos(as) profissionais. Ao se refletir sobre o trabalho de enfermagem, há de se reconhecer que ao mesmo tempo que enfermeiros(as) ganham reconhecimento e valorização, tem sido cada vez mais necessário ampliar e reforçar a luta da categoria na perspectiva de melhoria das condições de trabalho, redução da carga horária e piso salarial digno, lutas e reivindicações que ainda apontam para conquistas importantes a serem legitimadas.

5.5. O TRABALHO DE ENFERMEIROS(AS) DA APS NA PARAÍBA

Dimensões das Práticas Coletivas e Individuais

PRÁTICAS COLETIVAS

5.5 O TRABALHO DE ENFERMEIROS(AS) DA APS NA PARAÍBA

5.5.1 Práticas coletivas desenvolvidas por enfermeiros(as) nas unidades básicas de saúde da APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Os(As) enfermeiros(as) fazem parte de um processo coletivo de trabalho cuja finalidade é produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os dos demais membros da equipe no contexto político-social do setor saúde. A atuação desses(as) profissionais na APS do Brasil vem constituindo um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo à proposta do novo modelo assistencial, centrado sobretudo na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

São discutidas a seguir as dimensões das práticas coletivas que compõem o trabalho de enfermagem na APS, analisadas a partir da atuação de enfermeiros(as) no estado da Paraíba, Região Nordeste do Brasil. As práticas coletivas na APS/ESF foram classificadas em seis dimensões: Atuação no Território; Gestão da UBS; Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde; Equidade; Integralidade e Rede; e Controle Social.

5.5.1.1 Atuação no território

O Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais para operacionalizar suas ações: a região, o município, o distrito sanitário, a área, a microárea, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros. Trata-se de recortes e recursos de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico e político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder (GONDIM, 2011, p. 44).

Para discutirmos as práticas coletivas de enfermeiros(as) da APS/ESF em atuação no território, faz-se necessário entender que

[...] o território na saúde não pode estar limitado a um simples recorte político-jurídico e operacional do sistema de saúde. Traduz-se, simultaneamente, como *locus* de materialização da prática social e de interação entre a população e os serviços no nível local, onde se encontram situadas, em delimitações singulares, populações com *habitus* e estilos de vida diferentes, os quais determinam e condicionam suas condições de existência e sua organização espacial – o território. (GONDIM, 2011, p. 75)

A ampliação do olhar dos(as) profissionais da atenção primária à saúde sobre o território é estratégica para a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional; a (re)construção do vínculo dos(as) profissionais e do sistema de saúde com o lugar; a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico; e a incorporação efetiva do paradigma da promoção da saúde e da participação (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Na presente pesquisa, as práticas de atuação no território desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) foram analisadas com base em três variáveis. Conforme se pode observar nas Tabela 11 e 16 e na Figura 22, para todas as atividades relacionadas a cada uma das variáveis os percentuais de profissionais que afirmam positivamente desenvolvê-las são superiores a 64%, sendo predominantes para a variável V2 – “Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade” e para a V3 – “Realiza atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a unidade básica de saúde”. Quanto a essas duas variáveis, respectivamente 366 (79,2%) e 365 (79,0%) profissionais afirmaram realizá-las.

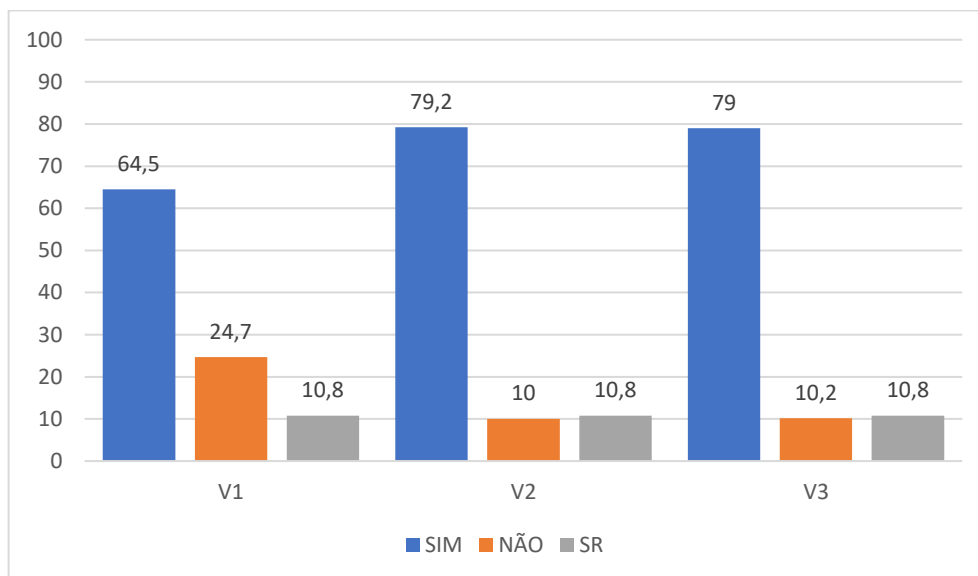
No que se refere a tais práticas, uma análise de resultados do conjunto das cinco regiões do país também apresentou níveis percentuais de 65% a mais, evidência que pode ser observada a partir do relatório da pesquisa “Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022).

Tabela 11. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas à Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Dimensão	Variáveis	Sim		Não		SR	
		N	%	N	%	N	%
Atuação no Território	V1 – Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde/Equipe da Estratégia Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos	298	64,5	114	24,7	50	10,8
	V2 – Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade	366	79,2	46	10,0	50	10,8
	V3 – Realiza atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a unidade básica de saúde	365	79,0	47	10,2	50	10,8

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 22. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas à Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

A participação de enfermeiros(as) nos processos de territorialização, realizando mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da UBS/ESF com vistas a identificar grupos, famílias e indivíduos (V1), foi referida como sendo desenvolvida por 298 (64,5%) profissionais. Essa é a variável em que se registra a menor participação de enfermeiros(as) pesquisados(as) na dimensão Atuação no Território referente à análise quantitativa.

No que se refere à análise qualitativa sobre a variável V1, foram poucos os relatos dos(as) profissionais entrevistados(as). As narrativas a seguir contextualizam a participação dos(as) ENF_PB_001 e ENF_PB_019 no processo de territorialização, e são representativas dos discursos de outros(as) participantes:

[...] no território em que atuo foi feito um remapeamento; participei desse processo de territorialização, pois era uma área muito extensa, de abrangência da zona rural. Isso impossibilitava a minha permanência por muito tempo na sede da minha unidade, com as atividades de rotina. Envolveria tempo de deslocamento até as comunidades. Esse novo mapeamento favoreceu um novo planejamento, com uma nova dinâmica de rotina de visitas domiciliares, contribuindo na identificação de grupos, famílias e indivíduos [...]. (ENF_PB_001)

A enfermagem tem protagonizado aqui na unidade as discussões e a realização da questão de territorialização, temos muitas famílias e domicílios em determinadas microáreas, o que se torna um problema, porque tem ACS com família demais, com muitos idosos que necessitam ser acompanhados nos domicílios. Então estamos fazendo um remapeamento da área, de modo a facilitar o acesso e cobertura das pessoas aos serviços ofertados pela APS/ESF [...]. (ENF_PB_019)

Meneses *et al.* (2019, p. 336) reconhecem que a territorialização constitui ferramenta indispensável para a organização dos serviços da Estratégia Saúde da Família, tornando possível o diagnóstico das condições sociais, epidemiológicas e demográficas, assim como o planejamento das ações em saúde, a partir do reconhecimento da clientela adstrita e das potencialidades e das vulnerabilidades existentes. A territorialização possibilita a aproximação com a realidade local por parte do(a) profissional de enfermagem, bem como a criação de vínculo entre os(as) profissionais da equipe e entre equipe, comunidade, representantes locais e equipamentos sociais, favorecendo o acesso aos serviços e a resolubilidade das ações de saúde.

Os autores anteriormente referenciados, em seu estudo sobre o processo de territorialização com um grupo de enfermeiras no estado do Piauí, concluíram que os(as) profissionais de enfermagem, por serem aqueles(as) que se encontram mais próximos(as) da população, têm como missão apropriar-se do perfil epidemiológico e das vulnerabilidades sociais e ambientais da área de abrangência de sua equipe de ESF, visto que essas variantes interferem diretamente na qualidade de vida da população adscrita. É essencial que os(as) profissionais de saúde voltem seu olhar para os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, incluindo-se o vínculo da comunidade com seu território (MENESES *et al.*, 2019, p. 336-337).

Mendes (2011), ao classificar os territórios sanitários nos distintos níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), define que no âmbito da APS são dois os tipos de território – “área de abrangência” e “microárea”. Assim sendo, o foco da territorialização na Estratégia Saúde da Família (ESF) está em estabelecer esses dois territórios sanitários fundamentais, entendendo que a área de abrangência é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF e a microárea é o território de responsabilidade de um ACS (CONASS, 2017).

Oliveira *et al.* (2020, p. 13585), analisando o processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho em saúde, constataram que no município João Pessoa algumas microáreas são formadas por várias vilas, e que em torno delas a desigualdade social urbana está presente, uma vez que há precariedades nas estruturas dos domicílios, ao mesmo tempo que vigora o não ordenamento espacial das residências, em contraste ao processo de verticalização.

No estudo do processo de territorialização realizado pelos autores supracitados, foi verificada também, naquelas microáreas, a presença de barreiras geográficas tanto naturais como geradas pela implantação urbana na proximidade dessas vilas, barreiras as quais facilitam

ou dificultam o acesso às residências. Parcela considerável dos moradores, sobretudo das microáreas mais carentes, vivem em condições vulneráveis, na proximidade de esgotos a céu aberto provenientes dos edifícios de classe média e alta do bairro, que, de tão luxuosos, acabam desencadeando a invisibilidade social dos cidadãos carentes (OLIVEIRA *et al.*, 2020, p. 13585).

Tendo em vista o contexto observado, os pesquisadores inferem que o espaço urbano é um fator segregador, e que a população de renda insuficiente só encontra como opção ocupar áreas periféricas ou problemáticas, devido ao fato de que as políticas urbanas do Brasil foram intensa e historicamente utilizadas como instrumento de exclusão social, de modo a perpetuarem privilégios e desigualdades entre os cidadãos (OLIVEIRA *et al.*, 2020, p. 13586).

A territorialização em saúde pressupõe a análise de contextos, o que impõe o desenvolvimento de estratégias de investigação e elaboração de instrumentos de coleta de dados para a realização de diagnóstico, planejamento e intervenções sanitárias, e consiste em: coleta e análise sistemática de dados e produção de informações (sociais, econômicas, políticas, culturais, epidemiológicas, sanitárias e do sistema de saúde); e localização e distribuição de riscos, vulnerabilidades e potencialidades de territórios. Esses elementos permitem compreender a dinâmica da população (como vive, circula, trabalha, adocece e morre), possibilitando a gestores e equipes de saúde tomar decisões e agir na perspectiva de melhorar as condições de vida e o estado de saúde no âmbito individual e coletivo (GONDIM; MONKEN, 2017, p. 37).

Concordamos com Pereira e Barcellos (2006, p. 57) ao reconhecerem que a efetivação das ações de atenção, promoção e prevenção na busca de melhores condições de vida da população resulta num olhar multiterritorial, através do qual se considera que existem outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde. Os autores enfatizam que, em outras palavras, as parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersetorialidade, capazes de modificar o quadro social e epidemiológico local. Nesse sentido, deve-se observar como se dá a relação entre a equipe de saúde da família, a comunidade, as lideranças comunitárias, as Organizações Não Governamentais (ONGs), os movimentos sociais e outras instituições que possam intervir no local.

A territorialização é estratégia central para a consolidação do SUS, seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do modelo de atenção. A territorialidade permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e das populações, os múltiplos fluxos que animam os territórios e as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana; e pode,

sobretudo, revelar como os sujeitos (o individual e o coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida –, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM; MONKEN, 2009).

No que se refere à visita domiciliar realizada aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade e à atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a unidade básica de saúde – práticas coletivas de atuação no território –, essas foram as duas variáveis com maior predominância (Tabelas 11 e 16 e Figura 22).

Corroborando os resultados da análise quantitativa referentes às práticas de atuação no território, os(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) mencionaram a realização de visitas domiciliares e expressaram:

Na visita domiciliar temos essencialmente o apoio dos agentes comunitários de saúde. Fazemos visita domiciliar rotineira e planejada, em função das necessidades e demandas das famílias, ao mesmo tempo que em determinados casos acompanhamos o paciente de forma mais contínua, na realização de algum procedimento, a exemplo de curativos especiais [...]. (ENF_PB_004)

Realizamos rotineiramente as visitas domiciliares, porém de forma programada, devido ao fato de as localidades serem distantes, pois trabalho com comunidades rurais. Mas conseguimos realizar as visitas sempre em equipe [...]. (ENF_PB_020)

Giovanella *et al.* (2021), afirmam que um dos elementos centrais que caracterizam a ESF é a Visita Domiciliar (VD), a qual deve ser realizada rotineiramente, em função das necessidades e das demandas das famílias e dos territórios. A Paraíba, com 86,7%, se insere dentre os cinco estados que têm cobertura populacional por USF maior que 80%, juntamente ao Piauí (90,7%), ao Tocantins (89,7%), a Santa Catarina (87,2%) e a Sergipe (82,6%). Essas evidências resultam da pesquisa realizada por Giovanella *et al.* (2021), que analisaram a evolução da cobertura da ESF entre 2013 e 2019, estimada nacionalmente, para áreas urbanas e rurais pelas grandes regiões nacionais e Unidades da Federação (UF).

Santos e Kirschbaum (2008, p. 226), ao estudarem a trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil, concluíram que essa modalidade de atenção se originou na década de 1920 com finalidades e características específicas e de maneira articulada ao modelo assistencial hegemônico naquela época. Mesmo sendo empregada com enfoques diferentes e em maior ou menor escala, ela não desapareceu totalmente do cenário dos serviços de saúde pública brasileiros. A visita domiciliar, especificamente no cenário dos serviços de saúde no Brasil,

atualmente vem sendo empregada em larga escala enquanto instrumento dos(as) trabalhadores que constituem a equipe do PSF.

Nessa perspectiva, o trabalho da ESF deve levar em conta, em primeiro lugar, o conhecimento do território onde se vai atuar. O papel do enfermeiro(a), portanto, implica não exclusivamente lidar com situações de saúde da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar. Assim, há de se ressaltar o dever desses(as) profissionais em reconhecer e compreender como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar, e também a influência da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo da família (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015, p. 471).

Para nos apropriarmos da autêntica concepção que se deve ter sobre a Visita Domiciliar (VD), concordamos com Nunes *et al.* (2018, p. 133) quando asseguram que condicionar a visita apenas ao quadro de saúde do usuário revela inconsistências na definição de critérios e na concepção da VD, que deve ser um instrumento para promover o cuidado em saúde de forma ampliada, para além do monitoramento de doenças e agravos. Os autores nos alertam que, de um lado, a falta de critérios pode contribuir para a fragmentação dessa atividade e a ocorrência de visitas em intervalos muito superiores ao recomendado, inclusive no caso de famílias que necessitam de um acompanhamento sistemático e intensivo; de outro lado, o modelo de atenção centrado na doença condiciona a lógica das práticas à demanda espontânea e, assim, reduz a potencialidade da intervenção e do encaminhamento oportuno de situações que exijam cuidados preventivos e diagnóstico precoce, bem como a implementação de ações de promoção da saúde.

Conceição *et al.* (2019), a partir de estudos de revisão da literatura, asseguram que enfermeiros(as) que atuam na VD promovem benefícios na assistência à família, como redução de custos, aproximação com o indivíduo e sua família, escuta ativa, entendimento da situação de vida das pessoas e identificação de riscos domiciliares. Suas análises permitiram identificar dificuldades existentes durante a realização da VD, como a falta de segurança no ambiente de trabalho e a presença de violência na comunidade. Entretanto, ainda assim constatou-se que a equipe de saúde da família, por meio da VD, é capaz de criar vínculo de confiança e dar credibilidade para a promoção e a recuperação da saúde.

A visita domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções. Além disso, a organização da atenção domiciliar em macroprocessos se relaciona com os principais componentes envolvidos na APS: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar (BRASIL, 2015, p. 51-52).

Desse modo, a visita domiciliar, sendo uma modalidade de atenção domiciliar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), tem um papel importante no mapeamento de riscos e no conhecimento das necessidades de saúde e das situações de vulnerabilidade da população (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015, p. 474).

Sabe-se que é responsabilidade das equipes da APS atender os cidadãos conforme suas necessidades em saúde, necessidades que são produzidas socialmente e que podem se traduzir também pela dificuldade de acessar os serviços de saúde, seja por barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como os serviços são organizados ou pelo seu estado de saúde, que muitas vezes os impede de se deslocarem até os serviços, exigindo-se que a assistência seja dispensada em nível domiciliar. Faz-se necessário que os(as) profissionais estejam preparados(as) para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão da atenção domiciliar, o que implica a reorganização do processo de trabalho, agregando-se tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar. Os(As) profissionais devem ter, portanto, a capacidade de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2012, p. 21).

Assim sendo, no contexto da Atenção Domiciliar (AD), destacam-se, dentre outras, as seguintes narrativas por parte dos(as) enfermeiros(as) participantes da pesquisa:

Realizamos visitas domiciliares com busca ativa de casos, [...] visita programada para pacientes críticos, pessoas acamadas, e nesses casos a gente sempre segue rigorosamente o acompanhamento. A gente faz plano de cuidado [...], mas às vezes para você trazer o médico para fazer esse plano de cuidado no paciente domiciliado é mais complicado, eu não consigo [...]. (ENF_PB_0251)

A visita domiciliar a gente segue um cronograma. Os agentes comunitários de saúde identificam as pessoas da comunidade que estão com demandas de visitas, se fosse uma demanda muito grande que a gente não conseguisse vencer naquele dia a gente ia elencar as necessidades, as suas prioridades [...], por exemplo, visita a pessoas acamadas [...]. (ENF_PB_039)

A atuação da equipe de enfermagem no âmbito da AD é normatizada pela Resolução COFEN nº 0464/2014, a qual considera a visita domiciliar um contato da equipe de enfermagem para a avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como do ambiente onde estes vivem, com vistas a estabelecer um plano assistencial programado e com objetivo definido. Essa resolução institui que a atenção domiciliar corresponde às ações desenvolvidas com vistas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento de doenças, à reabilitação do indivíduo e aos cuidados paliativos, reunindo um conjunto de atividades realizadas por membros da equipe de enfermagem, caracterizadas pela atenção no domicílio do

usuário do sistema de saúde que necessita de cuidados técnicos. Assim sendo, a visita domiciliar se inclui dentre as atividades da atenção domiciliar (COFEN, 2014).

A Portaria nº 825/2016 (BRASIL, 2016), considerando dispositivos legais e normativos e a necessidade de reformulação da Portaria nº 963/GM/MS/2013, e revogando outras portarias ministeriais, redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atualiza as equipes habilitadas e considera que a Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados. Diante do que estabelece a referida portaria, a AD deve seguir as seguintes diretrizes: ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS; estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e estimular a participação ativa dos(as) profissionais de saúde envolvidos(as), do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

De acordo com a referida portaria, a AD está organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD 1); Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e Atenção Domiciliar 3 (AD 3). A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) – serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e pela operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A determinação das modalidades de AD está associada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente e, conseqüentemente, para um adequado planejamento e gestão de recursos humanos, materiais necessários e fluxos intra e intersetoriais. As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Ampliado à Saúde da Família, por ambulatórios de especialidades e por centros de reabilitação (BRASIL 2016).

Outros excertos que emergiram da análise do conteúdo das entrevistas revelam a dinâmica da atenção domiciliar realizada por esses(as) profissionais nos seus territórios de atuação em municípios da Paraíba:

[...] a gente faz a atenção domiciliar com aqueles pacientes que têm uma necessidade maior e que não estão vindo até a unidade. Temos priorizado as visitas domiciliares para esses pacientes [...]. (ENF_PB_215)

Na atenção domiciliar fazemos as visitas domiciliares e atendimento para aqueles idosos que não têm condição de vir na unidade de saúde, visitamos as puérperas, essas são as nossas prioridades de visita domiciliar. Aquele idoso ou aquele usuário que está acamado, não tem condições de se deslocar até a unidade, então o agente comunitário de saúde registra a necessidade e nos leva até eles [...]. (ENF_PB_033)

A atenção domiciliar realizada por enfermeiros(as) da Estratégia Saúde da Família foi analisada por Gomes, Fracoli e Machado (2015, p. 473-474), os quais constataram a frequência de 26,0% dos(as) profissionais que realizam as visitas domiciliares semanalmente; de 31,0% que a realizam raramente; de 20,0% que afirmaram nunca realizá-la; e, em maior percentual (38,0%), dos(as) enfermeiros(as) que só fazem a visita domiciliar quando solicitado. Esses dados confirmam que as visitas domiciliares naquela localidade são pouco realizadas. Uma vez que, no escopo de tal estudo, a maioria dos(as) enfermeiros(as) só faz visita quando solicitado, na opinião dos autores ficou evidente que a atenção domiciliar deveria estar na programação de trabalho daqueles(as) profissionais, de modo a promover a longitudinalidade do cuidado de domiciliados que necessitam de cuidados mais complexos, como idosos acamados.

É importante destacar que a enfermagem, enquanto parte da equipe multiprofissional, precisa estar atenta no que diz respeito aos cuidados ofertados pelos cuidadores no âmbito domiciliar, para que as ações assistenciais estejam em congruência com o plano terapêutico previamente estabelecido. O(a) enfermeiro(a) precisa alinhar sua prática no que diz respeito às visitas domiciliares, considerando a importância da comunicação enquanto elemento essencial para o fortalecimento do vínculo e a continuidade do cuidado, sem a qual não há interação entre profissionais e família. Não se deve desconsiderar uma escuta qualificada, com ênfase na empatia e no desenvolvimento de relações terapêuticas de caráter horizontal (GOMES *et al.*, 2021).

Portanto, dada a fundamental importância da atenção domiciliar, a equipe deve ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde, por envolver as pessoas no processo de cuidado. A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios

doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade), se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo saúde-doença (BRASIL, 2012, p. 22-23)

5.5.1.2 Gestão da UBS

A gestão está presente na prática do(a) enfermeiro, independentemente do exercício de um cargo gerencial, no contexto da organização ou dos serviços nos quais está inserido(a); assim, é possível conceber a prática gerencial em duas dimensões: gestão do cuidado e gestão dos serviços de saúde. A prática gerencial do(a) enfermeiro(a) é fundamental para a qualidade assistencial no atendimento às necessidades das pessoas que buscam os serviços de saúde (SANTOS, 2021).

A gestão da UBS constitui uma prática administrativa e gerencial do trabalho de enfermeiros(as). De acordo com Ferreira e Abrahão, (2020), a prática gerencial do(a) enfermeiro(a) no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) se baseia na organização das ações em saúde nos territórios adstritos, gerando cuidados à saúde de seus usuários para a construção de modelagens promissoras do espaço em que está inserido(a) e ampliando sua inserção nos procedimentos gerenciais. Isso lhe permite um olhar qualificado para os problemas que emergem do cotidiano dos serviços, de forma a constituí-lo(a) como um dos atores no âmbito na ESF e um(a) profissional estratégico(a) na APS.

A análise da dimensão Gestão da UBS nos permite afirmar que, para todas as variáveis incluídas, exceto V6 – “Participar da gestão das filas de espera”, as respostas dos(as) enfermeiros(as) foram predominantemente “sim”, com percentuais superiores a 57,0%, chegando até 82,5% na V8, visto que 381 profissionais afirmaram “Participar de reuniões de equipe”.

As Tabela 12 e 16 e a Figura 23 nos possibilitam averiguar em cada uma das variáveis as práticas correspondentes da dimensão Gestão da UBS, bem como o quantitativo e os percentuais de enfermeiros(as) que afirmaram desenvolvê-las.

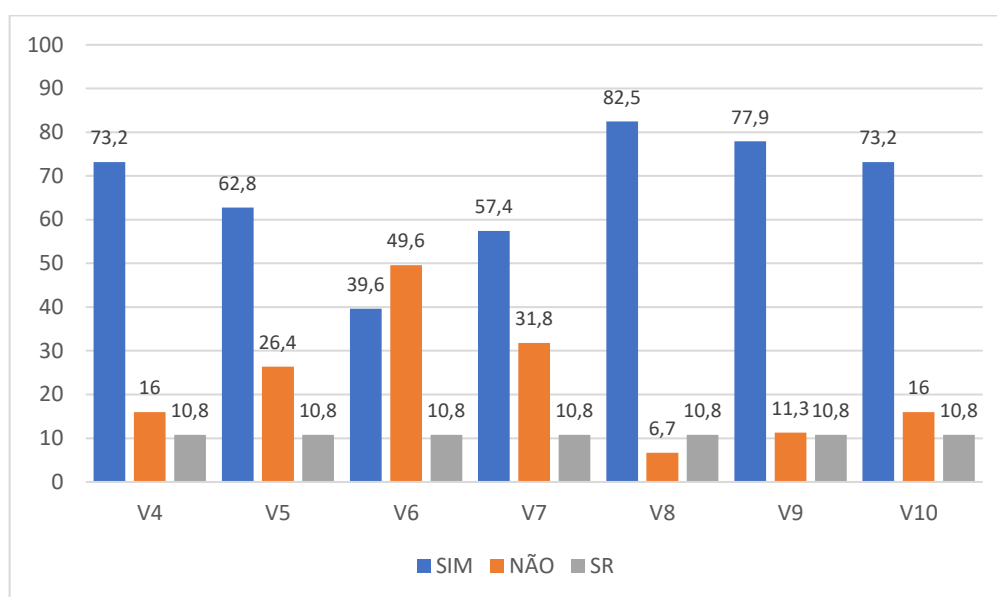
Tabela 12. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas à Gestão da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Dimensão	Variáveis	Sim		Não		SR	
		N	%	N	%	N	%
Gestão da UBS	V4 – Participa das atividades de acolhimento	338	73,2	74	16,0	50	10,8
	V5 – Realiza classificação de riscos	290	62,8	122	26,4	50	10,8
	V6 – Participa da gestão das filas de espera	183	39,6	229	49,6	50	10,8

V7 – Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de redes de atenção integradas à saúde	265	57,4	147	31,8	50	10,8
V8 – Participa de reuniões de equipe	381	82,5	31	6,7	50	10,8
V9 – Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	360	77,9	52	11,3	50	10,8
V10 – Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde	338	73,2	74	16,0	50	10,8

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 23. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas à Gestão da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Dentre as práticas desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) e que se incluem na dimensão Gestão da UBS, a regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de redes de atenção integradas à saúde, embora tenha sido referenciada por 57,4% dos(as) profissionais, ainda se apresenta como a prática menos realizada quando comparada à classificação de riscos; ao acolhimento; ao gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde; ao planejamento e ao acompanhamento sistemático das ações da equipe; e à participação em reuniões de equipe (Tabelas 12 e 16 e Figura 23). Essa mesma constatação foi observada na pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022), na qual a variável “Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de redes de atenção integradas à saúde” alcançou percentuais também acima de 55,6%. E, assim como no presente estudo, naquela pesquisa a prática mais predominante desta

dimensão foi a participação dos(as) enfermeiros(as) em reuniões, com 78,3%. Ainda na pesquisa nacional, a Região Nordeste também apresentou maior predominância, com percentuais de 81,2%, quase em valores iguais ao que foi registrado na Paraíba (82,5%).

A partir da análise qualitativa, destaca-se o extrato da fala do(a) ENF_PB_020, que ilustra as demandas locais de referência e contrarreferência no âmbito das redes de atenção integradas à saúde:

*Nós referenciamos consulta na atenção à saúde mental, pelo menos uma vez ao ano, com psiquiatra, e nós temos psicólogos no município, temos no NASF e temos na assistência, que eles dão suporte quando necessário para acompanhamento da pessoa, como também da família desses pacientes com transtornos mentais [...].
(ENF_PB_020)*

No que concerne à regulação das demandas locais (referência e contrarreferência), cabe-nos reconhecer a importância e a necessidade das recomendações de Tasca *et al.* (2020, p. 5) para se fortalecer a APS no Brasil. Dentre o elenco de recomendações, consta que o aprimoramento da regulação/coordenação de serviços é um elemento estruturante do SUS, sendo necessário desenvolver um sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias de informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contrarreferência. Para tanto, o estabelecimento de complexos reguladores e a informatização das unidades de saúde, com disponibilização de informações clínicas integradas e dotada de informações tanto do sistema público como do privado, são cruciais para permitir o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.

Outra variável que se analisa nesta dimensão é a tecnologia de avaliação com classificação de risco, a qual, de acordo com Brasil (2004, p. 16), pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada.

O Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, através da Resolução nº 661/2021, revoga a Resolução COFEN nº 423/2012, de modo a atualizar e normatizar a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de risco, e estabelece que a classificação de risco e a priorização da assistência são privativas do(a) enfermeiro(a), observadas as disposições legais da profissão. O procedimento a que se refere a resolução deve ser executado no contexto do processo de enfermagem, atendendo às determinações da Resolução COFEN nº 358/2009 – a qual, dispõe sobre a sistematização da assistência de

enfermagem e a implementação do processo de enfermagem –, bem como aos princípios da PNH - Política Nacional de Humanização do SUS (COFEN, 2021).

França, Bezerra e Curado (2017) chamam atenção ao fato de que a classificação de risco é o ponto inicial para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços, possibilitando visualizar as necessidades das famílias e permitindo uma assistência multiprofissional e com elaboração de planos terapêuticos.

De acordo com Brasil (2013b), considerando-se as peculiaridades da APS, os profissionais são orientados a fazer classificação dos casos de demanda espontânea, correlacionando a avaliação de risco e as vulnerabilidades aos modos de intervenção necessários. Quanto à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades), as classificações são: “Não Agudo” (intervenções programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia). O objetivo é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando-se assim o princípio da equidade.

A avaliação e classificação de risco é intrínseca ao acolhimento e, portanto, embora tenham objetivos diferentes, são complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistir ou funcionar separadamente no contexto físico, mas jamais sendo díspares no processo de trabalho. O acolhimento com avaliação e classificação de risco configura uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, da problematização e da proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 17).

Os discursos centrais resultantes das análises das entrevistas de enfermeiros(as) da APS/ESF na Paraíba denotam a relação intrínseca da classificação de risco com o acolhimento no cotidiano de trabalho das unidades básicas de saúde em seus municípios de atuação, ao mesmo tempo que confirmam as evidências apresentadas sobre essas variáveis na análise quantitativa desta pesquisa:

A gente faz acolhimento com classificação de risco, e a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade do usuário fazemos a intervenção ou encaminhamento necessário. E, por aqui por ser uma unidade mista, após a classificação, se não temos médico, encaminhamos o usuário para o profissional da outra equipe [...]. (ENF_PB_011)

No acolhimento fazemos a classificação com estratificação de riscos, buscando definir o tipo de intervenção, dando a devida prioridade para aqueles usuários que apresentam demandas mais urgentes; e, quando se faz necessário, damos encaminhamentos para outros serviços da rede de atenção [...]. (ENF_PB_212)

O(a) ENF_PB_038 esclarece:

Realizamos acolhimento com classificação de riscos por demanda espontânea de pacientes; no entanto, temos também por agendamento programado de alguns tipos de procedimentos [...], atendimentos tipo pré-natal, citológico. (ENF_PB_038)

De forma concisa, os(as) ENF_PB_031 e ENF_PB_215 expressam como conduzem a classificação de riscos e o acolhimento no seu cotidiano de trabalho. Ressalte-se que o(a) ENF_PB_215 faz referência à organização do fluxo de acolhimento no contexto da pandemia da covid-19:

Na realização do acolhimento, inicialmente fazemos uma sala de espera aos usuários que estão aguardando atendimento, e assim começamos a conduzir o acolhimento de todos que estiverem na unidade de saúde, com a escuta qualificada. Fazemos classificação de risco, analisando o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada [...]. (ENF_PB_031)

A gente organiza o fluxo de atendimento fazendo acolhimento com classificação de riscos, principalmente nesse período da pandemia da covid-19, visto que temos muitos idosos, hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde [...]. (ENF_PB_215)

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS e tem importância fundamental na organização dos serviços públicos de saúde, além de incorporar os aspectos ético e político e apresentar outro modo de produzir saúde. Ele é concebido como um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde; é uma atitude atenta e porosa à diversidade cultural, racial e étnica (BRASIL, 2010).

A estratificação de risco é uma tecnologia de organização do processo de trabalho no âmbito da APS que beneficia a equidade. Nesse sentido, a classificação de risco, visando a estabelecer prioridades no planejamento de ações em uma equipe da ESF no município pesquisado no estado de Minas Gerais, evidenciou a magnitude das contribuições para a melhoria do processo de trabalho em relação ao acompanhamento direcionado pelos riscos por todos(as) os(as) profissionais da equipe. Os pesquisadores consideram que tal ferramenta se justifica na medida em que as pessoas com riscos mais elevados devem receber maior atenção da equipe da ESF, seja por meio de consultas e visitas domiciliares mais frequentes, atendimentos prioritários e/ou acompanhamento com profissionais de outras áreas da saúde, seja por meio de atividades promocionais e preventivas, segundo critérios de risco (COSTA *et al.*, 2020, p. 946-947).

Mesmos considerando a importância do uso dessa tecnologia de cuidado, estudos realizados por Silva, Barros e Torres (2012) relatam que enfermeiros(as) mencionaram a existência de desafios para a implementação da classificação de risco no processo de trabalho, havendo uma dificuldade de aceitação dos(as) profissionais para a implementação da classificação de risco na atenção primária, uma vez que receiam perder a autonomia previamente conquistada nos atendimentos aos usuários da demanda espontânea.

Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionamento da atenção primária. Isso requer um conjunto de ações articuladas que envolvam usuários, trabalhadores e gestores. Com efeito, múltiplos aspectos técnicos e político-institucionais precisam ser mobilizados para que o acolhimento tenha êxito (BRASIL, 2013a, p. 25). Enquanto proposta de mudanças, o acolhimento deve estar articulado no processo de trabalho e na gestão dos serviços, com cogestão, ambiência e clínica ampliada, sendo, portanto, um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010, p. 16).

O acolhimento aparece marcado no território das tecnologias leves, inseridas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escuta, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. O acolhimento facilita a continuidade e a redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou das atividades agendadas. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2013a, p. 22).

Concordamos com Barros *et al.* (2018) em que a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), a partir de 2004, contempla um conjunto de dispositivos capazes de viabilizar a qualificação da atenção e da gestão no SUS, dentre os quais destaca-se o acolhimento, considerado uma diretriz operacional capaz de inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde. Os autores, a partir de estudos realizados no município de Fortaleza, concluíram que na APS o acolhimento torna-se uma ferramenta necessária para que os profissionais possam repensar práticas na busca de alcançar melhores resultados, além de fortalecer os vínculos entre usuários e profissionais, contribuir para a resolutividade e aprimorar a organização dos serviços de saúde.

Neste estudo, para além da classificação de riscos e do acolhimento, como já vimos anteriormente, outras práticas foram bastante predominantes: o gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde e o planejamento e o acompanhamento sistemático das ações da equipe, assim como o acolhimento, tiveram percentuais superiores a 73,0%. Entretanto, a prática coletiva que os(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) disseram mais realizar foi a participação em reuniões de equipe, registrando percentuais de 82,25%. Esses percentuais estão presentes nos resultados da análise quantitativa (Tabelas 12 e 16 e Figura 23).

A participação em reuniões se confirma nos discursos, através dos quais se pode observar que, segundo os(as) enfermeiros(as), são desenvolvidos o gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde e o planejamento e o acompanhamento sistemático das ações da equipe, além da participação em reuniões.

Os(As) profissionais:

Temos uma agenda protegida de reuniões, e essas reuniões são necessárias para o planejamento das ações da equipe e para o funcionamento da unidade. Mas não são somente as reuniões [...]. A gente planeja e coordena e faz o acompanhamento das atividades; faz controle e gerenciamento de materiais, equipamentos e insumos; gerencia as atividades das equipes na UBS; supervisiona o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem sob a nossa supervisão; elabora um plano de cuidado para o atendimento de usuários, especialmente para aqueles pacientes domiciliados [...].
(ENF_PB_015)

O(A) ENF_PB_015 enfatiza:

[...] o enfermeiro é mola-chefe dentro de uma unidade, isto é, tudo quem resolve é o profissional enfermeiro. Há o médico, há o dentista, o técnico em enfermagem e o pessoal de apoio, mas o enfermeiro fica no centro, como se fosse uma teia [...].
(ENF_PB_015)

No que se refere à dinâmica das reuniões na UBS em que trabalha, o(a) ENF_PB_019 explana:

As reuniões fazem parte do nosso cronograma de trabalho e são realizadas de forma bastante rotineira. Reunimos com a equipe sobre as diversas questões do cotidiano de trabalho, organização de funcionamento da unidade de saúde, planejamento das atividades, fluxo de atendimento. São inúmeros os temas de discussões [...].
(ENF_PB_019)

Dando continuidade à sua explanação, o(a) ENF_PB_019 ressalta:

No momento estamos discutindo a questão da territorialização, pois estamos com um problema relacionado a uma microárea muito extensa, com muitos domicílios e famílias, o que tem dificultado o trabalho dos ACS e o trabalho da equipe, quando se valoriza e defende a necessidade de promovermos maior acesso e cobertura às pessoas pelos serviços ofertados pela APS/ESF. Temos reunião mensal com toda a equipe e reuniões extraordinárias que muitas vezes precisam ser realizadas [...]. (ENF_PB_019)

Os enunciados aqui descritos ajudam a confirmar a predominância da participação em reuniões de equipe como uma prática constante que se inclui no escopo de ações do trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF.

Participar de reuniões é uma das atribuições dos profissionais das equipes que atuam na APS, tendo a finalidade de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e a avaliação sistemática das ações da equipe a partir da utilização dos dados disponíveis, visando à readequação constante do processo de trabalho (BRASIL, 2017).

Em concordância com Voltolini *et al.* (2019, p. 4), afirma-se que as reuniões contribuem para a readequação do processo de trabalho, com base em dados e informações disponíveis. A realização de reuniões periódicas de equipe para discussão conjunta sobre o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações em saúde é uma atribuição dos profissionais atuantes nas equipes da ESF, definida por normativas nacionais e locais.

Os autores supramencionados, através de pesquisas realizadas com profissionais da ESF, evidenciaram que as reuniões configuram fundamentalmente momentos para o planejamento e a organização das ações em saúde; nelas ocorrem trocas de informações entre os profissionais, sendo um espaço para sanar possíveis dúvidas. Tanto as reuniões gerais mensais quanto as reuniões semanais de equipe são importantes para o diálogo multiprofissional. Além disso, as reuniões oferecem a oportunidade de promover a integração das categorias atuantes no local para tomarem decisões mais assertivas no planejamento da unidade e das equipes.

Corroborando esse pensamento, o(a) ENF_PB_215, ao ser entrevistado(a) na nossa pesquisa, afirma:

Temos agendas de reuniões mensais de planejamento com equipe para definir e organizar o processo de trabalho, buscando sempre favorecer o atendimento aos usuários na unidade. Faço reuniões de planejamento com o grupo de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem e acompanho sistematicamente as ações desses profissionais. E precisamos estabelecer um diálogo permanente e boa interação com a equipe. É bom destacar que aqui a enfermagem fica à frente do gerenciamento da unidade [...]. (ENF_PB_215)

Na compreensão de Grando e Dall’agnol (2010, p. 505), as reuniões de equipe são importantes dispositivos para o redelineamento do trabalho, por meio da discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar, do desenvolvimento de atividades em educação permanente e da avaliação sistemática do cotidiano da equipe.

Brito *et al.* (2018), ao analisarem as reuniões de equipe como instrumento de organização do trabalho em Unidades de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa, constataram a realização de reuniões semanais, com discussões que estabeleciam prioridades das demandas do serviço, a exemplo do processo de trabalho da equipe, da estruturação, da organização, da tomada de decisões, da troca de experiências das ações e do planejamento das futuras ações. Porém, na opinião de alguns profissionais, as reuniões nem sempre eram resolutivas, o que os desmotivava, prejudicando o planejamento das ações. Outros profissionais, por sua vez, avaliavam as reuniões como oportunidades de responsabilização conjunta, sendo favoráveis para organizar o processo de trabalho.

Grando e Dall’agnol, (2010, p. 509), em estudo sobre reuniões de equipe com um grupo de profissionais da Estratégia Saúde da Família, considerando a prática da reunião segundo a lógica interna do próprio grupo, identificaram dificuldades na tomada de decisões no coletivo; o protelamento de discussões quando os assuntos eram polêmicos e a superficialidade do diálogo foram percebidos como formas de evitar o confronto de ideias, e eram alternativas que o grupo utilizava para tangenciar conflitos mal resolvidos da equipe. Os pesquisadores pontuaram essas questões como geradoras de sofrimento e desgaste nas relações, resultando no distanciamento entre as pessoas.

Matuda *et al.* (2015, p. 2514), objetivando conhecer a percepção de uma equipe interprofissional da Estratégia Saúde da Família, trazem para a discussão o tema da reunião de matriciamento e identificam diferentes percepções; parte dos profissionais entrevistados entendeu que essas reuniões possibilitavam um espaço de aprendizado, troca de saberes e aprimoramento da prática, trazendo benefícios para a sua atuação profissional. As trocas vivenciadas traziam resultados positivos para o usuário e o serviço, e as reuniões entre os profissionais eram consideradas um recurso para o planejamento das ações.

5.5.1.3 Integralidade e rede

A integralidade, um dos princípios do SUS, é entendida como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para

cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a).

Na APS, a integralidade constitui um dos princípios orientadores para a organização dos serviços ofertados nos municípios e representa o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e da manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, da redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e o manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e da coletividade (BRASIL, 2017).

Na presente pesquisa, a integralidade é discutida a partir da dimensão analítica Integralidade e Rede. Nessa dimensão, as variáveis com maiores quantitativos e percentuais estão relacionados às práticas V13 – “Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção”, indicada por 323 (69,9%) profissionais; V17 – “Realiza outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe”, com 319 (69,0%); V15 – “Incorpora práticas de vigilância”, com 279 (60,4%); e V11 – “Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede em hospitais, ambulatorios e outros”, com 237 (51,3%). Para as demais variáveis, observa-se que menos da metade afirmou fazer as atividades a elas relacionadas. Quanto à variável V14 – “Conduz clínica ampliada/matriciamento”, o quantitativo de enfermeiros(as) que afirmou não a realizar foi de 290, o que representa um percentual de 62,8% (Tabelas 13 e 16 e Figura 24).

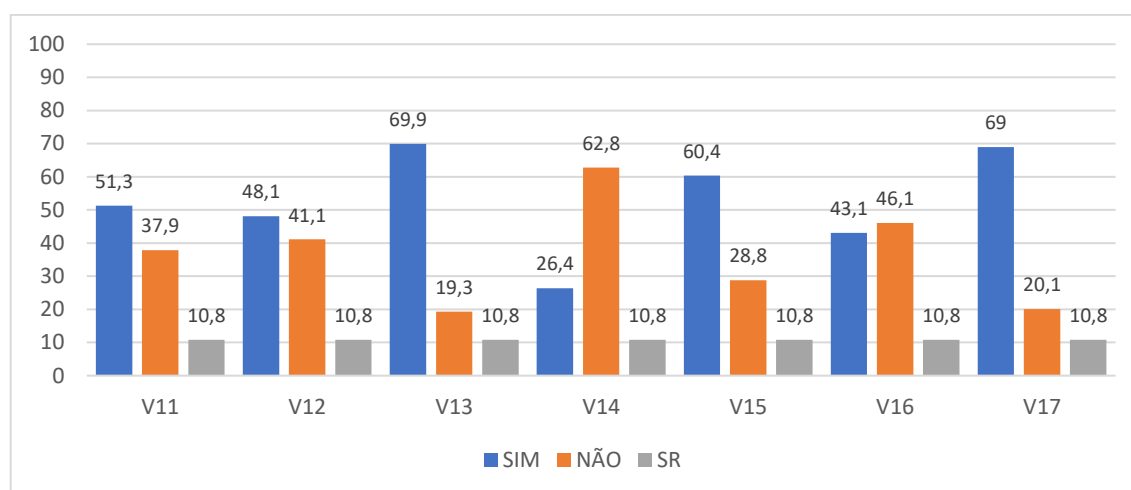
Tabela 13. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF relacionadas a Integralidade e Rede (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Dimensão	Variáveis	Sim		Não		SR	
		N	%	N	%	N	%
Integralidade e Rede	V11 – Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatorios e outros)	237	51,3	175	37,9	50	10,8
	V12 – Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações	222	48,1	190	41,1	50	10,8
	V13 – Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção	323	69,9	89	19,3	50	10,8
	V14 – Conduz clínica ampliada/matriciamento	122	26,4	290	62,8	50	10,8
	V15 – Incorpora práticas de vigilância	279	60,4	133	28,8	50	10,8

	V16 – Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	199	43,1	213	46,1	50	10,8
	V17 – Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe	319	69,0	93	20,1	50	10,8

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 24. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF relacionadas a Integralidade e Rede (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Com base no que se apresenta nas Tabelas 13 e 16 e na Figura 24, tem-se que a articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção é a prática com maior predominância na análise quantitativa da dimensão Integralidade e Rede – visto que 69,9% dos(as) profissionais afirmaram realizá-la –, seguida da realização de outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe, e das práticas de vigilância.

Na análise qualitativa, as narrativas dos(as) enfermeiros(as) que denotaram realizar práticas relacionadas à integralidade na rede de atenção à saúde foram bastantes recorrentes, e os discursos que caracterizam ações na perspectiva de integralidade e rede de maneira geral demonstraram uma estreita relação com o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS tem sido bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada, no que se refere ao PTS, destaca que a discussão de casos/formulação de projetos terapêuticos Singulares é uma das possibilidades de operacionalização de apoio matricial (BRASIL, 2009).

Vale lembrar que, conforme os resultados presentes nas Tabelas 13 e 16 e na Figura 24, a variável “Conduz clínica ampliada/matriciamento” foi a menos referida pelos(as) profissionais pesquisados(as).

O apoio matricial é uma ferramenta que possibilita a aproximação entre os profissionais, com diferentes pontos de atenção da rede de serviços de saúde, favorecendo um atendimento mais integral ao sujeito (BRASIL, 2013).

Assim sendo, a não efetividade do trabalho dos profissionais na concepção da clínica ampliada/matriciamento compromete a integralidade do cuidado. Nesse sentido, é válido considerar o que destaca Oliveira (2021), segundo o qual, dentre os muitos desafios do SUS, destaca-se a dificuldade para a aplicação do princípio da integralidade da atenção.

Sobre as práticas de enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba que se dão em articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção, os(as) ENF_PB_017 e ENF_PB_025 discorrem:

No atendimento aos usuários que precisam de atenção voltada à saúde mental, procuramos planejar o cuidado integrando outros profissionais. Reunimos uma equipe multiprofissional, elaboramos projetos terapêuticos singulares, [...] e em articulação com os profissionais do Núcleo de Ampliado à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) conduzimos um atendimento objetivando promover a integralidade do cuidado. (ENF_PB_017)

No cuidado a pacientes com transtorno mental, trabalhamos o projeto terapêutico singular, onde reunimos equipe multiprofissional, estudamos, discutimos e analisamos o caso clínico do paciente, temos o apoio com o acompanhado pelo CAPS, acompanhamento pela nutricionista, avaliamos o usuário observando toda a situação de adoecimento; ou seja, procuramos promover uma atenção com integralidade do cuidado. E, dentre as necessidades, fazemos articulação com outros serviços da rede de atenção e fazemos os encaminhamentos devidos [...]. (ENF_PB_025)

Temos muitos casos de usuários que requerem atenção de saúde mental. Então a gente tenta articular com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Fazemos um trabalho integrando o NASF, o CAPS, e sempre que necessário a gente acessa o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para dar maior suporte. Como a gente tá tendo muitos casos de ansiedade, de surto, de depressão e de muitas outras patologias, é muita coisa, então a gente está acessando a rede para dar um apoio e sempre o paciente vir à unidade. Então a gente elabora projetos terapêuticos juntamente com todos os profissionais, porque são casos mais complicados, e a gente sempre faz esses PTS. (ENF_PB_213)

Chama atenção o fato de o(a) ENF_PB_017 trazer novamente em suas falas outra narrativa que relaciona, na sua prática, a integralidade do cuidado com a aplicabilidade do projeto terapêutico singular – neste caso, exemplificando o trabalho na atenção à saúde da criança:

Na atenção à saúde da criança, quando identificamos uma criança com baixo peso, por exemplo, fazemos articulação com o nutricionista do município para juntos avaliarmos a situação nutricional, ao mesmo tempo que integramos a assistente social para avaliar a necessidade do benefício, quando se trata de crianças de famílias que vivem em situações de vulnerabilidade econômica e social. E nesses casos também procuramos elaborar um projeto terapêutico singular para proporcionar um melhor atendimento em situações de desnutrição infantil. Nem sempre é fácil fazer esse trabalho. (ENF_PB_017)

Pelo exposto, a atenção à saúde mental e a atenção à saúde da criança emergem como cuidado integral, que os(as) profissionais buscam realizar em articulação com outros serviços da rede de atenção à saúde. Observa-se que eles(as) desenvolvem uma estratégia com integração intersetorial, valorizando assim a integralidade do cuidado em rede e a elaboração de PTS, que se torna para os(as) profissionais pesquisados(as) uma potente estratégia de cuidado.

O PTS compreende um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, com aplicabilidade individual ou coletiva, que deve ser elaborado por uma equipe interdisciplinar com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, e consiste em uma variação da discussão de caso clínico, com definição de propostas e ações que auxiliarão a construção de um plano de cuidado integral para o atendimento às demandas dos usuários. As discussões para a construção e o acompanhamento do PTS são excelentes oportunidades para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde (BRASIL, 2009).

A partir de experiências vivenciadas no município de João Pessoa, na Paraíba, com ênfase nos cuidados a usuários com transtorno mental em atendimento em unidades básicas de saúde da ESF, Brito *et al.* (2018) relatam que, no que tange à multiprofissionalidade, houve a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) do caso de uma usuária que apresentava histórico de depressão, pouco contato social, dificuldade de adesão aos tratamentos propostos e uso exagerado de medicamentos. O trabalho multidisciplinar com os profissionais da USF e do NASF e vinculado à clínica de psicologia de uma instituição de ensino foi realizado, possibilitando intervenções que se adequassem às necessidades constatadas durante a visita domiciliar. Os profissionais avaliaram a necessidade do envolvimento em conjunto da equipe de saúde, do usuário e da família de forma integral, para que assim pudessem estabelecer um cuidado e tratamento de excelência, no qual a usuária não se sentisse sozinha, mas sim acolhida.

Silva *et al.* (2016, p. 4), em pesquisa realizada com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), relatam que, a partir das falas dos(as) participantes, percebe-se que o PTS é relevante no cuidado oferecido pela ESF, pois auxilia a gestão do cuidado às pessoas e valoriza a singularidade dos indivíduos no momento em que considera seu modo de ser, pensar e agir;

ou seja, valoriza o que há de único na pessoa, reconhecendo a junção do conceito de sujeito do inconsciente e do sujeito de direitos.

Os autores anteriormente referenciados consideram que o PTS é uma estratégia que sistematiza o cuidado e constrói com o sujeito e a equipe de saúde um cuidado singularizado, garante a autonomia do sujeito, organiza o processo de trabalho e fortalece o trabalho interdisciplinar. Desse modo, o PTS garante a ampliação da clínica, uma vez que prima pela autonomia do sujeito e valoriza a inserção de todos os atores envolvidos nos processos de cuidado, tornando-se um recurso importante para a estratégia de cuidado da ESF.

Segundo Oliveira e Pereira (2013), exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial.

No que se refere ao trabalho em rede, Nunciaroni *et al.* (2022, p. 69) destacam que há um baixo reconhecimento do trabalho clínico dos(as) enfermeiros no âmbito da organização e da gestão dos serviços, especialmente pelas diferentes interpretações e relações na micropolítica local. Existe também uma dificuldade de compreensão da população em geral quando o profissional da saúde não pode resolver, no nível da APS, os problemas identificados, sendo necessários encaminhamentos para uma rede frágil e desarticulada. Os autores ressaltam que essas dificuldades e esses desafios das práticas do(a) enfermeiro(a) na ESF são também revelados na literatura.

Na perspectiva do fortalecimento da APS no Brasil, Tasca *et al.* (2020) recomendam integrar a APS com os demais níveis do sistema de saúde em redes assistenciais inseridas em regiões de saúde.

De acordo com Gomes, (2015, p. 18), na ESF, a garantia do acesso à saúde, patrocinada pela eSF, promove ações interdisciplinares de prevenção, promoção e atenção à saúde dos usuários, não apenas numa ação restritiva à saúde, mas integrada ao contexto social e coletivo das famílias. À medida que são necessárias outras intervenções em maior nível de complexidade, são articuladas estratégias, de forma a atender às necessidades dos usuários/população nos diferentes níveis do sistema, estabelecidos pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Para a implementação de um cuidado integral, é necessária uma atuação inter e transdisciplinar, configurando o processo de trabalho em saúde no espaço da micropolítica institucional de forma que as necessidades em saúde dos usuários sejam contempladas. No SUS, faz-se necessária uma articulação com os mais diversos níveis de atenção à saúde, ou seja, faz-

se necessário desenvolver o trabalho em rede e linha de cuidado, com vistas a alcançar a integralidade do cuidado (SANTOS *et al.*, 2018).

5.5.1.4 Equidade

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) – institui a equidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo que o direito à saúde garantido pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), no seu art. 196, passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, sem qualquer tipo de exclusão aos cidadãos, de modo a reduzir as desigualdades e impactar a autonomia e a situação de saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

A equidade, na concepção de Campos (2006, p. 25) e a partir de pensadores como Aristóteles (384-322 a.C.), corresponderia à justiça aplicada no cotidiano pelos seres humanos reais, uma racionalidade que permitiria adaptar um conhecimento ou um julgamento elaborado com base na tradição, em leis impessoais ou em outras experiências a uma situação diferente de todas aquelas previstas. A equidade, na compreensão do autor, seria portanto o exercício vivo da justiça, a única forma de contar-se com uma justiça realmente justa.

A equidade foi uma das dimensões de análise desta pesquisa; a realização de cuidado integral à saúde das populações que necessitam de atenção diferenciada, a exemplo de pessoas em situação de rua, em medida socioeducativa, privadas de liberdade, ribeirinhas e fluviais, correspondente à variável V18, caracteriza-se como prática promotora da equidade. Sobre essa prática, evidenciaram-se na análise quantitativa percentuais bastantes representativos: do total de 462 (100%) enfermeiros(as) pesquisados(as) na APS/ESF do estado da Paraíba, 282 (61,0%) afirmaram realizar ações que promovem a equidade do cuidado em saúde (Figura 25 e Tabela 16).

Na APS, as ações de saúde voltadas à população privada de liberdade estão estabelecidas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através do art. 17 da Portaria Interministerial nº 1, de janeiro de 2014. Os cuidados primários de saúde deverão ser ofertados por meio das equipes de APS das unidades básicas de saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida (BRASIL, 2014a).

As práticas de enfermagem para Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) tem sido objeto de análise de diversas pesquisas; estão relacionadas à gerência do cuidado e, no contexto

assistencial, evidenciam ações de enfermagem desenvolvidas com resolutividade e integralidade, embora a promoção do cuidado integral ainda seja desafiadora, tendo em vista dificuldades ainda existentes na rede de atenção à saúde (BARBOSA *et al.*, 2019).

No que se refere à atenção às pessoas em medidas socioeducativas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) institui que a atenção básica/atenção primária tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e deve realizar essa atenção com base territorial (BRASIL, 2014b).

Enfermeiros(as), ao prestarem assistência para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, precisam oferecer uma assistência integral, humanizada e voltada para as necessidades desse público específico, sempre considerando as características biopsicossociais desse ciclo de vida. Assim, deve-se prover o cuidado de enfermagem com a utilização de práticas e técnicas adequadas, conforme as necessidades e visando à prevenção de agravos do adolescente internado (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012 *apud* DISTRITO FEDERAL, 2018).

Na atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, a adoção de protocolos pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o usuário, bem como maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o usuário, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 4).

O trabalho em saúde em áreas ribeirinhas representa desafios para o acesso, a cobertura e a promoção da equidade dos serviços a serem ofertados a populações que residem nessas comunidades. Tais desafios são ocasionados, dentre outros aspectos, pela falta de investimentos e pelas dificuldades impostas pela gestão. Pesquisadores asseguram que é possível implantar e implementar modelos tecnoassistenciais que cheguem até a porta das pessoas, seja pelos rios, pelas estradas ou por outras trilhas que gerem o encontro do cuidado (LIMA *et al.*, 2021).

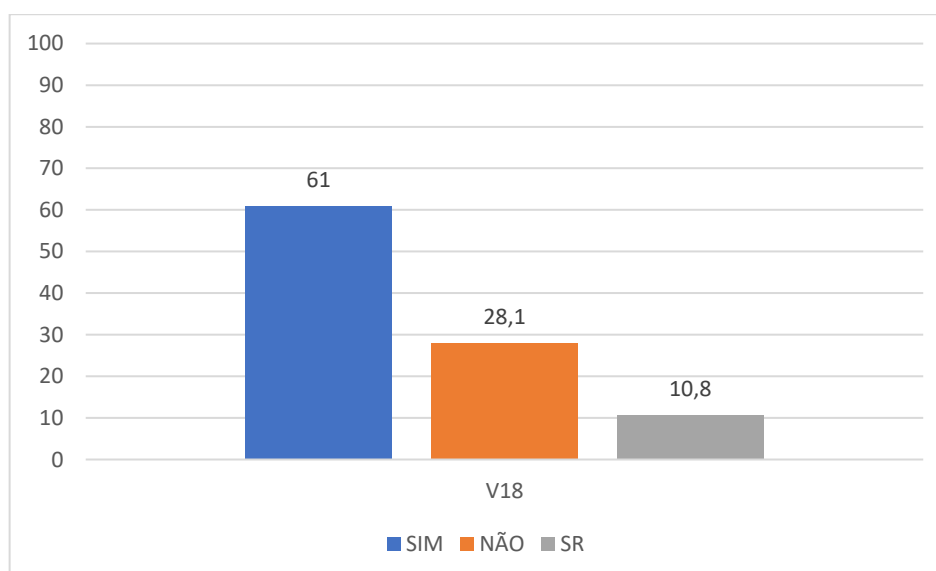
No que se refere às práticas de cuidado à saúde das populações em comunidades fluviais, tomamos como referência o estudo realizado por El Kadri *et al.* (2019) em município do estado do Amazonas, Região Norte do país, onde as comunidades ribeirinhas e fluviais são mais presentes. Os pesquisadores se respaldam em marcos normativos vigentes para esse modelo de atenção, a exemplo da Portaria nº 837, de 9 maio de 2014 (BRASIL, 2014), que redefine o

arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e das Equipes de Saúde da Família Fluviais, bem como a atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

De acordo com El Kadri *et al.* (2019), as unidades básicas de saúde fluviais apresentam um modelo tecnoassistencial que cria a real possibilidade de inclusão de populações que historicamente ficaram excluídas da atenção à saúde. Esse modelo pode contribuir com a superação das iniquidades regionais, na construção de um SUS capaz de reduzir vulnerabilidades sociais e sanitárias. Entretanto, apesar do salto na qualidade da assistência às comunidades ribeirinhas, assim como em qualquer outro contexto, uma unidade sanitária por si só dificilmente é capaz de gerar impacto na redução da elevada prevalência de doenças. Assim, além do olhar diferenciado para o planejamento das ações estatais adequadas a esse território, classificado como território líquido, permanecem sendo imprescindíveis ações intersetoriais que garantam saneamento básico, educação e redução da pobreza.

O desempenho adequado da saúde da família fluvial, segundo Figueira *et al.* (2020, p. 500), depende da gestão dos serviços; do contexto social, cultural, econômico e geográfico; e da participação dos usuários na construção de melhores processos de trabalho, do que é possível dispor, levando em conta todas as condições existentes.

Figura 25. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF relacionadas à Equidade (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Embora os resultados da análise quantitativa apresentem um percentual elevado de enfermeiros(as) que participam de um cuidado com atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua, em medida socioeducativa, privadas de liberdade, ribeirinhas ou fluviais, o

mesmo não foi observado quando da análise de conteúdo das entrevistas dos(as) participantes da pesquisa.

No conjunto de respostas dos(as) profissionais que trazem reflexões sobre ações de equidade, voltando-se a ações promovidas às pessoas que vivem em comunidades rurais, temos:

Nós atendemos, a nossa realidade tem pessoas de comunidades rurais muito carentes, que vivem em situações bastantes vulneráveis, em condições bem diferentes daquelas que moram na cidade, em comunidades urbanas. Tem populações que infelizmente os acessos até elas, são muito difíceis. Além da distância, são famílias que vivem em pobreza extrema. A única forma de promovermos o acesso e cobertura é irmos até as suas comunidades; a maioria delas não pode vir na unidade de saúde. Então, se alguém dessas comunidades procura atendimento, nós atendemos com prioridade. São usuários que necessitam de atenção diferenciada. (ENF_PB_009)

A atenção às famílias de comunidades rurais nos faz refletir sobre o cuidado em saúde, valorizando o princípio da equidade em saúde, pois ali percebemos a existência de pessoas vivendo em desigualdade social, e por isso são indivíduos que precisam de atenção diferenciada, prioritária, respeitando as suas singularidades, um olhar à sua condição de vulnerabilidade. (ENF_PB_038)

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam às desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. O princípio da equidade diz respeito a tratar desigualmente o desigual, a atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior (MATTA, 2007).

De acordo com o autor supracitado, o princípio da equidade identifica o espaço da diferença no espaço da igualdade. Trata-se da concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades, isto é, de reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades.

O acesso e a cobertura universal da saúde são a base de um sistema de saúde equitativo. A cobertura é construída a partir do acesso universal oportuno e efetivo aos serviços. A falta de universalidade do acesso e da cobertura implica um custo social considerável, com efeitos catastróficos para os grupos populacionais mais vulneráveis. O documento intitulado Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde, destaca que as populações em situação vulnerável, nos extremos da vida, mulheres, crianças, minorias étnicas, populações indígenas e afrodescendentes, migrantes, pacientes com doenças crônicas ou incapacitantes, entre outros, são os grupos mais afetados por esse problema, qual seja, a falta de acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2018).

5.5.1.5 Vigilância, informação, educação e comunicação em saúde

A Vigilância em Saúde (VS) constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, à prevenção e ao controle de riscos, agravos e doenças, bem como à promoção da saúde. As ações de vigilância em saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população (BRASIL, 2013).

As ações de Vigilância em Saúde (VS) devem estar inseridas no cotidiano das equipes da APS, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho de ambas as equipes. A prática de trabalho da vigilância em saúde orientada pela territorialização aumenta a compreensão dos processos de saúde-doença e a eficácia das ações realizadas. A vigilância em saúde deve integrar no processo de trabalho as ações da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador, buscando atuação de forma complementar e junto às equipes da atenção básica, que devem se reconhecer como agentes de vigilância na identificação dos riscos e das populações vulneráveis, propondo e fazendo intervenções para o controle, a prevenção e a promoção à saúde (CONASEMS, 2020, p. 14).

Teixeira *et al.* (2018, p. 1812) reconhecem que o conceito de vigilância em saúde postulado na Portaria nº 1.378/2013 do Ministério da Saúde reflete as proposições do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) voltadas para a transformação do modelo de atenção à saúde, quando foram elaborados princípios e diretrizes que nortearam a mudança desejada no campo da vigilância, com suas diferentes qualificações (médica, sanitária, epidemiológica, do trabalhador, ambiental, em saúde pública etc.).

Na presente pesquisa, a dimensão Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde foi analisada a partir de um conjunto de dez variáveis, e as duas mais predominantes foram: V27 – “Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria”, com a participação de 377 (81,6%) dos(as) profissionais, e V26 – “Realiza busca ativa”, com 358 (77,5%).

Durante a análise das entrevistas realizadas com enfermeiros(as), a notificação de doenças e agravos e a busca ativa foram temas bastantes recorrentes, e se apresentaram nos discursos dos(as) profissionais como práticas realizadas de forma associada.

Os(As) enfermeiros(as) expressam:

As nossas ações a gente faz as notificações para as doenças compulsórias, busca ativa de casos de tuberculose, hanseníase e outras possíveis doenças e agravos que possam estar incidindo no nosso território. E quando registramos a ocorrência, a partir do registro e notificação, fazemos o devido acompanhamento e controle [...]. Fazemos também investigação de óbito [...]. (ENF_PB_005)

Na vigilância epidemiológica a gente faz detecção das doenças de notificação e repassa para o setor responsável fazer o cadastro no SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação) e a ACS (Agentes Comunitários de Saúde) fica acompanhando a pessoa com agravo, por exemplo caso de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis, a gente faz o tratamento e todo o acompanhamento. [...] Atendemos as pessoas que identificamos com esse agravo e notificamos, damos as devidas orientações, encaminhamos para o médico quando necessário, e algumas situações até solicitamos e realizamos os exames, e a gente acompanha o tratamento. (ENF_PB_011)

Observemos o que diz o(a) profissional:

O nosso planejamento de atividades inclui a realização de busca ativa na área com a ajuda dos nossos ACS. Estamos atentos aos registros das doenças e condições crônicas, pessoas com diabetes, hipertensão, cânceres, doenças respiratórias crônicas, dentre outras. Registramos as doenças de notificação compulsória. Nenhuma notificação passa despercebida. Quando tem algum problema na área, a gente vai, faz a visita, conversa, orienta, se não resolve a gente comunica a vigilância do município para as devidas providências. (ENF_PB_026)

Os(As) profissionais da APS devem compreender que são parte do sistema de vigilância, uma vez que são os dados gerados por essas equipes, através de notificações de casos, que servem para a alimentação dos sistemas de dados da vigilância em saúde (CONASEMS, , p. 16).

Quanto à Região Nordeste do país, dados do Relatório Saúde Brasil – 2020/2021, publicado pelo Ministério da Saúde, registram que, em relação ao Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), houve um aumento do número de municípios em situação irregular. O relatório destaca que, de modo geral, o número de municípios que não atenderam à frequência mínima esperada na alimentação do SINAN é bem pequeno quando comparado ao total de municípios do Brasil, pois correspondia a menos de 1% do total dos municípios brasileiros; predominaram aqueles com porte populacional abaixo de 5 mil habitantes (BRASIL, 2021).

Para corrigir a possibilidade de um município não ter tido realmente uma Doença de Notificação Compulsória (DNC) e demonstrar que os profissionais do município estão em alerta para os eventos em saúde, quando não houver suspeita de doença de notificação

compulsória, bem como para evitar a subnotificação, é necessário preencher o formulário de notificação negativa (BRASIL, 2021).

O SINAN é o sistema mais importante para a vigilância epidemiológica, já que permite calcular a incidência, a prevalência, a letalidade e a mortalidade, bem como realizar análises de acordo com as características da pessoa, do tempo e do lugar, particularmente no que tange às doenças transmissíveis de notificação obrigatória. Além disso, é possível avaliar a qualidade dos dados (VON ZUBEN, 2020).

Cabe destacar os registros presentes na fala do(a) ENF_PB_026 quando se refere às doenças e às condições crônicas. E de acordo com Mendes (2012), as condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. O autor enfatiza que todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são os fatores de risco individuais biopsicológicos, como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade.

No que se refere ao cuidado de enfermagem e à interface com a Vigilância Sanitária (VISA), o entendimento do cuidado de enfermagem nesse serviço favorece a identidade do(a) enfermeiro(a) atuante nas ações sanitárias e ajuda a qualificar as atividades regulatórias, de coordenação e de controle dos riscos e dos fatores de risco à saúde. O cuidado de enfermagem no âmbito da vigilância sanitária emerge num campo de valorização e ressignificação do papel do(a) enfermeiro(a) no processo de produção dos serviços de saúde no contexto do SUS. Investe-se na capacidade técnica e relacional desse(a) profissional para intervir no gerenciamento/prevenção de riscos à saúde humana, ligado à produção de bens e serviços destinados à coletividade (PESSOA JÚNIOR *et al.*, 2014, p. 175).

Em continuidade à análise das narrativas de enfermeiros(as) em atuação na APS/ESF no estado da Paraíba, o(a) ENF_PB_026 explicita seu compromisso e sua responsabilização frente às ações de vigilância, informação, educação e comunicação em saúde.

As narrativas que seguem chamam atenção para uma problemática que tem sido bastante incidente: dengue, zika e chikungunya. Observa-se que o(a) ENF_PB_020 faz referência, inclusive, às ações de vigilância no contexto da pandemia da covid-19.

Eu trabalho em total sintonia com a equipe de vigilância, e, portanto, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária fazem parte do nosso planejamento de trabalho; principalmente agora, nessa época de pandemia da covid-19, estamos muito integrados, buscando casos novos suspeitos de covid, qualquer sintoma de gripe [...]. Procuramos identificar os casos de tuberculose e hanseníase, dengue, zika e

chikungunya, [...] enfim, todos os casos que precisam ser noticiados registramos [...], encaminha e faz os devidos atendimentos [...]. (ENF_PB_020)

As ações de vigilância fazemos sempre em equipe. Temos períodos e focos de dengue. E, nesses períodos, programamos as atividades com os agentes de endemias, para eles fazerem movimentos de divulgação de medidas de prevenção e controle da dengue, especialmente naquelas ruas onde se registra mais focos. (ENF_PB_035)

As duas narrativas anteriores trazem à discussão, no contexto da vigilância em saúde, o tema das arboviroses dengue, chikungunya e zika, doenças epidêmicas transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Lima-Camara, (2016), ao referenciar Meason e Paterson (2014), entende que o crescimento desordenado das cidades, acompanhado da poluição de rios e da formação de valas, disponibiliza sítios de oviposição artificiais para a proliferação e a disseminação de mosquitos, principalmente o *Ae. aegypti*. As mudanças climáticas também atuam positivamente na proliferação dos mosquitos. A maior frequência de chuvas que vem sendo observada em alguns locais acarreta o acúmulo de água em mais recipientes, aumentando a oferta de criadouros, naturais ou artificiais, para que as fêmeas dos mosquitos depositem seus ovos. Em contrapartida, o período de seca em determinadas regiões obriga as pessoas a armazenar água em tonéis ou outros depósitos artificiais, que servem de criadouros para a proliferação e o aumento da população dos vetores.

Um panorama analisando a comunicação na prevenção e no controle de dengue, chikungunya e zika, envolvendo uma amostra de participantes de todas as regiões do país, incluiu dentre as cidades da Região Nordeste os municípios de João Pessoa e Campina Grande, no estado da Paraíba. Segundo os pesquisadores, a população entende que campanhas direcionadas são mais efetivas, bem como espera estratégias mais educativas para a prevenção de arboviroses. A população precisa ser envolvida a partir da combinação dos meios de difusão coletiva, com atividades comunitárias, de pequenos grupos e individuais, resgatando o espírito de pertencimento e, por conseguinte, apropriando-se do sentido da consciência sanitária (JESUS *et al.*, 2021, p. 27)

No que se refere ao contexto da pandemia da covid-19, em destaque na fala do(a) ENF_PB_020, é importante registrar que o Ministério da Saúde publicou o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na APS, objetivando definir o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e no controle da infecção por covid-19, bem como disponibilizar os instrumentos de orientação clínica para os profissionais que atuam na porta de entrada do SUS, a partir da transmissão comunitária da covid-19 no Brasil (BRASIL, 2020).

Nessa mesma direção, o Conselho Federal de Enfermagem, objetivando a segurança da população e dos profissionais, publicou diretrizes para a organização do serviço de assistência na pandemia da covid-19, com orientações que incluem a formação de equipes de resposta rápida, a definição de pontos de recepção específicos para pacientes com sintomas respiratórios e outras medidas para adequar a assistência de enfermagem à crise e trazer mais segurança aos profissionais (COFEN, 2020).

Quando se observa cada uma das variáveis presentes nas Tabelas 14 e 16 e na Figura 26, percebe-se que, com exceção da V25, em todas as outras práticas das demais variáveis os percentuais de participantes da pesquisa que informaram realizá-las são superiores a 50,0%, ou seja, representam mais da metade do total de 462 enfermeiros(as).

A variável V25 refere-se ao acompanhamento periódico no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou em outros programas sociais equivalentes, das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias. O quantitativo de enfermeiros(as) que afirmaram realizar essa prática foi de apenas 172 (37,2%). No entanto, na análise qualitativa, os resultados evidenciaram uma frequência de falas representativas do conjunto de enfermeiros(as) entrevistados(as), os(as) quais afirmaram que, dentre suas práticas na APS/ESF da Paraíba, realizavam ações vinculadas ao Programa Bolsa Família.

Os extratos descritos a seguir expressam o que dizem os(as) profissionais:

Eu, como enfermeira, acompanho os beneficiários do Programa Bolsa Família. Esse acompanhamento favorece no controle das vacinas, atualização do cartão. Através desse controle e da participação da beneficiária, é possível a avaliação nutricional da criança e avaliação e orientação das mulheres na idade fértil [...]. (ENF_PB_007)

A cada seis meses a gente realiza ação na unidade de saúde com os beneficiários do Programa Bolsa Família. Fazemos a própria puericultura, fazemos orientações em relação à alimentação, à importância do aleitamento materno exclusivo, e todas as orientações necessárias para a atenção à saúde da mãe e da criança [...]. (ENF_PB_038)

O Programa Bolsa Família (PBF), não mais existente, foi implementado através da Lei nº 10.836/2004 (BRASIL, 2004), no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, tendo sido extinto em 2021, pelo governo Bolsonaro, através da Lei nº 14.284/2021 (BRASIL, 2021).

Os beneficiários do PBF estavam sujeitos a condicionalidades em áreas estratégicas. Na área de educação, a condicionalidade era a manutenção dos filhos na escola, com frequência mínima mensal de 85% para a faixa etária de até 15 anos e de 75% para os que tinham entre 16 e 17 anos. Na saúde, era requerido o acompanhamento do calendário de vacinação das crianças

menores de 7 anos e a realização do pré-natal de mulheres entre 14 e 44 anos. Já na área de assistência social, o PBF exigia que crianças e adolescentes com no máximo 15 anos participassem do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) (SANTANA; GONÇALVES; SANTOS, 2017, p. 496).

Os autores supracitados, a partir da avaliação do Programa Bolsa Família no município de Campina Grande, na Paraíba, constataram que, ao condicionar o recebimento do benefício ao acompanhamento da saúde das crianças, o PBF impactou positivamente a vida das famílias contempladas, o que é revelado pela queda da taxa da mortalidade infantil no município. De acordo com os relatos acima, apesar da resistência observada, a gestão do PBF no município tem tido êxito nas ações de sensibilização para com as questões relativas ao acompanhamento da saúde das crianças.

O PBF não representou apenas uma transferência de renda às famílias vulneráveis; caracterizou-se também como um programa de proteção social. Conforme afirma Campello (2014), o Programa Bolsa Família foi uma experiência bem-sucedida com ampla cobertura e relevantes impactos nas condições de vida da população.

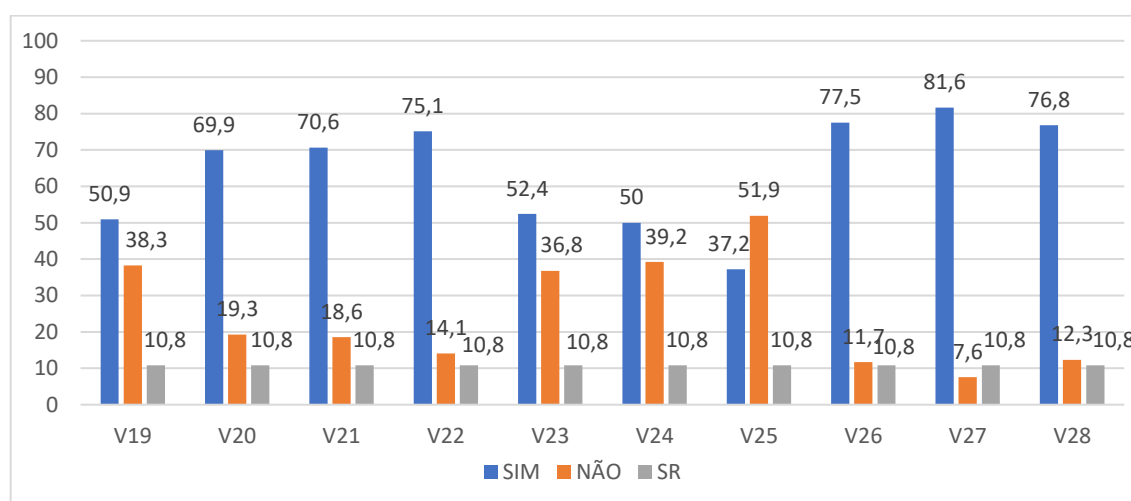
Tabela 14. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas a Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Dimensão	Variáveis	Sim		Não		SR	
		N	%	N	%	N	%
Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde	V19 – Realiza busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à atenção básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB	235	50,9	177	38,3	50	10,8
	V20 – Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada	323	69,9	89	19,3	50	10,8
	V21 – Realiza ações de educação em saúde individual	326	70,6	86	18,6	50	10,8
	V22 – Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde	347	75,1	65	14,1	50	10,8
	V23 – Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade	242	52,4	170	36,8	50	10,8
	V24 – Registra no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou em outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias	231	50,0	181	39,2	50	10,8
	V25 – Acompanha periodicamente no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família	172	37,2	240	51,9	50	10,8

(PBF), e/ou em outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias						
V26 – Realiza busca ativa	358	77,5	54	11,7	50	10,8
V27 – Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria	377	81,6	35	7,6	50	10,8
V28 – Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	355	76,8	57	12,3	50	10,8

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 26. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas a Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

5.5.1.6 Controle social

O controle social em saúde é estabelecido pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências (BRASIL, 1990b). A participação da comunidade é uma diretriz do SUS na forma de organização e operacionalização do sistema em todas as suas esferas de gestão.

Nas Tabelas 15 e 16, assim como na Figura 27, estão distribuídas as diferentes variáveis relacionadas à dimensão Controle Social. Buscou-se caracterizar as práticas coletivas de enfermeiras(as) da APS/ESF no estado da Paraíba nas ações de controle social em saúde.

A análise dessas variáveis nos permite constatar que os(as) profissionais pesquisados(as) não têm exercido efetiva participação no exercício do controle social. Isso pode ser afirmado quando se observa que, dentre todas as variáveis analisadas, apenas para V32 e

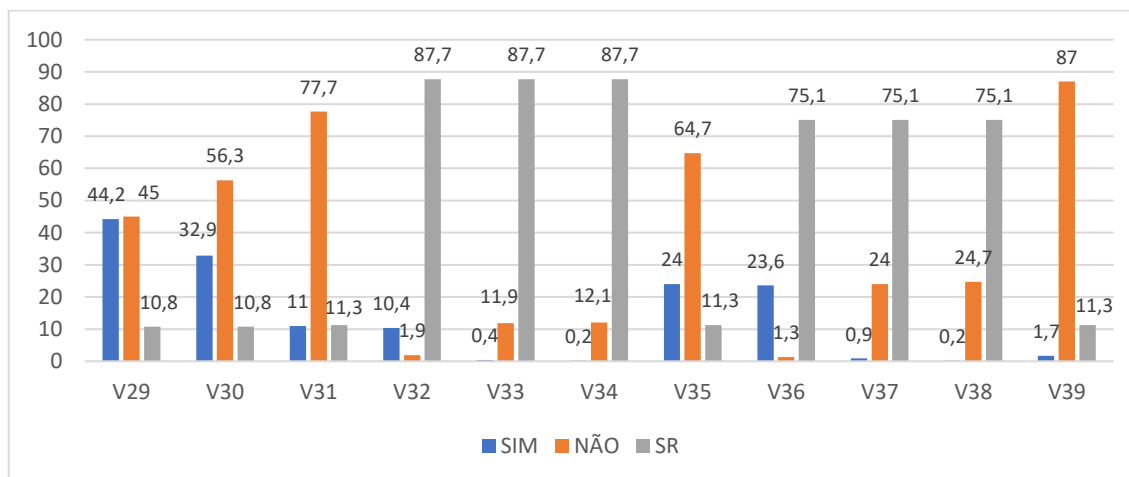
V36 as respostas “sim” foram superiores às respostas “não”, apresentando percentuais pouco significativos. Quanto à V36 – “Já foi membro de conselho municipal?”, 109 (23,6%) profissionais responderam positivamente, comparados(as) a 6 (1,3%) com respostas negativas. E, para V32 – “É membro de conselho municipal?”, o quantitativo daqueles(as) que afirmaram “sim” é ainda mais reduzido, com 48 (10,4%).

Tabela 15. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas ao Controle Social (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Dimensão	Variáveis	Sim		Não		SR	
		N	%	N	%	N	%
Controle Social	V29 – Promove ativamente a mobilização e a participação da comunidade estimulando conselhos/colegiados constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários a efetivar controle social	204	44,2	208	45,0	50	10,8
	V30 – Participa da organização dos movimentos sociais, em especial do funcionamento dos conselhos locais e municipais de saúde ou dos colegiados de gestão das unidades básicas de saúde do município/cidade	152	32,9	260	56,3	50	10,8
	V31 – É membro de conselho de saúde?	51	11,0	359	77,7	52	11,3
	V32 – É membro de conselho municipal?	48	10,4	9	1,9	405	87,7
	V33 – É membro de conselho estadual?	2	0,4	55	11,9	405	87,7
	V34 – É membro de conselho federal?	1	0,2	56	12,1	405	87,7
	V35 – Já foi membro de conselho de saúde?	111	24,0	299	64,7	52	11,3
	V36 – Já foi membro de conselho municipal?	109	23,6	6	1,3	347	75,1
	V37 – Já foi membro de conselho estadual?	4	0,9	111	24,0	347	75,1
	V38 – Já foi membro de conselho federal?	1	0,2	114	24,7	347	75,1
V39 – É membro de alguma associação de moradores do território da sua unidade básica de saúde?	8	1,7	402	87,0	52	11,3	

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 27. Distribuição percentual das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF relacionadas ao Controle Social (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Quando se analisam nesta dimensão os quantitativos e os percentuais de profissionais, evidencia-se que os(as) enfermeiros(as) da APS/ESF da Paraíba não se encontram ativamente integrados(as) na mobilização e na participação da comunidade nos conselhos/colegiados, de modo que não participam do efetivo controle social, bem como da organização dos movimentos sociais, em especial o funcionamento dos conselhos locais e municipais de saúde ou dos colegiados de gestão das unidades básicas de saúde dos municípios. Além disso, percebe-se a não participação na composição de instâncias deliberativas por meio de seus conselhos de saúde municipal, estadual e federal.

Ressalta-se ainda a importância e a necessidade dos profissionais na integração de associações de moradores do território de saúde de sua atuação, contribuindo para o fortalecimento do SUS na sua forma de organização e operacionalização em todas as suas esferas de gestão.

É importante destacar que, considerando-se as diferentes dimensões de análise das práticas coletivas analisadas nesta pesquisa, de maneira geral o quantitativo de profissionais que não emitiram respostas em cada variável corresponde a 50 (10,8%). A exceção é a dimensão Controle Social (Tabelas 15 e 16 e Figura 27), visto que alcançou 405 (87,7%) o quantitativo de enfermeiros(as) que não responderam às perguntas referentes a determinadas variáveis, como V32 – “É membro de conselho municipal?”, V33 – “É membro de conselho estadual?” e V34 – “É membro de conselho federal?”.

Criticamente, chama atenção o fato de que, na análise qualitativa da pesquisa, constatou-se que nenhum(a) dos(as) profissionais entrevistados(as) referiu participação nas ações de controle social em seus municípios de atuação.

Destaca-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080/1990, conta em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde; e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo, ou pelo Conselho de Saúde. E o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários; atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990a, 1990b).

A Tabela 16, a seguir, reúne as diferentes dimensões das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF com suas variáveis correspondentes, já apresentadas, comentadas e discutidas neste estudo.

Tabela 16. Descrição das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF segundo as diferentes dimensões e variáveis de análise (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Dimensão	Variáveis	Sim		Não		SR	
		N	%	N	%	N	%
Atuação no Território	V1 – Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde/Equipe da Estratégia de Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos	298	64,5	114	24,7	50	10,8
	V2 – Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade	366	79,2	46	10,0	50	10,8
	V3 – Realiza atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a unidade básica de saúde	365	79,0	47	10,2	50	10,8
Gestão da UBS	V4 – Participa das atividades de acolhimento	338	73,2	74	16,0	50	10,8
	V5 – Realiza classificação de riscos	290	62,8	122	26,4	50	10,8
	V6 – Participa da gestão das filas de espera	183	39,6	229	49,6	50	10,8
	V7 – Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de redes de atenção integradas à saúde	265	57,4	147	31,8	50	10,8
	V8 – Participa de reuniões de equipe	381	82,5	31	6,7	50	10,8
	V9 – Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	360	77,9	52	11,3	50	10,8

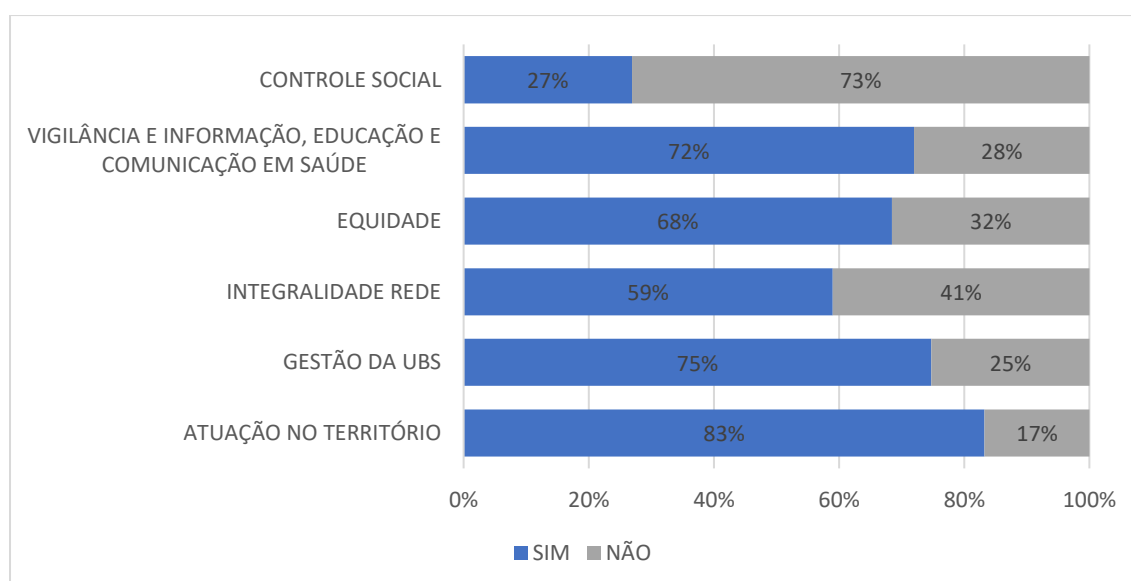
	V10 – Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde	338	73,2	74	16,0	50	10,8
Integralidade e Rede	V11 – Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatórios e outros)	237	51,3	175	37,9	50	10,8
	V12 – Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações	222	48,1	190	41,1	50	10,8
	V13 – Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção	323	69,9	89	19,3	50	10,8
	V14 – Conduz clínica ampliada/matriciamento	122	26,4	290	62,8	50	10,8
	V15 – Incorpora práticas de vigilância	279	60,4	133	28,8	50	10,8
	V16 – Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	199	43,1	213	46,1	50	10,8
	V17 – Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe	319	69,0	93	20,1	50	10,8
Equidade	V18 – Realiza cuidado integral à saúde das populações que necessitam de atenção diferenciada, a exemplo de pessoas em situação de rua, em medida socioeducativa, privadas de liberdade, ribeirinhas, fluviais	282	61,0	130	28,1	50	10,8
Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde	V19 – Realiza busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à atenção básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB	235	50,9	177	38,3	50	10,8
	V20 – Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada	323	69,9	89	19,3	50	10,8
	V21 – Realiza ações de educação em saúde individual	326	70,6	86	18,6	50	10,8
	V22 – Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde	347	75,1	65	14,1	50	10,8
	V23 – Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade	242	52,4	170	36,8	50	10,8
	V24 – Registra no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou em outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias	231	50,0	181	39,2	50	10,8
	V25 – Acompanha periodicamente no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou em outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias	172	37,2	240	51,9	50	10,8
	V26 – Realiza busca ativa	358	77,5	54	11,7	50	10,8
	V27 – Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria	377	81,6	35	7,6	50	10,8
	V28 – Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	355	76,8	57	12,3	50	10,8
Controle Social	V29 – Promove ativamente a mobilização e a participação da comunidade estimulando conselhos/colegiados constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários a efetivar controle social	204	44,2	208	45,0	50	10,8

V30 – Participa da organização dos movimentos sociais, em especial do funcionamento dos conselhos locais e municipais de saúde ou dos colegiados de gestão das unidades básicas de saúde do município/cidade	152	32,9	260	56,3	50	10,8
V31 – É membro de Conselho de Saúde?	51	11,0	359	77,7	52	11,3
V32 – É membro de Conselho Municipal?	48	10,4	9	1,9	405	87,7
V33 – É membro de Conselho Estadual?	2	0,4	55	11,9	405	87,7
V34 – É membro de Conselho Federal?	1	0,2	56	12,1	405	87,7
V35 – Já foi membro de Conselho de Saúde?	111	24,0	299	64,7	52	11,3
V36 – Já foi membro de Conselho Municipal?	109	23,6	6	1,3	347	75,1
V37 – Já foi membro de Conselho Estadual?	4	0,9	111	24,0	347	75,1
V38 – Já foi membro de onselho Federal?	1	0,2	114	24,7	347	75,1
V39 – É membro de alguma associação de moradores do território da sua unidade básica de saúde?	8	1,7	402	87,0	52	11,3

Fonte: Dados da pesquisa

Na Figura 28 apresenta-se a distribuição proporcional das práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF do estado da Paraíba, considerando-se as diferentes dimensões. Pode-se inferir que as práticas mais desenvolvidas são aquelas no contexto da atuação no território (83%), seguidas das que se inserem no escopo de ações de gestão da UBS (75%); em terceiro lugar estão as relacionadas às ações de vigilância, informação, educação e comunicação em saúde, com 72%. Embora não menos importantes, as dimensões de equidade, integralidade e rede e controle social aparecem em percentuais decrescentes de participação por parte dos(as) profissionais no exercício de suas atividades; sendo estas as menos desenvolvidas.

Figura 28. Distribuição proporcional das diferentes dimensões das práticas coletivas do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil) (Exceto SR)



Fonte: Dados da pesquisa

A seguir estão apresentadas as dimensões e o conjunto de práticas individuais do trabalho de enfermeiros(as) nas UBS/ESF que participaram da presente pesquisa, no estado da Paraíba.

PRÁTICAS INDIVIDUAIS

5.5.2 Práticas individuais desenvolvidas por enfermeiros(as) nas unidades básicas de saúde na APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)

5.5.2.1 Atuação no território

As ações estruturantes do processo de trabalho em saúde pública nos ajudam a compreender a verdadeira concepção de território em saúde; tais ações implicam: conhecer o lugar da produção social da saúde como espaço de construção de identidade e vínculo da população e dos trabalhadores de saúde; identificar riscos, vulnerabilidades e potencialidades do território na perspectiva de articular e dialogar com a população; analisar a situação de saúde e as condições de vida para o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; e intervir sobre problemas e necessidades da população para compartilhar decisões e intervenções de vigilância em saúde no território (GONDIM; MONKEN, 2017).

As concepções de território são expressas na prática de trabalho das equipes de saúde da família através: do modo de entender a área de trabalho; da forma de organização da equipe de saúde da família; e da maneira como são estabelecidos os vínculos com a população e o território. Dessa forma, existem várias maneiras pelas quais as equipes de saúde da família mencionam os atributos do local: um território amorfo que contém uma população a ser atendida; um local com características próprias, de difícil apreensão; ou um local cujas características inerentes influenciam o modo de a população pensar e agir. Essas diferentes concepções podem influenciar consideravelmente a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 57).

As práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, na categoria Atuação no Território, foram analisadas em relação a planejamento, realização e supervisão e estão distribuídas no Quadro 7 e nas Figuras 29 e 30, nos quais se observa que as práticas de visita domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), ações em outros espaços da comunidade, acolhimento, classificação de risco e plano de cuidados para pessoas com condições crônicas são desenvolvidas no ato conjunto de planejar, realizar e supervisionar, durante o processo de trabalho no âmbito do território de atuação.

Nas três estratégias utilizadas para apresentar a distribuição das práticas desenvolvidas no território – o Quadro 7, a Figura 29 (com escala de cores) e a Figura 30 (gráfico em barras) –, a constatação é que as visitas domiciliares são planejadas, realizadas e supervisionadas pela maioria dos(as) enfermeiros(as), com 274 (59,3%). Estão em segundo e terceiro lugar, em frequências e percentuais de participação, o planejamento, a realização e a supervisão dos

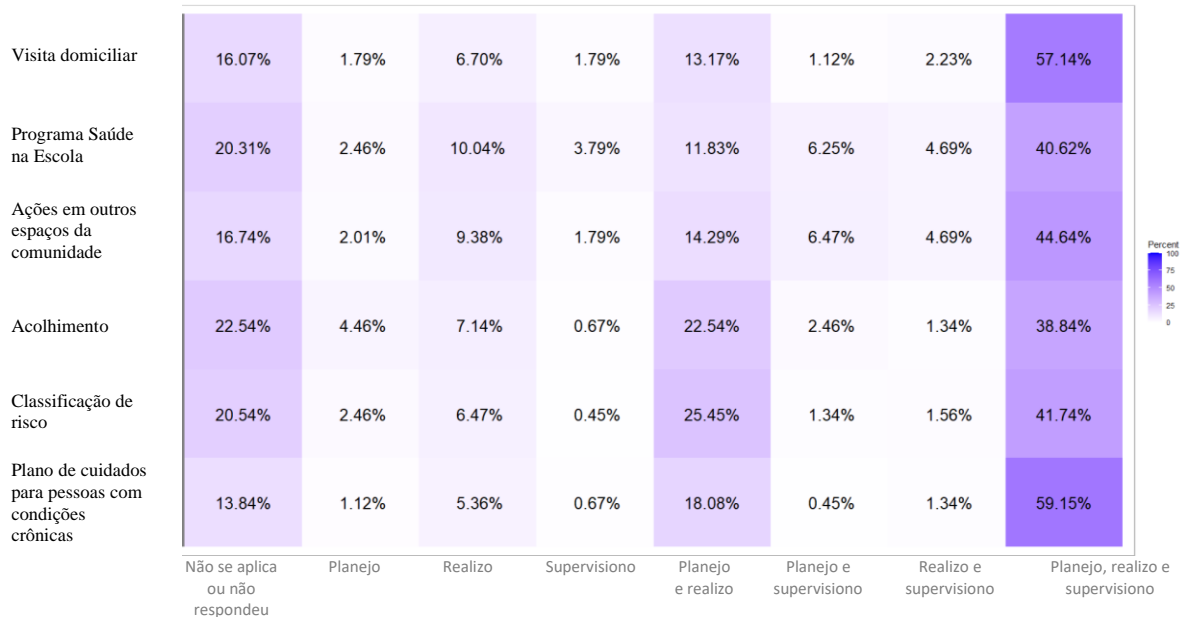
planos de cuidados para pessoas com condições crônicas, com 266 (57,6%), e do acolhimento, com 208 (45,0%). As demais práticas são realizadas em menores frequências, com percentuais abaixo de 43,0%. Dentre os(as) profissionais que não responderam, os percentuais variaram de 13,6% a 22,3% entre as diferentes práticas analisadas.

Quadro 7. Práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(a) da APS/ESF segundo a dimensão Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Práticas cotidianas individuais relativas à Atuação no Território	Planejo		Realizo		Super- visiono		Planejo e realizo		Planejo e supervi- siono		Realizo e supervi- siono		Planejo, realizo e supervi- siono		Não se aplica ou não respondeu	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Visita domiciliar	5	1,1	24	5,2	3	0,6	85	18,4	2	0,4	6	1,3	274	59,3	63	13,6
Programa Saúde na Escola	12	2,6	29	6,3	2	0,4	117	25,3	6	1,3	7	1,5	195	42,2	94	20,3
Ações em outros espaços da comunidade	20	4,3	32	6,9	3	0,6	106	22,9	11	2,4	6	1,3	181	39,2	103	22,3
Acolhimento	10	2,2	42	9,1	8	1,7	65	14,1	32	6,9	22	4,8	208	45,0	75	16,2
Classificação de risco	11	2,4	46	10,0	17	3,7	53	11,5	30	6,5	22	4,8	190	41,1	93	20,1
Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas	8	1,7	30	6,5	9	1,9	61	13,2	5	1,1	11	2,4	266	57,6	72	15,6

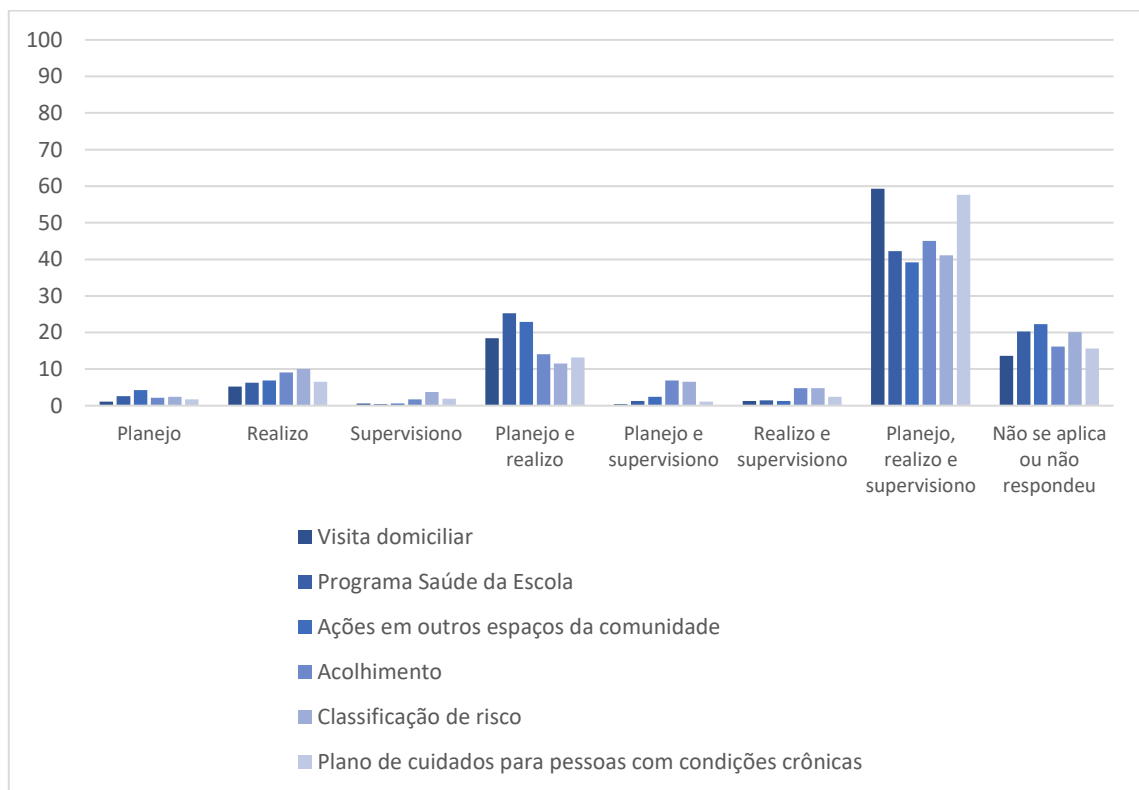
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 29. Distribuição percentual das práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo a dimensão Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 30. Práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo a dimensão Atuação no Território (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Com ênfase nos resultados predominantes, no Quadro 7 e nas Figuras 29 e 30 destacam-se as visitas domiciliares. Essa predominância indica que tais visitas são planejadas, realizadas e supervisionadas pela maioria dos(as) enfermeiros(as): 274 (59,3%). Porém, convém constatar que, é que nesta dimensão de análise, as frequências e os percentuais referentes a “planejar, realizar e supervisionar” foram cumulativos para todas as demais práticas da dimensão Atuação no Território aqui analisadas: visita domiciliar; Programa Saúde na Escola; ações em outros espaços da comunidade; acolhimento; classificação de risco; e plano de cuidados para pessoas com condições crônicas.

Buscamos averiguar os resultados da pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (ASP) (SOUSA, 2022), e nesta mesma dimensão, que concerne às práticas cotidianas da Região Nordeste, também se observou alta frequência de atribuições relativas à categoria “planejo, realizo e supervisiono” cumulativamente em todas as seis práticas, sendo a maior frequência também para a prática da visita domiciliar, confirmada por 62,3% dos(as) profissionais.

A importância e a prioridade do planejamento de visitas domiciliares integrado à realização e à supervisão esteve presente de forma generalizada nas narrativas dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as). Os trechos extraídos das falas dos(as) ENF_PB_013 e ENF_PB_211, a seguir, estão em concordância com o que emergiu das falas de outros(as) profissionais participantes da pesquisa:

As visitas domiciliares são fundamentais para que se possa assistir a família a partir do conhecimento do território e do domicílio. Nos possibilita uma melhor aproximação com a realidade que vive cada indivíduo e família. Portanto, é para nós enfermeiras e até mesmo para equipe uma prioridade no nosso planejamento de trabalho mensal. (ENF_PB_013)

A enfermeira ENF_PB_013 esclarece:

Além de planejarmos de forma sistemática e organizada as nossas visitas domiciliares, eu, enquanto enfermeira, também participo da realização dessas visitas, ao mesmo tempo que também faço supervisão das agentes comunitárias de saúde nas atividades nos domicílios. Nossas ACS, por terem o conhecimento de todos os domicílios de suas microáreas, facilitam no reconhecimento de prioridades das visitas. E na área rural, devido a não podermos estar nessas comunidades todos os dias, a gente planeja um dia específico semanalmente para que se possa fazer no dia que a gente vai para Âncora, na zona rural. (ENF_PB_013)

Com relação à visita domiciliar, [...] a gente faz todo o cronograma mensal, isso em relação aos sítios/área rural, que são a cinco, seis quilômetros daqui. [...] Mas todas as nossas visitas são planejadas. Eu planejo, realizo e supervisiono. E o planejamento inclui visitas às puérperas, consultas e acompanhamento à mãe e à criança. E

depende dos casos que demandam os domicílios a serem visitados: idosos, acamados e outros [...]. (ENF_PB_211)

Clementino e Miranda (2015), em pesquisa realizada tendo como lócus o município de Campina Grande, Paraíba, concluem que a visita domiciliar traz um novo significado às práticas dos profissionais da ESF, pois é exercida junto ao indivíduo/família. Essa ação, além de estimular a partilha de experiências, integra o processo de educação em saúde.

Os autores anteriormente citados, fazendo referência a um estudo realizado por Silva *et al.* (2014) no município de Bayeux, Paraíba, referem que falhas e fragilidades no processo de trabalho da ESF durante a Visita Domiciliar (VD) são apontadas pelos autores, os quais relatam que tal prática não é adotada regularmente; apenas 40,2% das unidades de saúde a realizam. Clementino e Miranda (2015) ressaltam que, desse modo, os profissionais precisam estar preparados para a realização da VD com competência e eficiência, não se deixando dominar pela rotina e pela banalização da assistência, o que poderá tornar suas ações mecânicas e impessoais.

A visita domiciliar amplia o acesso e a cobertura dos serviços de atenção primária ofertados pelas equipes da APS/ESF. Sobre esse aspecto, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) permite analisar a cobertura por USF segundo a proporção de domicílios cobertos e pela proporção de população em relação ao número de moradores residentes nesses domicílios. As pesquisadoras constataram que a cobertura em domicílios de área rural (77,0%) é superior à cobertura de domicílios em áreas urbanas (57,3%). As regiões com maior cobertura de domicílios são o Nordeste (71,1%) e o Sul (64,8%). A cobertura, tomando-se como base o número de moradores no conjunto dos domicílios, aumenta para 62,6%, um contingente expressivo de 131,2 milhões de pessoas (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Concordamos com Gomes, Fracolli e Machado (2015, p. 471) quando afirmam que a visita domiciliar é um instrumento importante para enfermeiros(as), uma vez que consiste em intervenção que possibilita uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Fazer uso dessa tecnologia de assistência significa buscar compreender as relações entre os indivíduos que compõem uma família, bem como a maneira como essas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste da saúde.

Clementino e Miranda (2015), dialogando com Giacomozzi e Lacerda (2006), consideram que a ESF prevê a utilização da Visita Domiciliar (VD) como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção, para o conhecimento da realidade de vida da população e para o estabelecimento de vínculos.

5.5.2.2 Gestão da UBS

Os dados das práticas de gestão da UBS no contexto do trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF da Paraíba, relacionados no Quadro 8 e na Figura 31, dão claras evidências de que – dada as possibilidades de resposta: “frequentemente”, “eventualmente”, “raramente” ou “nunca” – todas elas majoritariamente são realizadas frequentemente. Predomina a supervisão das ações dos técnicos/auxiliares de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ação que 384 (83,1%) dos(as) profissionais afirmaram realizar. Na sequência está a realização das práticas de planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos Agentes de Combate às Endemias (ACE) em conjunto com outros membros da equipe, com 339 (73,4%) de participação frequente dos(as) profissionais.

A atualização das rotinas, dos protocolos e dos fluxos relacionados à área de competência na UBS é frequentemente realizada por 294 (63,6%) profissionais. E a realização e/ou supervisão de acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos, aparece com menor frequência de realização; no entanto, constata-se que mais da metade dos(as) enfermeiros pesquisados(as) na APS/ESF no estado da Paraíba – ou seja, 264 (57,1%) do total de 462 profissionais – informaram realizá-la frequentemente. O percentual de não respondentes foi de 13,2% a 13,4%.

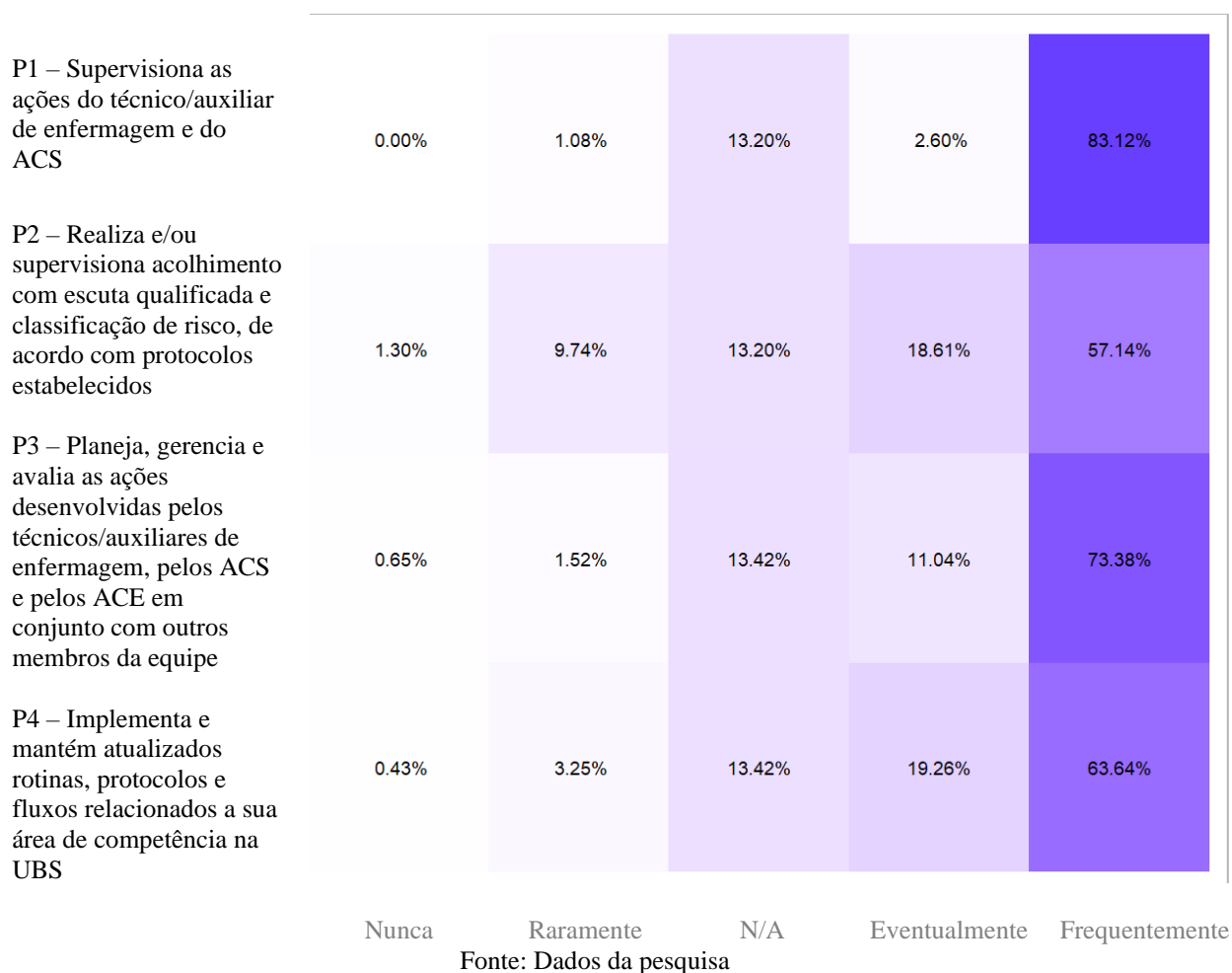
Quadro 8. Práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo a dimensão Gestão da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Práticas cotidianas individuais relativas à Gestão da UBS	Frequentemente		Eventualmente		Raramente		Nunca		Não se aplica ou não respondeu	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	264	57,1	86	18,6	45	9,7	6	1,3	61	13,2
Supervisiona as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e do ACS	384	83,1	12	2,6	5	1,1	0	0,0	61	13,2
Implementa e mantém atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS	294	63,6	89	19,3	15	3,2	2	0,4	62	13,4

Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe	339	73,4	51	11,0	7	1,5	3	0,6	62	13,4
---	-----	------	----	------	---	-----	---	-----	----	------

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 31. Distribuição percentual das práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo a dimensão Gestão da UBS e a escala de ocorrência (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Nesta dimensão, como se pode perceber, os resultados da análise quantitativa denotam que, para todas as práticas analisadas no cotidiano de trabalho da APS/ESF voltadas à gestão da UBS, os percentuais de realização frequentes foram predominantes. Para nossa discussão, daremos destaque às seguintes práticas, com maiores percentuais:

- Supervisão das ações dos técnicos/auxiliares de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a qual 384 (83,1%) profissionais afirmaram realizar;

- Planejamento, gerência e avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe, que foi referida por 73,4% dos(as) participantes.

Ambas foram definidas como sendo realizadas frequentemente.

A partir da análise qualitativa, confirma-se que os discursos dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) convergem com os resultados da análise quantitativa.

Ao se alcançar o nível de saturação dentre as diversas narrativas, pode-se afirmar que os excertos a seguir expressam a convergência que se evidencia nos resultados desta dimensão de análise:

Na minha equipe tenho uma técnica em enfermagem que me ajuda e também os ACS, que auxiliam o trabalho da enfermagem; portanto, eu supervisiono suas atividades, faço as orientações necessárias [...]. Fazemos um planejamento e estabelecemos um cronograma de atividades que orienta com relação às atividades a serem desenvolvidas. Só para exemplificar: procuro identificar se os ACS fizeram os registros de situações que interferiram, que tenham importância epidemiológica, relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos. Assim, oriento e supervisiono. (ENF_PB_012)

Minha área é um pouco grande, eu tenho sete agentes comunitários de saúde. A gente tenta fazer o melhor acompanhamento possível por cada agente de saúde. Temos muitas demandas, dada a extensão da nossa área, mas lhe afirmo que fazemos um bom planejamento, organizamos cronograma, gerencio as atividades, estabelecemos prioridades quando necessário, mas fazemos cobertura em todo o território. E as atividades do ACS são supervisionadas. Da mesma forma, as atividades desenvolvidas pelos técnicos e auxiliares também são supervisionadas. Supervisão e orientação na realização de curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, enfim, tudo o que eles são atribuídos. E temos discussão e avaliação das atividades [...]. (ENF_PB_020)

Com meus agentes de saúde eu faço uma supervisão frequentemente. Eu me reúno de 15 em 15 dias. Até mesmo neste momento da pandemia da covid-19 mantivemos os encontros de avaliações. E, se tiver necessidade de um momento extra para avaliar determinado caso e planejarmos a assistência com técnico e ou auxiliar, estamos discutindo. E com os ACS, a gente tem supervisionado toda a cobertura. E estamos com toda a área coberta. Como disse antes, a gente se reúne de 15 em 15 dias para fazer o acompanhamento das atividades e avalia. De todo modo a gente planeja, gerencia, supervisiona e avalia as atividades. (ENF_PB_0234)

A Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/86 – estabelece que cabem privativamente ao(à) enfermeiro(a) as atividades de “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” (BRASIL, 1986). A supervisão a ser exercida por esse(a) profissional se fundamenta no Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987), que regulamenta a supramencionada lei, no seu art. 13, definindo que as atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 – atividades a serem executadas por técnicos

e auxiliares de enfermagem – somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro(a).

A Portaria nº 2.436, de 2017 (BRASIL, 2017), que aprova a atual Política Nacional de Atenção Básica, define, dentre as atribuições do(a) enfermeiro(a), a supervisão das ações do técnico/auxiliar de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Segundo Chaves *et al.* (2020), a supervisão de enfermagem, como instrumento gerencial, é capaz de intervir na dinâmica dos serviços de saúde de forma a favorecer melhorias em relação à produtividade, à satisfação, ao desenvolvimento profissional e às atividades assistenciais. Esses autores entendem que a supervisão exerce um potencial educativo e, nesse sentido, asseguram que o potencial da supervisão de enfermagem impulsiona transformações, com ações que qualificam a equipe no cenário da prática profissional, buscando os melhores resultados para o paciente, a equipe e a instituição.

A supervisão contribui ainda para ensinar, orientar e observar pontos positivos e negativos do serviço, tendo conhecimento de sua equipe de trabalho e sabendo, portanto, organizá-la e distribuí-la de acordo com as necessidades da clientela e do que cada membro da equipe está mais capacitado a desenvolver, adequando-a de forma precisa à qualidade da assistência de enfermagem. Desse modo, há um elo entre organização de saúde, clientela e equipe de enfermagem (COFEN, 2018).

O planejamento também se caracterizou como uma prática realizada frequentemente pelos(as) enfermeiros(as) no cotidiano da gestão da UBS. Segundo, Lacerda, Botelho e Colussi (2016), o exercício sistemático do planejamento potencializa o alcance dos objetivos por reduzir as incertezas envolvidas nas tomadas de decisões, e sua riqueza está no processo de análise de uma realidade, que permite a identificação do que se deseja alcançar e das decisões a serem tomadas para produzir os resultados esperados. Para os autores, planejar passa a ser uma necessidade cotidiana, um processo permanente para que se possam garantir diretrizes às ações desenvolvidas, corrigindo itinerários, enfrentando imprevistos e buscando sempre caminhar rumo aos objetivos desejados.

Em estudos desenvolvidos por Jesus e Souza (2021) com profissionais da Estratégia Saúde da Família – dentre eles enfermeiros(as) gestores de unidades de saúde da família – em um município do Recôncavo Baiano, no Nordeste brasileiro, os resultados registraram que na opinião dos profissionais pesquisados o planejamento está ligado à gerência. Na nossa compreensão, os depoimentos dos profissionais expressam o entendimento de que, se há planejamento, tem de haver o acompanhamento do desenvolvimento das atividades, implicando a necessidade de fazer reuniões, como maneira de ligar o planejamento à gerência.

Essa relação direta do planejamento com a gerência dos serviços e das atividades dos profissionais é compatível com o que se pode observar nas narrativas apresentadas pelos(as) profissionais atuantes na APS/ESF no estado da Paraíba, participantes da presente pesquisa.

Jesus e Souza (2021), citando Lacerda *et al.* (2012), explicam que associar gerência e planejamento no cotidiano das unidades de saúde favorece pensarmos no fortalecimento do processo de consolidação do SUS, já que, com a política de descentralização administrativa, a criação de estratégias como o planejamento ajuda a superar os entraves gerenciais do setor, de modo a facilitar o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos, a avaliação dos resultados obtidos e o cumprimento das diretrizes operacionais que orientam o SUS e que compõem parte do seu arcabouço legal.

Os autores anteriormente referenciados concluem que trabalhar a associação entre o planejamento e a gerência das ações no espaço micropolítico das USF representa um desafio e reforça a necessidade de (re)avaliar aspectos concernentes à institucionalização do planejamento das ações para a efetividade da prática gerencial e ao compromisso dos profissionais de saúde para a garantia da assistência à população, pautada na integralidade, na universalidade e na equidade.

Silva *et al.* (2016), em pesquisa realizada no município de Caxias, no estado do Maranhão, Região Nordeste do Brasil, relatam que enfermeiros(as) da APS definem o planejamento como um método que direciona e estrutura as ações a serem desenvolvidas na saúde da família. Os(As) profissionais asseguram que o planejamento é fundamental para o trabalho do(a) enfermeiro(a), pois permite a tal profissional idealizar as melhores condições para o alcance de resultados favoráveis, proporcionando ainda uma organização dos serviços assistenciais.

Ao contextualizarem o gerenciamento, Silva *et al.* (2016) constataram, a partir dos discursos produzidos durante as entrevistas, uma visão de que os(as) profissionais consideram o gerenciamento um dispositivo adequado para conduzir a prática de enfermagem dentro da UBS, visto que possibilita o desenvolvimento de ações específicas e apropriadas que favorecem a atuação nesses serviços, registrando, dentre outros aspectos, que os(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) consideram o gerenciamento como conjuntos de ações que norteiam a prática da enfermagem na organização das tarefas, na delegação de funções e na supervisão do trabalho a ser desenvolvido.

No presente estudo, o gerenciamento é uma prática também presente nas narrativas dos(as) profissionais, e se apresenta com percentuais significativos nos resultados da análise quantitativa, conforme se pode averiguar no Quadro 8 e na Figura 31.

Com ênfase na prática gerencial em enfermagem, faz-se a seguir uma citação da Resolução COFEN nº 0564/2017, a qual enfatiza que o cuidado da enfermagem é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar:

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade. [...] O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, *gerenciar*, ensinar, educar e pesquisar. (COFEN, 2017, p. 1, grifo nosso)

Magalhães *et al.* (2021, p, 13), citando Dal Molim *et al.* (2019), nos fazem compreender que a gerência/gerenciamento faz parte da constituição e do posicionamento do(a) enfermeiro(a) em meio aos processos produtivos de saúde, e ressaltam: o trabalho gerencial não é exclusivo dos(as) enfermeiros(as) ocupantes do cargo de chefia.

Essa afirmação nos permite concordar com o que afirmam Magalhães *et al.* (2021) quando dizem que o que difere em termos práticos – além do aparato formal e informal de poder na estrutura organizacional – é a magnitude e o objeto a ser gerenciado: ora se vale ao cuidado direto à equipe de trabalho, ora diz respeito aos serviços de enfermagem e saúde.

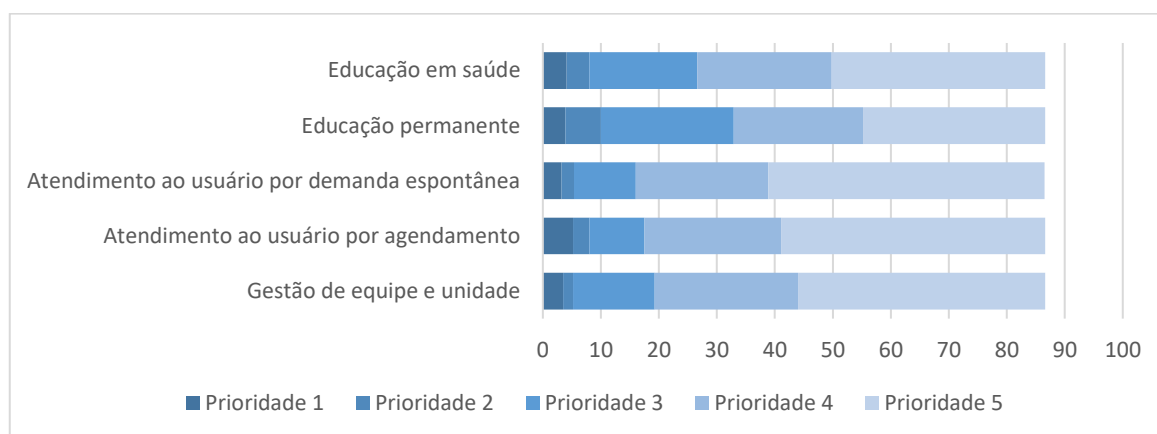
A Tabela 17 e a Figura 32 apresentam as prioridades das práticas desenvolvidas no âmbito da UBS na APS/ESF da Paraíba em uma escala crescente, com níveis de variação de 1 a 5. Fica evidente que as principais prioridades se dão nas ações relacionadas ao atendimento ao usuário por demanda espontânea, com 220 (47,6%) enfermeiros(as); ao atendimento ao usuário por agendamento, com 210 (45,5%); e à gestão de equipe e da unidade, com 197 (42,6%). Essas ações foram consideradas com maior nível de prioridade, ou seja, com prioridade 5.

Tabela 17. Nível de prioridade para práticas individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF no âmbito da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Qual o nível de prioridade que você dá para as seguintes ações no seu cotidiano na UBS?	NÍVEL DE PRIORIDADE											
	1		2		3		4		5		NR	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Gestão da equipe e da unidade	16	3,5	8	1,7	65	14,1	114	24,7	197	42,6	62	13,4
Atendimento ao usuário por agendamento	24	5,2	13	2,8	44	9,5	109	23,6	210	45,5	62	13,4
Atendimento ao usuário por demanda espontânea	15	3,2	10	2,2	49	10,6	106	22,9	220	47,6	62	13,4
Educação permanente	18	3,9	28	6,1	106	22,9	103	22,3	145	31,4	62	13,4
Educação em saúde	19	4,1	18	3,9	86	18,6	107	23,2	170	36,8	62	13,4

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 32. Nível de prioridade para ações individuais do cotidiano de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF no âmbito da UBS (Paraíba, Nordeste, Brasil)⁵



Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na Tabela 17 e na Figura 32 o nível de prioridade 5 – isto é, o maior nível da escala para a análise das ações individuais desenvolvidas no cotidiano do trabalho da APS/ESF no âmbito da UBS – foi atribuído pelos(as) participantes ao atendimento ao usuário por demanda espontânea e atendimento ao usuário por agendamento.

⁵ Não respostas foram excluídas do gráfico para melhor visualização dos níveis de prioridade.

A análise qualitativa corroborou esses resultados, uma vez essas duas formas de organização do fluxo de atendimento dos usuários nas UBS estiveram presentes nos discursos de todos(as) os(as) enfermeiros(as) entrevistados(as).

Para ilustrar essas evidências, transcrevemos três discursos que caracterizam o atendimento por agendamento e demanda espontânea. Ao darem ênfase às formas de atendimentos aos usuários, os(as) profissionais buscam exemplificar as prioridades de acordo os tipos de demanda dos usuários ou dos grupos e os programas específicos, e de certo modo justificam que os atendimentos por agendamento se dão em função das demandas mais recorrentes da Estratégia Saúde da Família, a exemplo de consultas pré-natal; puericultura; consultas a hipertensos e diabéticos; e acompanhamento a portadores de tuberculose e hanseníase.

Vejamos o que expressam os(as) profissionais nestes discursos, que representam o sentido das falas dos(as) demais entrevistados(as):

Aqui na UBS que eu trabalho, programamos os atendimentos seguindo demanda espontânea e programada. Por exemplo, aqui tem demanda para citológico, então esse um tipo de atendimento que fazemos de forma programada, e sempre atendemos mais mulheres a cada mês. Nas terças-feiras sempre fazemos atenção pré-natal; na outra semana, também na terça-feira, eu faço puericultura. Nas quartas-feiras estou no atendimento na área rural. Nas comunidades rurais, ao contrário, já não dar para fazer agendamento. Tenho que fazer todos os atendimentos necessários a depender das demandas dos usuários. E assim segue a nossa dinâmica de trabalho. Esse é um exemplo de como organizamos o fluxo de atendimento. (ENF_PB_001)

A gente trabalha dando atenção especial às demandas continuadas. A gente faz o agendamento de consultas pré-natal, puericultura, Hiperdia e a demanda de coleta de citopatológico [...] e outros programas que o governo preconiza, como TB, hanseníase. Ou seja, as demandas mais recorrentes da Estratégia Saúde da Família. As consultas de hipertensos e diabéticos a gente planeja de forma a organizar de acordo com os ACS. A visita domiciliar a gente atende por demanda espontânea, caso haja necessidade de realizar uma visita com certa urgência ou um agendamento que a gente realiza sempre toda terça-feira, a depender da demanda essa consulta é agendada com a ACS e posteriormente é repassada para a gente. (ENF_PB_021)

A gente utiliza a rotina de cronograma, a cada dia da semana tem uma atividade programada. Posso explicar. Na segunda eu realizo citológico, nas terças-feiras e quintas-feiras faço a puericultura e, nas quartas-feiras, o pré-natal. Para o Hiperdia a gente não tem um dia específico; eles são atendidos por demanda espontânea mesmo, qualquer dia da semana, de acordo com a necessidade deles. Os casos de tuberculose, o paciente diagnosticado e em tratamento, a gente acompanha uma vez por semana esse paciente; esse é mais um exemplo de atendimento ao usuário por agendamento. (ENF_PB_037)

Para acolher a demanda espontânea nas unidades básicas de saúde, o profissional precisa conceber algumas razões que explicam a importância do atendimento por esse tipo de acolhimento nos serviços da APS/ESF, reconhecendo, portanto, que a ciência e os profissionais

de saúde por si sós não são definidores das necessidades de saúde dos usuários. Estes, por sua vez, também ajudam a definir, com formas e graus variados, o que para eles representa necessidade de saúde, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Dessa maneira, torna-se importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional; no entanto, quando isso não acontece é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que podem se materializar em queixas, reclamações, retornos repetidos e busca por outros serviços (BRASIL, 2013).

Frente ao exposto, convém expor extratos das falas descritas anteriormente, a exemplo do que diz o(a) ENF_PB_001:

[...] não dá para fazer agendamento. Tenho que fazer todos os atendimentos necessários a depender das demandas dos usuários [...]. (ENF_PB_001)

Vale mencionar também o que ressalta o(a) ENF_PB_037:

Para o Hiperdia a gente não tem um dia específico; eles são atendidos por demanda espontânea mesmo, qualquer dia da semana, de acordo com a necessidade deles. (ENF_PB_037)

Santos e Penna (2013), a partir da análise de entrevistas com equipe de profissionais da ESF, constataram que boa parte dos atendimentos em saúde ocorre por demanda espontânea dos usuários. As demandas aos serviços de saúde compreendem a tradução das necessidades individuais sentidas e interferem na forma pela qual se utilizam os serviços de saúde, apesar da incorporação de outras ações nas unidades.

O cuidado à demanda espontânea na APS, de acordo com Brasil (2012), deve ser baseado nos princípios de acolhimento e escuta qualificada da população, aliados à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, legitimando a APS como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS.

5.5.2.3 Assistência

Os resultados referentes à dimensão “Assistência” estão apresentados a seguir, sob a forma de artigo. O referido artigo, foi submetido à Revista Saúde em Debate, conforme

comprovação (Anexo 2) e se constitui como uma das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (PPGCS/UnB), para que o pós-graduando possa fazer o agendamento da defesa de tese.

Artigo – Modalidade Artigo Original.

Trabalho e práticas de cuidado e assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil

Work and practices of Nursing care in Primary Health Care in the state of Paraíba – Brazil

José da Paz Oliveira Alvarenga⁶

Maria Fátima de Sousa⁷

RESUMO: O trabalho da enfermagem é uma prática social e de saúde desenvolvida em um processo articulado com as práticas dos demais profissionais da equipe. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o trabalho de enfermagem envolve as dimensões assistencial e gerencial, refletidas na produção das ações de cuidado individual e coletivo na atenção aos indivíduos, às famílias e às comunidades. Objetiva-se analisar o processo de trabalho de enfermagem da APS na Paraíba, considerando-se o perfil profissional e as práticas cotidianas individuais desenvolvidas por enfermeiras e enfermeiros na dimensão assistencial. Este é um estudo de abordagem quantitativa, realizado nos serviços da APS na Paraíba entre novembro de 2019 e agosto de 2021. A análise dos dados quantitativos foi feita por meio do software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para Windows®, mediante análise estatística descritiva e inferencial. A partir dos resultados, dentre outros aspectos, conclui-se que 93,3% profissionais são do sexo feminino; no que se refere à formação profissional, a especialização tem sido a modalidade de titulação mais realizada pelo conjunto de profissionais pesquisados; e, dentre todas as práticas assistenciais analisadas, a realização de consultas pré-natal foi considerada a mais resolutiva, na percepção de 388 (84%) profissionais pesquisados.

Palavras-chave: Enfermagem. Processo de Trabalho. Assistência. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Nursing work is a social and health practice developed in a process articulated with the practices of the other professionals in the team. In Primary Health Care (PHC), nursing work involves care and management dimensions, reflected in the production of individual and collective care of individuals, families and communities. The objective is to analyze the PHC nursing work process in Paraíba, considering the professional profile and the individual daily practices developed by nurses in the care dimension. This is a study with a quantitative approach, conducted at PHC services in Paraíba between November 2019 and August 2021. The analysis of quantitative data was performed using the SPSS® software (Statistical Package

⁶ Professor da Universidade Federal da Paraíba. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (PPGCS/UnB). Pesquisador assistente do Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (NESP/CEAM/UnB).

⁷ Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde (DSC/FS) e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB).

for the Social Sciences), version 21.0 for Windows®, through descriptive and inferential statistical analysis. From the results, among other aspects, it is concluded that 93.3% professionals are female; with regard to professional training, specialization has been the type of qualification most performed by the group of professionals surveyed; and, among all care practices analyzed, prenatal consultations were considered the most resolute in the perception of 388 (84%) professionals surveyed.

Keywords: Nursing. Work Process. Care. Primary Health Care. Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A concepção sobre o trabalho evidencia que seu processo se dá a partir da relação entre o homem e a natureza, e que ação do homem é mediadora do processo de trabalho; “com ajuda dos meios de trabalho, o ser humano opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida”.¹

Com base na teoria marxista, o processo de trabalho possui três componentes: o trabalho, atividade orientada para superar uma necessidade; o material ou objeto do trabalho; e os instrumentos de trabalho, como os meios de produção. Esses componentes são etapas de um todo – o trabalho –, e somente assim o processo se desenvolve, se realiza.¹

O processo de trabalho em saúde é melhor compreendido a partir do pensamento de Mendes-Gonçalves^{2,3}. Convém registrar sua valiosa obra, que aborda a teoria do processo de trabalho em saúde; trata-se de um aporte teórico indispensável aos estudos sobre o processo de trabalho em saúde, uma construção que se dá a partir de estudos em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Mendes-Gonçalves analisou os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, destacando que precisam ser examinados de forma articulada, e não em separado, pois somente em sua relação recíproca configuram um processo de trabalho específico.^{2, 3, 4}

Partindo da consubstancialidade tecnossocial das práticas de saúde, Mendes-Gonçalves desenvolveu um quadro conceitual que, a partir de premissas do materialismo histórico e do estruturalismo genético, forneceu bases profícuas para uma gama de estudos em saúde, notadamente para a construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil. De um lado, registram-se esforços de trazer a história, em sua materialidade radical, para dentro do pensamento social em saúde; de outro lado está a determinação de fazê-lo sem nunca perder de vista o sentido ético desse resgate histórico e da práxis científica de modo geral.⁵

O debate sobre o processo de trabalho tem sido importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho. Há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, com a reestruturação dos processos de trabalho, a potencialização do “trabalho vivo em ato” e a valise das relações como fontes de energia criativa e criadora na configuração do modelo de assistência à saúde.⁶

Na enfermagem, o processo de trabalho tem seu pioneirismo nos estudos de Cecília Puntel de Almeida; sua obra *O saber de enfermagem e sua dimensão prática* constitui um marco para a enfermagem brasileira. Adotando o referencial marxista do trabalho, a autora analisou a enfermagem como prática social e parte do processo de divisão do trabalho em saúde, articulada com as demais práticas ao modo de organização da sociedade capitalista.^{4,7}

A enfermagem faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político-social do setor saúde.⁸

As características do processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) envolvem cinco dimensões – assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política –, que se apresentam como complementares e interdependentes.⁹

No Brasil, existem diversas formas de atuação dos(as) enfermeiros(as) na APS, configurando-se “vários escopos de trabalho da enfermagem”, várias práticas e uma divisão de classes articuladas ao processo de trabalho. Isso significa que podemos ter várias práticas e processos de trabalho de acordo com a forma como percebemos o campo; a relação multi e interprofissional; a concepção de APS; as competências técnicas e políticas; os modelos de gestão; e os processos de formação e Educação Permanente em Saúde (EPS).¹⁰

O trabalho da enfermagem na APS tem suas práticas estabelecidas pela Lei nº 7.498/86 e por portarias regulamentadoras do COFEN/CORENs, bem como pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), arcabouço legal, normativo e político institucional que define as competências gerenciais e assistenciais do trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros. Na prática clínico-assistencial, incluem-se, dentre outras ações, consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos, conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.^{11,12}

Na APS, a prática de enfermagem possui as dimensões assistencial e gerencial voltadas para o indivíduo, refletidas na produção do cuidado de enfermagem e na gestão de projetos terapêuticos, e para o coletivo, por meio do monitoramento da situação de saúde da população e do gerenciamento da equipe de enfermagem e dos serviços de saúde. Sua função essencial é a assistência às pessoas, às famílias e às comunidades, desenvolvendo atividades para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde.^{8, 13}

No presente artigo, tem-se por objetivo analisar o processo de trabalho de enfermagem na APS do estado da Paraíba, considerando o perfil profissional e as práticas cotidianas individuais desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) na dimensão assistencial.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é um extrato da pesquisa nacional “Práticas de Enfermagem no Contexto da APS”, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (NESP/CEAM/UnB) em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem. A pesquisa foi desenvolvida com a colaboração de uma rede nacional de pesquisadores de enfermagem pertencentes a universidades públicas de todos os estados da federação e do Distrito Federal (DF). Tem como ancoradouros, dentre outros aspectos, os horizontes ontológico, axiológico, epistemológico e metodológico das ciências sociais e humanas aplicadas à saúde.¹⁴

A pesquisa foi realizada em distintos municípios do estado da Paraíba no período de novembro de 2019 a agosto de 2021, voltando-se à APS, considerando os serviços do modelo tradicional de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Paraíba tem como capital a cidade de João Pessoa e localiza-se na Região Nordeste do Brasil. Possui 56.467,242 km², em 2021, 223 municípios e 3.766.528 habitantes, densidade demográfica de 66,70 hab./km², em 2010¹⁵ população estimada de 4.059.905 pessoas em 2021.¹⁶

Possui 16 regiões de saúde distribuídas em 3 macrorregiões de saúde (Resolução CIB nº 43/2018). A primeira macrorregião de saúde, composta por quatro regiões de saúde, tem sede em João Pessoa; a segunda, composta por cinco regiões de saúde, tem sede em Campina Grande; e a terceira, composta por sete regiões de saúde, tem duas sedes: uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão).¹⁷ A cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) na Paraíba é

de 97,34%.¹⁸ Dentre as 16 regiões de saúde do estado, 9 contam com 100% de cobertura da APS.¹⁷

O presente estudo, de abordagem quantitativa, é caracterizado como amostral de resposta voluntária, e a obtenção dos dados se deu através de questionário eletrônico padronizado e estruturado, com variáveis distribuídas em diferentes dimensões do processo de trabalho de enfermagem na APS. O questionário foi divulgado em redes sociais e nos sites do NESP/CEAM/UnB, do COFEN e das demais instituições parceiras por meio do link da pesquisa – cf. <https://ecos.unb.br/pesquisapraticasdeenfermagem>.¹⁴

No estado da Paraíba registram-se 1.635 enfermeiras(os) na APS/ESF¹⁹; dentre estes, 462 responderam ao instrumento de coleta de dados na etapa do estudo quantitativo.

Como critério de inclusão, admitiu-se a participação de todos(as) enfermeiros(as) que desenvolvessem práticas de assistência ou gestão na APS/ESF. Os critérios de exclusão foram: enfermeiras(os) preceptores, consultores, entre outros que não tivessem um vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiras(os) ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.¹⁴⁽⁶⁴⁾

A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio do software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para Windows®, por meio de análise estatística descritiva e inferencial.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, aprovado sob parecer nº 3.619.308 e CAAE: 20814619.2.0000.0030, de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).²⁰ Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cumpriram-se assim os preceitos éticos e legais exigidos para pesquisa com seres humanos. Por não se realizar intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos participantes, não houve riscos aos profissionais que colaboraram com a pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Perfil sociodemográfico de enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, Nordeste, Brasil

O conhecimento do perfil dos profissionais pode subsidiar programas de readequação de processos de trabalho, a fim de melhorar o atendimento à população e garantir uma

assistência de qualidade, que vá ao encontro das necessidades da clientela assistida e da efetivação das políticas públicas de saúde. Identificar o perfil do profissional, sua qualificação e seu processo de trabalho tornam-se importante para a adequação do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS).²¹

Dentre um conjunto de características que delineiam o perfil sociodemográfico dos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF que participaram desta pesquisa, estão apresentados neste artigo os resultados relacionados a faixa etária e sexo (Figura 1) e os que se referem a estado civil, a residir no município em que trabalha e aos anos de atuação na APS no município em que trabalha atualmente. Os dados estão distribuídos na Tabela 1.

Analisando-se a Figura 1, observa-se que, do total de 462 (100%) profissionais, 93,3% são do sexo feminino, correspondendo assim a 431 enfermeiras. Quanto à faixa etária, evidencia-se que a maior quantidade de profissionais tem idades que variam entre 36 e 40 anos, sendo, dessa maioria, 109 do sexo feminino e 9 do sexo masculino.

A segunda e a terceira maiores frequências são daqueles com idade entre 31 e 35 anos (94 profissionais) e 26 e 30 anos (78 profissionais), somando-se o quantitativo de ambos os sexos. Vale registrar que apenas uma enfermeira se apresenta na faixa etária de 70 anos ou mais.

A predominância feminina na enfermagem é historicamente reconhecida; vale lembrar que o pioneirismo na profissão se deveu a mulheres como Florence Nightingale, na Europa, e Anna Nery, no Brasil.

O infográfico apresentado pela Organização Pan-Americana da Saúde revela a Situação da Enfermagem na Região das Américas.²² Os percentuais relacionados ao sexo do conjunto de profissionais – percentuais extraídos do relatório da Organização Mundial da Saúde sobre “O Estado da Enfermagem no Mundo” – evidenciam que, dos profissionais de enfermagem da região das Américas, 89% são mulheres.²³

Com relação à distribuição por sexo, de cada 10 profissionais de enfermagem no mundo 9 são do sexo feminino. Registram-se importantes variações regionais: 95% dos profissionais na região do Pacífico Ocidental e 76% na região africana são mulheres.²⁴

Os resultados de nosso estudo, que evidenciam um alto percentual de enfermeiras em atuação na APS da Paraíba (93,3%), corroboram os achados de outras diversas pesquisas já realizadas em âmbito nacional, as quais também constataram a hegemonia feminina na enfermagem. Exemplos desses estudos são a pesquisa com enfermeiros(as) de Saúde da Família nas cinco regiões do Brasil,²⁵ o estudo do COFEN sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil”²⁶,²⁷ e uma pesquisa mais recente, também realizada pelo COFEN, sobre as “Práticas de

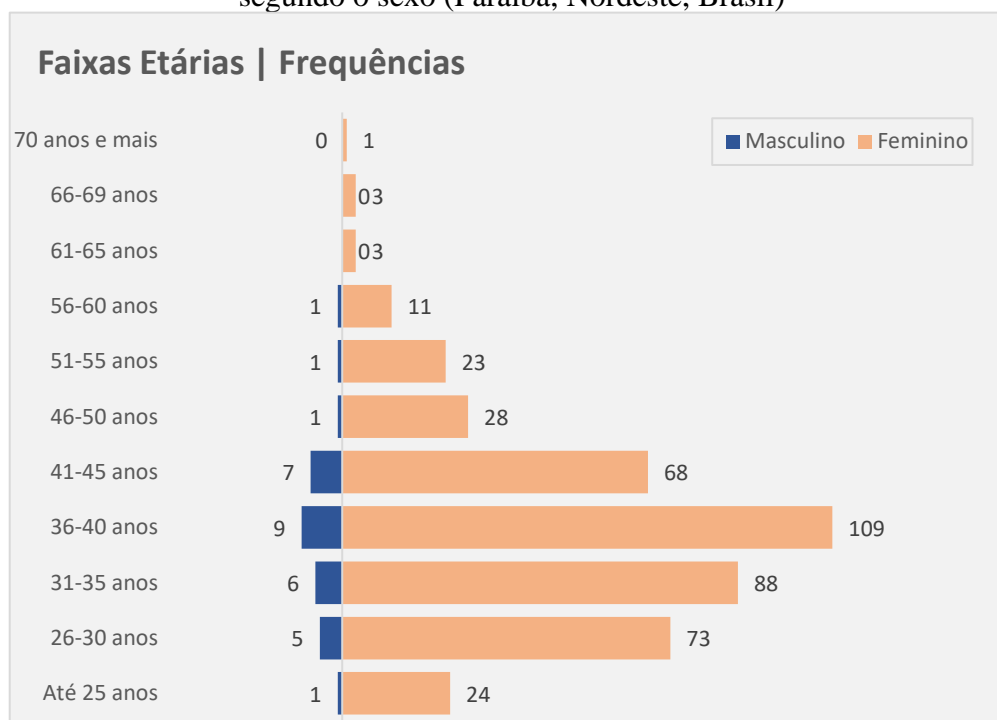
Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde”, que registrou um percentual de 88,4% de mulheres nesse campo de atuação em todo o território nacional.¹⁴

Ressalte-se que, na pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da APS”¹⁴, predominou o sexo feminino em todas as regiões do país. Quando se observam a frequência e o percentual das/dos profissionais participantes do estudo, analisando-se a faixa etária segundo o sexo, a predominância ocorreu nas mesmas faixas etárias: 36-40 anos (24,3%), seguida dos(as) enfermeiros(as) com idade entre 31-35 anos (21,7%), considerando-se a totalidade dos participantes distribuídos nas diferentes faixas etárias.

A predominância do sexo feminino nessas duas faixas etárias também é uma forte evidência na pesquisa desenvolvida com a APS da Paraíba. Tem-se assim um quantitativo de enfermeiros(as) consideravelmente jovens em atuação no âmbito do estado.

A idade jovem dentre os profissionais de enfermagem também é confirmada por dados da OMS, em relatório publicado em 2019, referentes à distribuição global por faixa etária, destacando-se que a força de trabalho de enfermagem é relativamente jovem: 38% dos profissionais têm idade inferior a 35 anos – considerados os que estão no início da profissão –, em comparação aos 17% com 55 anos ou mais, que já têm longo tempo de atuação. Observam-se disparidades regionais, com faixas etárias consideravelmente mais velhas nas regiões das Américas, com 24% de profissionais com 55 anos ou mais, e na Europa, com por volta de 18%.²⁸

Figura 1. Distribuição de frequências das faixas etárias de enfermeiros(as) da APS/ESF segundo o sexo (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 1, vê-se que, quanto ao estado civil, 218 são casadas/os, representado 47,2% do total dos 462 profissionais pesquisados; deste quantitativo, 301 (65,2%) residem no município em que trabalham. Ao serem questionadas/os quanto ao tempo de atuação na APS no município em que atualmente trabalham, 42,2% dos(as) enfermeiros(as) informaram que atuam no município há um período de 0 a 4 anos. Os que trabalham no município há um período maior, ou seja, há mais de 12 anos, representam um percentual de 20,1%.

Quando se busca investigar o local de moradia dos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF em relação ao município no qual atualmente trabalham, vê-se a importância da inserção e da vinculação desses profissionais ao município para a ampliação do olhar e do conhecimento do território de saúde em que atuam, de maneira que possam conhecer, compreender e vivenciar o cotidiano das pessoas que ali vivem e convivem. Assim, é possível conhecer a cultura, os hábitos e os costumes das comunidades, as singularidades locais, de modo a compreender as complexidades das populações ali residentes e seus processos de saúde e adoecimento, frente às situações de vulnerabilidade social e sanitária. Essa proximidade permite também um vínculo maior com os usuários dos serviços de saúde, promovendo um melhor desenvolvimento das práticas de cuidado nas unidades de saúde e no ambiente comunitário.

Nesse sentido, concordamos com outros pesquisadores para os quais a ampliação do olhar dos profissionais da APS/ESF sobre o território contribui para a superação dos limites da

unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional. Contribui também para a (re)construção do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar, para a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico e para a incorporação efetiva do paradigma da promoção da saúde e da participação.²⁹

Tabela 1. Distribuição de frequências de enfermeiros(as) quanto ao estado civil, a residir no município em que trabalha e aos anos de atuação na APS/ESF no município em que trabalha atualmente (Paraíba, Nordeste, Brasil)

CARACTERÍSTICAS	Frequência	%
Estado civil		
Casado(a)	218	47,2
Divorciado(a)	27	5,8
Separado(a)	3	0,6
Solteiro(a)	155	33,5
União estável	50	10,8
Viúvo(a)	4	0,9
Outros	5	1,1
Você reside no município em que trabalha?		
Não	161	34,8
Sim	301	65,2
Há quantos anos você atua na APS no município em que trabalha atualmente?		
De 0 a 4 anos	195	42,2
De 5 a 8 anos	85	18,4
De 9 a 12 anos	89	19,3
Há mais de 12 anos	93	20,1
TOTAL	462	100%

Fonte: Dados da pesquisa

3. 2. Perfil de formação profissional de enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, Nordeste, Brasil

Considerando-se a natureza da instituição na qual realizaram sua graduação em Enfermagem, dos 462 (100%) participantes da pesquisa, 282 (61%) estudaram em instituição privada; 171 (37,0%) em instituição pública; e 9 (1,9%) não responderam. Constatou-se que 453 profissionais (98,1%) são graduados em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras. E, levando-se em conta aqueles que não responderam à pergunta sobre a natureza da instituição na qual se graduaram, uma mesma frequência (9) e percentual (1,9%) de profissionais não informaram o país da instituição pela qual se graduaram em Enfermagem. Com base nesses resultados, percebe-se que a maioria dos(as) enfermeiros(as) em atuação na APS/ESF é egressa de instituições privadas e fez sua formação no Brasil.

O predomínio das instituições privadas na formação dos(as) enfermeiros(as) foi também uma evidente constatação do estudo realizado sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil”, o qual registrou um percentual de 57,4% de enfermeiras(os) egressos dessas instituições.²⁷

Os resultados da pesquisa evidenciaram que, em sua grande maioria, os(as) enfermeiros(as) que atuam na APS/ESF no estado da Paraíba concluíram a formação a partir dos anos de 2001, sendo 193 (41,8%) entre 2001 e 2010; 100 (21,6%) entre 2011 e 2015; e outros 100 (21,6%) entre 2016 e 2021. Dentre todas/os as/os participantes, 41 (8,9%) a concluíram durante a década de 90, ou seja, entre 1991 e 2000, e 9 (1,9%) não responderam. Desse modo, quando se analisa o período em que os profissionais concluíram seus cursos, constata-se que em sua maioria as(os) enfermeiras(os) da APS/ESF na Paraíba têm no máximo 20 anos de atuação.

O perfil de formação profissional relacionado à frequência das titulações é analisado a partir dos resultados distribuídos na Figura 2, a qual apresenta diferentes níveis de pós-graduação: *lato sensu* (residência e especialização) e *stricto sensu* (mestrado, doutorado, pós-doutorado e livre-docência). Predominantemente, os(as) enfermeiros(as) afirmaram ter concluído cursos de especialização, sendo do total de profissionais um quantitativo de 336 (72,7%); 117 (25,3%) não possuem especialização. É significativa a frequência daqueles que não possuem residência, uma vez que somam 438 (94,8%); apenas 15 profissionais (3,2%) possuem esse nível de titulação dentre todas/os as/os pesquisadas/os. Quando se analisam a frequência e o percentual de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, fica evidente a elevada frequência de profissionais que não possuem qualquer titulação nesse nível, com quantitativos de 417 a mais e percentuais superiores a 90%. Destaca-se que apenas 36 (7,8%) possuem mestrado; 3 (0,6%) possuem doutorado; 13 (2,8%) concluíram a livre-docência; e nenhum possui pós-doutorado. Tomando-se cada um dos níveis de titulação, 9 (1,9%) enfermeiros(as) não responderam se os possuem ou não.

Analisando-se o perfil dos(as) enfermeiros(as) da APS, particularmente aquelas/es com atuação na ESF das cinco regiões brasileiras, os pesquisadores registraram que 82,5% dos participantes concluíram cursos de residência ou especialização. Considera-se que uma melhor formação contribui para atingir a eficiência, a eficácia e a efetividade almejadas para a consecução da atenção integral.²⁵

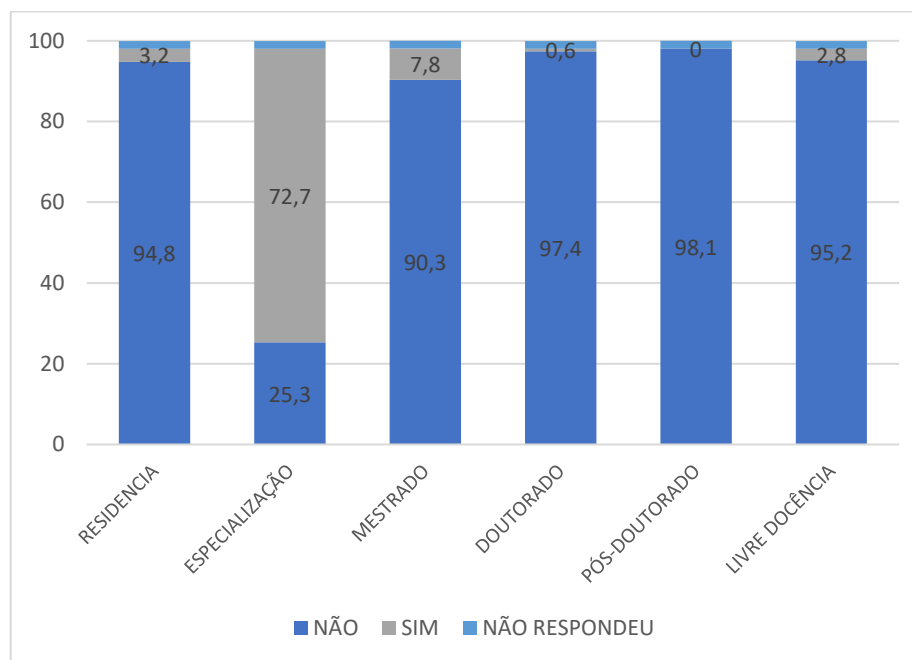
Entretanto, ainda é baixa a taxa de profissionais com pós-graduação na modalidade residência, e é elevado o número de especializações, as quais são muitas vezes desconectadas daquilo de que realmente precisa o sistema de saúde do país.

Pesquisa realizada sobre o perfil sociodemográfico e profissional dos(as) enfermeiros(as) da APS constatou que, quanto à iniciativa de buscar aperfeiçoamento profissional através da continuidade dos estudos, uma parcela expressiva dos profissionais (73,4%) relatou possuir pós-graduação em nível *lato sensu*. Contudo, nenhum profissional declarou possuir pós-graduação em nível *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado). Com base nessas evidências, os autores asseguram que os resultados analisados têm potencial significativo para contribuir com o processo de diagnóstico da situação funcional dos(as) enfermeiros(as) com atuação na APS, bem como o planejamento de ações a serem implementadas pela gestão municipal no sentido de qualificar os profissionais, com vistas a melhor prepará-los para a atuação nesse nível de atenção, que exige tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Os dados levantados apontam para a necessidade de investimentos, por parte dos gestores locais, na educação continuada dos(as) enfermeiros(as).³¹

Os gestores não compreendem que, sem projetos de formação e educação permanente para os profissionais da APS/ESF, os municípios seguirão enfrentando dificuldades em dispor de perfil adequado e qualificado para a responsabilidade socio sanitária com vistas à inversão do modelo de atenção à saúde, reproduzindo a alta rotatividade, a precarização e a insatisfação dos trabalhadores da saúde.³²

Os autores destacam que as barreiras para a organização de projetos de capacitação, formação e educação permanente voltados ao pessoal da APS continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto política de Estado capaz de levar adiante mudanças em curso na formação, sobretudo a dos profissionais da enfermagem. Busca-se que esses profissionais estejam preparados e comprometidos para exercer a prática da saúde integral, familiar e comunitária.³²

Figura 2. Distribuição de frequência das titulações concluídas por enfermeiros(as) da APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

Chama atenção nos resultados deste estudo, embora em número reduzido – 13 (2,8%) –, a presença de enfermeiros(as) que informaram ter concluído a livre-docência, uma titulação importante para aqueles em atuação no ensino superior.

Tendo em vista o desenvolvimento do país, a formação de doutores para a docência se mostra fundamental, assim como o estímulo à contínua formação de lideranças. Nesse contexto, a livre-docência entra como estratégia de reconhecimento de trajetórias docentes comprometidas com o ensino, a pesquisa e a extensão. A busca pela mais alta titulação da carreira acadêmica brasileira pode constituir um momento de avanço individual e coletivo, contribuindo para a consolidação de áreas de conhecimento.³³

Acredita-se que a presença de enfermeiras(os) com esse grau de titulação em atuação na APS/ESF no estado da Paraíba possa ser resultado de docentes universitários que, embora já aposentados da carreira acadêmica, tenham estabelecido um novo vínculo de trabalho em determinados municípios para atuação na APS/ESF.

3.3. Dimensão assistencial do processo de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, Nordeste, Brasil

Os(As) enfermeiros(as) fazem parte de um processo coletivo de trabalho cuja finalidade é produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os dos demais membros da equipe no contexto político-social do setor saúde. A atuação desses profissionais na APS do Brasil vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo à proposta do novo modelo assistencial, centrado sobretudo na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida.⁸

A Portaria nº 2.436/2017, da PNAB¹², elenca as atribuições específicas dos(as) enfermeiros(as), apresentando um conjunto de ações dentre as quais encontram-se as que compõem a prática assistencial na APS. Nesse escopo, as consultas de enfermagem, voltadas a grupos de usuários em diferentes ciclos da vida; a supervisão de sala de vacina; a realização de curativos; a solicitação de exames; e a prescrição de medicamentos são, dentre outras, práticas cotidianas individuais presentes no processo de trabalho da enfermagem.

As práticas acima mencionadas estão distribuídas na Tabela 2, que evidencia também com que frequência e em que percentual os(as) enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba as desenvolvem. De forma ilustrativa, na Figura 3 observa-se a periodicidade em percentuais de realização das práticas nessa dimensão assistencial.

Considerando-se o total de profissionais participantes da pesquisa, 462 (100%), e a periodicidade com que realizam as práticas assistenciais, é possível constatar que a maior frequência de realização diária é a da prática A1 – “Consulta de enfermagem”, com 368 (79,7%), e em segundo lugar a da prática A4 – “Solicitação de exames”, com 299 (64,7%). Quanto à prática A5 – “Prescrição de medicamentos”, 223 (48,3%) afirmaram realizá-la diariamente, aproximando-se assim da metade dos que participaram da pesquisa.

Quando se verifica a escala de periodicidade de realização, constante na Tabela 2 e na Figura 3, é notório que, para todas as práticas analisadas, os percentuais de enfermeiros(as) que as realizam diariamente é consideravelmente superior aos dos que as desenvolvem “três ou mais vezes na semana”, “entre uma e duas vezes na semana”, “eventualmente” e “nunca”, e são superiores principalmente quando comparados aos percentuais daqueles que não responderam.

No processo de trabalho da APS/ESF, as(os) enfermeiras(os) vêm desenvolvendo práticas assistenciais com autonomia frente às atribuições sob sua competência, com respaldo na Lei do Exercício Profissional¹¹ e com base na aprovação e na implementação de protocolos

clínicos pelo Ministério da Saúde e pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), além de protocolos municipais, documentos e normativas que norteiam os cuidados de enfermagem de modo a atender às necessidades dos usuários.

A implantação e a atualização de protocolos de enfermagem por secretarias de saúde, com o apoio dos COREN, ampliam o acesso dos usuários às unidades de saúde da APS/ESF. No que se refere às consultas de enfermagem, pesquisadores têm relatado um aumento no quantitativo da realização dessa prática, especialmente quando analisam a implementação dos protocolos e a melhoria dos fluxos de atendimento.³⁴

Quanto ao presente estudo, nas análises das práticas assistenciais dos(as) enfermeiros(as) da APS no estado da Paraíba, registram-se percentuais significativos de consultas realizadas diariamente, o que ajuda a confirmar as evidências encontradas nas pesquisas dos autores³⁴ anteriormente referenciados.

A consulta de enfermagem é um recurso de acolhimento e vínculo da família com o serviço de saúde, e esses componentes são inter-relacionados, isto é, à medida que os(as) enfermeiros(as) acolhem bem a família, melhoram a frequência das consultas e a avaliação do serviço, implicando sua utilização apropriada e valorização.³⁵

Sabe-se que, dentre as consultas no cotidiano de trabalho da APS, os(as) enfermeiros(as) realizam pré-natal de baixo risco; consultas de seguimento a hipertensos e diabéticos; puericultura; consultas a pessoas com doenças transmissíveis; acompanhamento e manejo de casos de saúde mental; e outras atividades regidas por legislações, protocolos clínicos e outras normativas técnicas que asseguram a atuação em enfermagem.

Associam-se ao escopo das competências desses profissionais a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames, ações que vêm exercendo com autonomia, contribuindo para o atendimento e a qualidade do cuidado nas unidades de saúde. Essas ações, relacionadas na Tabela 2, também apresentam números significativos de frequência diária de realização.

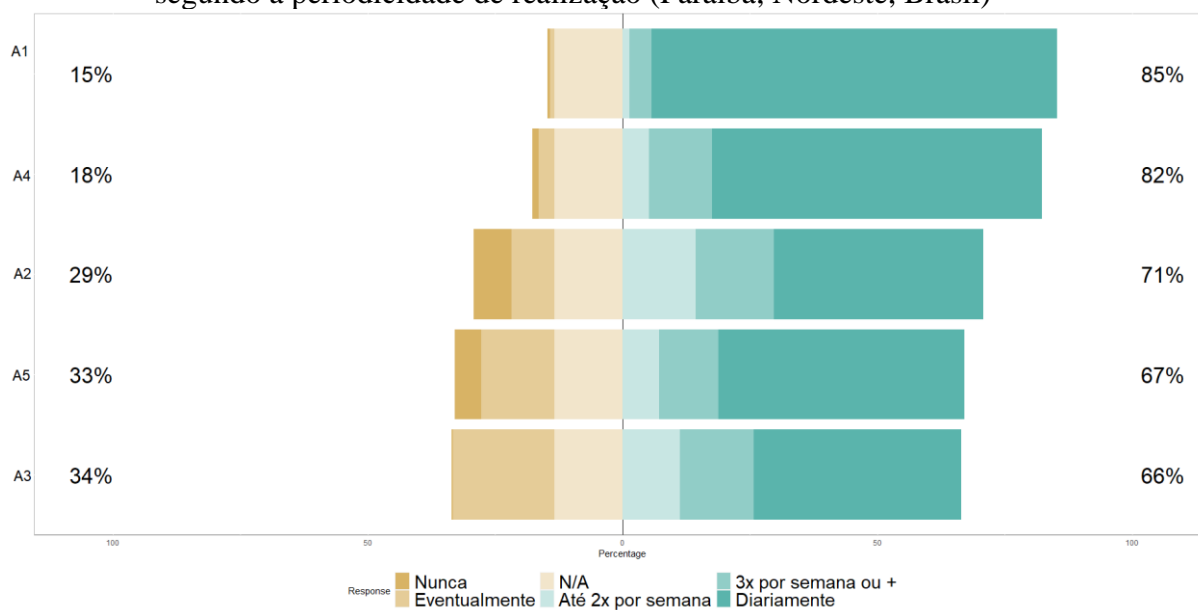
Na Paraíba, Lima³⁶ identificou que nenhum dos municípios de seu campo de investigação possuía uma legislação específica sobre solicitação de exames e prescrição de medicamentos por enfermeiros(as). Percebeu, portanto, que as secretarias de saúde se baseiam nos padrões oferecidos pelos protocolos ministeriais e pelos documentos do COFEN.

Tabela 2. Práticas cotidianas individuais desenvolvidas por enfermeiros(as) da APS/ESF segundo sua atuação na assistência (Paraíba, Nordeste, Brasil)

PRÁTICAS COTIDIANAS INDIVIDUAIS, RELATIVAS À ASSISTÊNCIA	Diariamente		Três ou mais vezes na semana		Entre uma e duas vezes na semana		Eventualment e		Nunca		Não se aplica ou não respondeu	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
A1 – Consultas de enfermagem	368	79,7	20	4,3	6	1,3	4	0,9	2	0,4	62	13,4
A2 – Supervisão de sala de vacina	190	41,1	71	15,4	66	14,3	39	8,4	34	7,4	62	13,4
A3 – Curativos	188	40,7	67	14,5	52	11,3	92	19,9	1	0,2	62	13,4
A4 – Solicitação de exames	299	64,7	57	12,3	24	5,2	14	3,0	6	1,3	62	13,4
A5 – Prescrição de medicamentos	223	48,3	54	11,7	33	7,1	66	14,3	24	5,2	62	13,4

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 3. Distribuição percentual das práticas individuais relativas à assistência segundo a periodicidade de realização (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

A solicitação de exames e a prescrição de medicamentos, enquanto elementos de análise neste estudo, contribuíram para caracterizar a assistência individual prestada pelos(as) enfermeiros(as) aos usuários dos serviços da APS/ESF na Paraíba. Como se percebe na Tabela 3, no que se refere à solicitação de exames, do total de profissionais participantes (462) a maioria registra poder solicitar hemograma (381, 82,5%), outros exames de sangue (351, 76,0%), ultrassonografia (309, 66,9%) e mamografia (249, 53,9%). Constata-se, assim, que o hemograma tem sido o exame que as(os) enfermeiras(os) da APS na Paraíba, mais têm solicitado. Dentre os(as) enfermeiros(as) pesquisadas(os), mais de 70% afirmaram não solicitar raio X e eletrocardiograma. Na variável de análise para cada um dos exames, apenas 14,7% dos profissionais não opinaram.

Quando se analisa o critério “pode prescrever medicamentos”, a maior frequência de profissionais que responderam positivamente – isto é, 372 (80,5%) – está relacionada à prescrição de sulfato ferroso e outros suplementos. A segunda e a terceira maiores frequências dizem respeito à prescrição de analgésicos, com 230 (49,8%) profissionais, e antiparasitários, com 221 (47,8%). Dentre as(os) enfermeiras(os) pesquisadas(os), 264 (57,1%) relataram não prescrever antibiótico, e apenas um relatou prescrever ansiolíticos.

Alicerçando-se na Lei nº 7.498/86¹¹, o COFEN, através da Resolução nº 195/97³⁷ e da Resolução nº 317/2007³⁸, define que para a prescrição de medicamentos os(as) enfermeiros(as) necessitam solicitar exames de rotina e complementares, estabelecidos

em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, para uma efetiva assistência ao paciente, sem risco para ele.

Na Paraíba, o Conselho Regional de Enfermagem, na perspectiva de instrumentalizar os profissionais para atuação na APS, reconhece que no contexto da atenção integral à saúde a assistência deve ser organizada para atender às reais necessidades da população, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis. Assim sendo, visando a atender às diretrizes do Sistema Único de Saúde e às exigências legais da profissão, o “Protocolo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba”, elaborado por aquele conselho, tem norteado condutas profissionais, respaldando e subsidiando a prática assistencial, além de padronizar o processo de trabalho, buscando, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fortalecer a implementação dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, bem como a prescrição de medicamentos na consulta de enfermagem, com base nos Cadernos da Atenção Básica.³⁹

A prescrição de medicamentos na enfermagem é um elemento que contribui para a profissão na APS; no Brasil, essa prática vem tomando contornos mais nítidos nos últimos anos através dos cadernos da APS e dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde.³⁶

Tabela 3. Caracterização da assistência praticada por enfermeiros(as) da APS segundo o pedido de exames e a prescrição de medicamentos (Paraíba, Nordeste, Brasil)

VARIÁVEIS	Sim		Não		Não respondeu ou não se aplica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sobre pedidos de exames, posso solicitar	-	-	-	-	-	-
Raio X	39	8,4	355	76,8	68	14,7
Ultrassonografia	309	66,9	85	18,4	68	14,7
Eletrocardiograma	67	14,5	327	70,8	68	14,7
Hemograma	381	82,5	13	2,8	68	14,7
Outros exames de sangue	351	76,0	43	9,3	68	14,7
Mamografia	249	53,9	145	31,4	68	14,7
Sobre medicamentos, posso prescrever						
Sulfato ferroso e outros suplementos	372	80,5	4	0,9	86	18,6
Antibióticos	112	24,2	264	57,1	86	18,6
Antiparasitários	221	47,8	155	33,5	86	18,6
Analgésicos	230	49,8	146	31,6	86	18,6
Anti-hipertensivos	104	22,5	272	58,9	86	18,6
Corticoides	44	9,5	332	71,9	86	18,6
Ansiolíticos	1	0,2	375	81,2	86	18,6

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 4 e a Figura 4, a seguir, apresentam frequências e percentuais concernentes à percepção dos profissionais pesquisados sobre a resolutividade das práticas assistenciais por eles desenvolvidas no âmbito da APS/ESF na Paraíba, analisando serem “suficientes” ou “insuficientes”. Fica claro que todas as práticas apresentam altas frequências e percentuais de resolutividade, destacando-se a realização de consulta pré-natal, a qual 388 (84%) profissionais consideram ser a mais resolutiva, seguida do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, referido por 344 (74,5%) enfermeiros(as) pesquisados(as). Em todas as práticas os percentuais foram superiores a 65%.

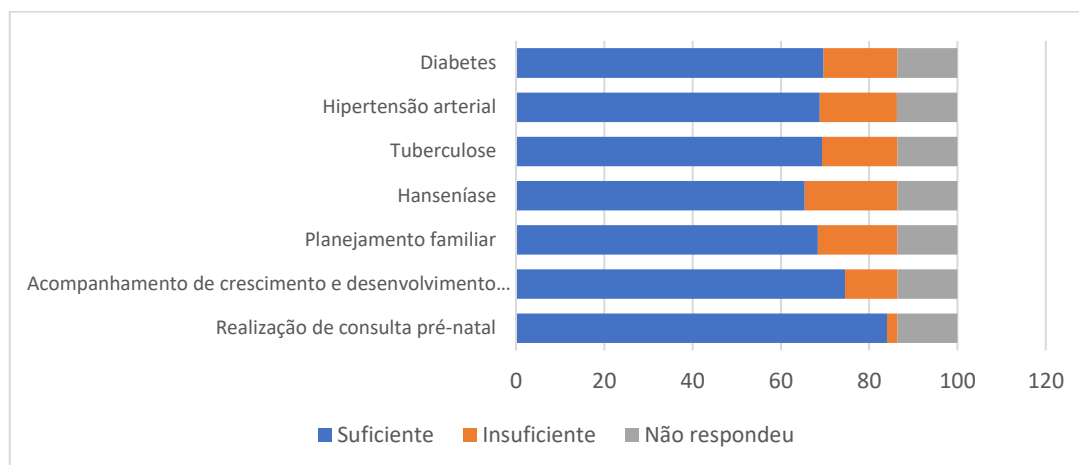
A realização de consulta pré-natal também foi a atividade mais bem avaliada pelos(as) enfermeiros(as) da APS em âmbito nacional quanto à resolutividade, com percentuais de 73,7%, de acordo com o relatório da pesquisa “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde”.¹⁴

Tabela 4. Frequência e percentual da percepção das práticas de assistência desenvolvidas por enfermeiros(as) da APS/ESF quanto à resolutividade (Paraíba, Nordeste, Brasil)

PERCEPÇÃO DE SUA RESOLUTIVIDADE PARA AS ATIVIDADES ABAIXO	Suficiente		Insuficiente		Não respondeu	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Realização de consulta pré-natal	388	84,0	11	2,4	63	13,6
Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil	344	74,5	55	11,9	63	13,6
Planejamento familiar	316	68,4	83	18,0	63	13,6
Hanseníase	302	65,4	97	21,0	63	13,6
Tuberculose	320	69,3	79	17,1	63	13,6
Hipertensão arterial	318	68,8	81	17,5	63	13,6
Diabetes	322	69,7	77	16,7	63	13,6

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 4. Percepção das práticas de assistência desenvolvidas por enfermeiros(as) da APS quanto à resolutividade (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 5, registra que um elevado quantitativo 324 profissionais, correspondente a 70,1%, afirmaram não exercerem outras atribuições conforme legislação profissional (COFEN) e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. Em quantitativos e percentuais um pouco mais elevados, 340 (73,6%); asseguram não terem dificuldades no exercício de suas práticas na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, quanto à autonomia das suas responsabilidades normativas legais. Infere-se, portanto, que a autonomia exercida pelos(as) enfermeiros(as) participantes, claramente expressos nas suas afirmações, seja dentre outros aspectos importantes do cotidiano do trabalho destes profissionais, um fator favorável para que 388 (84,0%) tenham afirmado positivamente que contribuem na melhoria das condições de saúde da população.

Tabela 5. Frequências e percentuais relacionados a outras atribuições desenvolvidas por enfermeiros(as) na APS/ESF, a dificuldade no exercício das práticas na UBS, e à autonomia e contribuições para a saúde da população. (Paraíba, Nordeste, Brasil).

VARIÁVEIS	Freq	%
Você exerce outras atribuições conforme legislação profissional (COFEN) e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação?	-	-
Não	324	70,1
Sim	76	16,5
Não respondeu	62	13,4
Você tem dificuldade no exercício de suas práticas na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, quanto à autonomia das suas responsabilidades normativas legais?		
Não	340	73,6
Sim	60	13,0
Não respondeu	62	13,4
Você considera que está contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população?		
Não	12	2,6
Sim	388	84,0
Não respondeu	62	13,4

Fonte: Dados da pesquisa.

No trabalho da APS/ESF, os(as) enfermeiros(as) vêm desenvolvendo práticas assistenciais com autonomia frente às atribuições sob sua competência, respaldados pela Lei do Exercício Profissional¹¹ e de protocolos clínicos implementados pelo Ministério da Saúde e pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN); além de protocolos municipais, documentos e normativas que norteiam os cuidados de enfermagem de modo a atender às necessidades dos usuários.

Sobre o trabalho do(a) enfermeiro(a), o Código de Ética dos Profissionais estabelece que o profissional, ao atuar na promoção, na prevenção, na recuperação e na reabilitação da saúde das pessoas, deve exercer a profissão com autonomia e resolutividade.⁴⁰

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho de enfermeiros(as) em atuação na APS/ESF do estado da Paraíba foi analisado neste estudo com ênfase no perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais, bem como na dimensão assistencial das práticas de cuidado, no escopo de ações individuais.

A partir das evidências, conclui-se que, quanto ao perfil sociodemográfico, 93,3% profissionais são do sexo feminino, correspondendo assim a 431 enfermeiras. Quanto à

faixa etária, predominam aquelas/es com idades que variam entre 36 e 40 anos; a segunda e a terceira maiores frequências são as das/os que têm idade entre 31 e 35 anos e 26 e 30 anos, respectivamente. Isso confirma a juventude dos profissionais de enfermagem da APS naquele estado. A maioria dos profissionais (65,2%) reside no município em que trabalha, e 42,2% atuam no município há um período de 0 a 4 anos; porém, 20,1% trabalham no município há período maior, isto é, há mais de 12 anos.

A análise do perfil de formação profissional dos(as) enfermeiros(as) pesquisadas(os) nos faz refletir criticamente sobre a importância e a necessidade de qualificação para os processos de trabalho da APS/ESF nos municípios do estado da Paraíba, uma vez que apenas a especialização tem sido a modalidade de titulação mais realizada pelo conjunto de profissionais pesquisados.

A dimensão assistencial do trabalho dos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba nos possibilitou compreender como as ações de competência individual vêm sendo desenvolvidas no cotidiano de trabalho nas unidades de saúde e no ambiente comunitário. A prática assistencial com maior frequência de realização diária é a consulta de enfermagem, seguida da solicitação de exames e da prescrição de medicamentos. Os exames mais solicitados são hemograma, outros exames de sangue e ultrassonografia; os medicamentos mais prescritos são sulfato ferroso e outros suplementos.

Para todas as práticas analisadas a resolutividade alcançou percentuais superiores a 65%, predominando a realização de consultas pré-natal como a mais resolutiva, na percepção de 388 (84%) profissionais pesquisados. Ela é seguida do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, referido por 344 (74,5%) dos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as).

5. REFERÊNCIAS

1. Marx K. O Capital: Crítica da Economia Política - o processo de produção do capital. Livro 1. Trad. Rubens Enderle, 2. ed., Boitempo, São Paulo, 2017.
2. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Hucitec, São Paulo, 1994.
3. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR – Textos 1. CEFOR, São Paulo:1992.

4. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em mar. de 2022.
5. Ayres JRCM, Bruno R. História, Processos Sociais e Práticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.3, p.905-912, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300905&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em mar. de 2022.
6. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. In.: Pereira, IB. Org. Dicionário da Educação, Profissional em Saúde. ã 2.ed. rev. ampl. EPSJV, Rio de Janeiro, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em mar. de 2022.
7. Scochi MJ, Mishima SM, Peduzzi M. Maria Cecília Puntel de Almeida: construtora de pontes entre Enfermagem e a Saúde Coletiva brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 12, p.3891-3896, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3891.pdf>. Acesso em mar. de 2022.
8. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Supl 1):704-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em mar. de 2022.
9. Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Sade PMC, Larocca LM. Características do Processo de Trabalho do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Min. Enferm.*, v. 18, n. 2, p.454-462, abr/jun., 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n2a15.pdf>. Acesso em mar. de 2022.
10. Ferreira SRS, Mai S, Périco LAD, Micheletti VCD. O Processo de Trabalho da Enfermeira na Atenção Primária, frente à pandemia da Covid-19. In.: TEODÓSIO, S. S. C. S.; LEANDRO, S. S. *Enfermagem na Atenção Básica no contexto da COVID-19*. ABEEN. DEAB, 86p. Série Enfermagem e Pandemias, v. 3. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/ebooks/atencaobasica>. Acesso em mar. de 2022.
11. Brasil. Gabinete da Presidência da República. Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Lei 7.498/86. DOU de 26.06.86. Seção I – fls. 9.273 a 9.275. Brasília,1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em mar. de 2022.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html . Acesso em mar. de 2022.

13. Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2008, set-out., 16(5). Disponível em:
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94779/000667677.pdf?sequence=1&locale-attribute=en>. Acesso em mar. de 2022.
14. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Relatório. Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos. Coord. por Maria Fátima de Sousa. Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasília, 2022, 809p.
15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios – Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf Acesso em: mar. 2022.
16. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Área territorial - Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios. 2021a. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto> Acesso em: mar. 2022.
17. Paraíba. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: Paraíba 2020/2023. 2020a. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>. Acesso em: mar. 2022.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica. Relatório. e-Gestor AB. Informação e Gestão da Atenção Básica. 2019. Disponível em:
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em mar. 2022.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. CNES. Base de Dados. DATASUS, 2021. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>. Acesso em mar. 2022.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em mar. de 2022.
21. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel EEN. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(1): e9405. Disponível em: <https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405 Acesso em março de 2022.

22. Opas. Organização Pan-Americana de Saúde. Infográfico - Situação da enfermagem na Região das Américas. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para as Américas. 2021. Disponível em:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54504>. Acesso em mar. de 2022.

23. Oliveira APC, Ventura CAA, Silva FV, Neto HA, Mendes IAC, Souza KV, *et al.* The State of Nursing in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3404.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvkYp6GNLsZhFK7mGwd/?lang=pt>. Acesso em mar. 2022.

24. Organização Pan-Americana de Saúde. Fotografia da enfermagem no Brasil [Internet]. Brasília, DF. 2020. Disponível em <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/>. Acesso em mar. de 2022.

25. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, Scherer MDA, Soratto J. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1):147-158, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em mar. de 2022.

26. Machado MH *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil

sociodemográfico. *Enferm. Foco*, v. 6, n. 1/4, p.11-17, 2016. Disponível em:

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>. Acesso em mar. 2022.

27. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Relatório final da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. FIOCRUZ/COFEN, v. I. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em mar. 2022.

28. WHO. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019. 144 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em mar. 2022.

29. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXvNrTKphp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em mar. de 2022.

30. Silva MCN, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a

Enfermagem no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1):7-13, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/wqFyYK4y49f8WZPmkvrwVsQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em mar. de 2022.

31. Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):171-80. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/index> . Acesso em mar. de 2022.
32. Sousa MF, Santos BM, Paz EP, Alvarenga JP. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Enferm Foco. 2021;12(Supl.1):55-60. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/complexidade-praticas-enfermagem-atencao-primaria-saude.pdf>. Acesso em mar. de 2022.
33. Barros ALBL, Batista NA, Barbosa DA, Batista SHSS, Pedreira MLG. Livre-docência: o reconhecimento de uma trajetória comprometida com o ensino, pesquisa e extensão. Rev Bras Enferm. v. 74, (Suppl 5), p. 1-4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rMFh5VvDmMj7wwgKWr8bY5r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em março de 2022.
34. Bonatto SR, Steffani P, Lima LA, Silva RM, Machado ML, Mello AL. Protocolos de enfermagem no município de Jaraguá do Sul/SC: estratégia transformadora para atenção primária. Enferm. Foco. 2021;12(Supl.1):147-52. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5173/1175>. Acesso em mar. de 2022.
35. Cavalheiro AP, Silva CL, Veríssimo ML. Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. Enferm Foco. 2021;12(3):540-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4305/1200>. Acesso em mar. de 2022.
36. Lima MVP. Estratégias da gestão local para prescrição de medicamentos por enfermeiros da atenção primária à saúde. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2019. 95p. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/4059>. Acesso em mar. de 2022.
37. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-195/1997. Internet]. ASCOM. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007_4351.html. Acesso em mar. de 2022.
38. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 317, de 2 de agosto de 2007. [Internet]. ASCOM. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007_4351.html. Acesso em mar. de 2021.
39. COREN-PB. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do estado da Paraíba. 2. ed. COREN-PB. João Pessoa. PB, 2015. 319 p. Disponível em: <http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/Coren-Pb-Protocolo-do-Enfermeiro-pb-20102015.pdf>. Acesso em dez. de 2021.
40. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf.
Acesso em mar. de 2022.

6. ARTIGOS PUBLICADOS

6 ARTIGOS PUBLICADOS

No Quadro 9 identificam-se todos os artigos publicados ao longo do período do doutoramento, tanto como primeiro autor quanto como coautor. Os artigos relacionados dão ênfase ao tema da APS, bem como às práticas de enfermagem na APS.

Em seguida, são apresentados na íntegra dois artigos do tipo *scoping review*, de que fomos primeiro autor. O primeiro artigo foi publicado na revista *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, do NESP/UnB; e o segundo artigo foi publicado na revista *Enfermagem em Foco*, do COFEN.

Quadro 9. Artigos publicados durante o período do doutoramento com temas relacionados à atenção primária à saúde

PERIÓDICO/ANO	TIPO/MODALIDADE	TÍTULO DO ARTIGO
Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 39-62, 2021	Artigo de revisão	Formação de profissionais de saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) em diferentes países: semelhanças e diferenças
Enfermagem em Foco, v. 12, n. 7, supl. 1, p. 42-48, 2021	Artigo de revisão	Modelos de formação para a atenção primária à saúde: evidências no contexto do ensino de enfermagem
Enfermagem em Foco, v., n. 7, supl. 1, p. 42-48, 2021	Artigo de reflexão	Complexidade das práticas de enfermagem na atenção primária à saúde
Enfermagem em Foco, v. 12, n. 7, supl. 1, p. 49-54, 2021	Artigo de revisão	Sistemas e serviços de saúde em âmbito mundial: organização da atenção primária à saúde
Enfermagem em Foco, v. 12, n. 7, supl. 1, p. 49-54, 2021	Artigo original	A educação emocional pode influenciar na qualidade das competências e habilidades da enfermagem?
Enfermagem em Foco, v. 12, n. 7, supl. 1, p. 49-54, 2021	Artigo original	Comunicação na prevenção e no controle de dengue, chikungunya e zika: um panorama analisado junto à população brasileira

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

6.1 ARTIGO 1

Formação de profissionais de saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) em diferentes países: semelhanças e diferenças

Tempus – Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 12, n. 2, p. 39-62, 2021

DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v12i2.2896>

Formação de Profissionais de Saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) em diferentes países: semelhanças e diferenças

Training of Health Professionals with an emphasis on Primary Health Care (PHC) in different countries: similarities and differences

Capacitación de profesionales de la salud con énfasis en atención primaria de salud (APS) en diferentes países: similitudes y diferencias

José da Paz Oliveira Alvarenga
 Pedro Vinicius Falcão Paiva dos Santos
 Daniela Mendes dos Santos Magalhães
 Elizabeth Alves de Jesus
 Rogério Fagundes Marzola
 Cláudio Fortes Garcia Lorenzo
 Ana Valeria Machado Mendonça
 Maria Fátima de Sousa

RESUMO

Objetivo: Analisar modelos de formação de profissionais de saúde em diferentes países, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, observando possíveis semelhanças e diferenças existentes; a partir de evidências científicas no período de 2009 a 2019. **Material e Métodos:** Revisão bibliográfica (*Scoping Review*). Estudos identificados nas bases de dados PubMed; BVS; ProQuest e EMBASE. Como estratégia de busca adotou-se os descritores e suas combinações: Health Workforce, Aptitude, Professional Competence, Models Educational, Health Human Resource Training. Foram incluídos artigos publicados entre 2009 a 2019, sobre a formação em saúde, idiomas português, inglês, francês e espanhol; identificando-se 2.616 artigos. Excluindo artigos duplicados obteve-se 2.042. Mediante os demais critérios de exclusão: ausência de resumos, artigos não relacionados à formação no contexto da APS; teve-se o registro de 369 artigos. Após leitura dos títulos e resumos obteve-se 51 artigos. Através da leitura na íntegra, resultaram 28 artigos. Este estudo representa um recorte da revisão da literatura, onde selecionamos 10 artigos presentes no PubMed e BVS. Mediante análise de conteúdo na modalidade temática foram construídas categorias de análises discutidas neste estudo. **Resultados:** Identificou-se como tema “*Formação de Profissionais para a Atenção Primária à Saúde e Saúde Comunitária*”, classificando-se, dois núcleos de sentidos: “*Competências, atitudes, habilidades e conhecimentos na formação dos profissionais de saúde;*” e “*Educação e Aprendizagem Interprofissional em Saúde.*” **Conclusão:** Ênfase no desenvolvimento de competências e evidências da Educação Interprofissional na formação para atenção primária e saúde comunitária; valorizando as competências específicas; comuns e colaborativas, para o trabalho em equipe.

Descritores: Saúde; Formação; Atenção Primária.

ABSTRACT

Objective: To analyze training models for health professionals in different countries, with an emphasis on Primary Health Care, observing possible similarities and differences; from scientific evidence from 2009 to 2019. **Material and Methods:** Bibliographic review (Scoping Review). Studies identified in the PubMed databases; VHL; ProQuest and EMBASE. As search strategy, the descriptors and their combinations were adopted: Health Workforce, Aptitude, Professional Competence, Models Educational, Health Human Resource Training. Articles published between 2009 and 2019, on health education, Portuguese, English, French and Spanish were included; 2,616 articles were identified. Excluding duplicate articles, 2,042 were obtained. Through the other exclusion criteria: absence of abstracts, articles not related to training in the context of PHC; 369 articles were registered. After reading the titles and abstracts, 51 articles were obtained. Through full reading, 28 articles resulted. This study represents a section of the literature review, where we selected 10 articles present in PubMed and VHL. Through content analysis in the thematic modality, categories of analysis discussed in this study were constructed. **Results:** The theme "Training Professionals for Primary Health Care and Community Health" was identified, classifying two core meanings: "Skills, attitudes, skills and knowledge in the training of health professionals;" and "Interprofessional Health Education and Learning." **Conclusion:** Emphasis on the development of skills and evidence of Interprofessional Education in training for primary care and community health; valuing specific skills; common and collaborative, for teamwork.

Descriptors: Health; Formation; Primary Attention.

RESUMEN

Objetivo: analizar modelos de capacitación para profesionales de la salud en diferentes países, con énfasis en Atención Primaria de Salud, observando posibles similitudes y diferencias; de evidencia científica de 2009 a 2019. **Material y métodos:** revisión bibliográfica (revisión de alcance). Estudios identificados en las bases de datos PubMed; BVS; ProQuest y EMBASE. Como estrategia de búsqueda, se adoptaron los descriptores y sus combinaciones: Health Workforce, Aptitude, Professional Competence, Models Educational, Health Human Resource Training. Se incluyeron artículos publicados entre 2009 y 2019 sobre educación para la salud, portugués, inglés, francés y español; Se identificaron 2.616 artículos. Excluyendo artículos duplicados, se obtuvieron 2,042. A través de los otros criterios de exclusión: ausencia de resúmenes, artículos no relacionados con la capacitación en el contexto de la APS; Se registraron 369 artículos. Después de leer los títulos y resúmenes, se obtuvieron 51 artículos. A través de la lectura completa, resultaron 28 artículos. Este estudio representa una sección de la revisión de la literatura, donde seleccionamos 10 artículos presentes en PubMed y VHL. A través del análisis de contenido en la modalidad temática, se construyeron las categorías de análisis discutidas en este estudio. **Resultados:** Se identificó el tema "Capacitación de profesionales para atención primaria de salud y salud comunitaria", clasificando dos significados centrales: "Habilidades, actitudes, habilidades y conocimientos en la capacitación de profesionales de la salud" y "Educación y aprendizaje sanitario interprofesional". **Conclusión:** Énfasis en el desarrollo de habilidades y evidencia de la Educación Interprofesional en capacitación para atención primaria y salud comunitaria; valorando habilidades específicas; común y colaborativo, para trabajo en equipo.

Descriptorios: Salud; Formación; Atención Primaria.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde; e representa o primeiro nível de atenção; é também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde; orientando-se por meio de seus atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.¹

A Conferência de Alma Ata (OMS, 1978), estabelece que a Atenção Primária à Saúde “*é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde*”.¹

O conceito e princípios da Atenção Primária à Saúde foram consolidados no século XX, marcado por diversas experiências de modelos assistenciais em saúde em todo o mundo que fundamentaram a Declaração de Alma Ata, em 1978; e desde então, o fortalecimento da APS foi estabelecido como a principal estratégia para a organização dos serviços públicos de saúde.²

Nas proposições de Alma-Ata, a APS é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária – que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. Esta é a concepção abrangente ou ampliada e corresponde à concepção de um modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na APS com garantia de atenção integral.³

A APS surgiu como estratégia para o alcance dos princípios do sistema de saúde da integralidade, equidade e universalidade, imprescindíveis aos sistemas de proteção social. Pode ser definida como um conjunto de ações individuais ou coletivas, que estão situadas no primeiro nível de atenção, no intuito de promover e proteger a saúde, prevenir

doenças e agravos, realizando o tratamento com base nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.⁴

Em sua essência, a APS volta-se ao cuidado em saúde considerando o âmbito individual, familiar e da comunidade e, em seus contextos socioeconômicos e culturais, com o propósito de promover a saúde, prevenir doenças, controlar agravos, e ofertar serviços de diagnóstico e recuperação da saúde dos indivíduos.⁴

Evidências científicas demonstram que a organização dos serviços de saúde que possuem a APS como coordenadora do cuidado em saúde apresentam melhores resultados, com aumento da efetividade das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde.¹

Diversos autores apontam o alto poder da APS na atenuação das desigualdades em saúde; na maior eficiência do cuidado e da utilização de práticas preventivas; na coordenação do fluxo dos usuários no sistema, bem como na satisfação deles quanto aos serviços e atendimentos.^{5, 6, 7}

Experiências internacionais, afirmam que uma abordagem integrada da Atenção Primária à Saúde, pode melhorar a saúde, produzindo resultados positivos na atenção às necessidades das pessoas, impactando também nos processos de qualificação profissional.⁸

Considerando o exposto, nesse artigo objetiva-se analisar modelos de formação de profissionais de saúde em diferentes países, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), observando possíveis semelhanças e diferenças existentes; a partir de evidências científicas do período compreendido entre 2009 e 2019.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de revisão bibliográfica do tipo Scoping Review. Constitui-se em um recorte de um estudo mais amplo que teve a seguinte questão norteadora: *Com base nas produções científicas o que tem sido estudado sobre os modelos de formação dos profissionais de saúde com ênfase à Atenção Primária de Saúde, nos diferentes países, no período compreendido entre 2009 a 2019?*

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed; BVS; ProQuest; EMBASE e Scielo. Como estratégia de busca adotou-se os seguintes descritores e suas combinações: (*"Health Workforce" OR "Aptitude" OR "Professional Competence"*) AND (*Models, Educational OR "Health Human Resource Training"*).

A organização das evidências e leitura de título e resumo foram realizadas através do *Rayyan QCRI - Qatar Computing Research Institute* (Instituto de Pesquisa em Computação do Catar). Instituto de pesquisa multidisciplinar, criado em 2010 pela Fundação Catar para Educação, Ciência e Desenvolvimento Comunitário. Caracteriza-se como um aplicativo website que auxilia pesquisadores na metodologia de revisões sistemáticas e/ou meta-análises e tem vantagens, desenvolver processos mais rápidos e acurados, rigor e transparências; dentre outros.⁹

Como critérios de inclusão considerou-se artigos publicados entre 2009 e 2019, no tema da formação em saúde, idiomas português, inglês, francês e espanhol; tendo sido inicialmente identificados um total de 2.616 artigos e considerando os artigos duplicados (574) como um dos critérios de exclusão obteve-se 2.042. Mediante os demais critérios de exclusão adotados, tais como; ausência de resumos e artigos não relacionados à formação no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS); teve-se o registro de 369 artigos para leitura dos títulos e resumos; e após esta etapa, obteve-se 51 artigos. Com a leitura na íntegra, ao final foram selecionados 28 artigos. Entretanto, para a análise e discussão neste estudo, foi selecionado um quantitativo de 10 artigos identificados em duas bases de dados (PubMed e BVS).

Os resultados, foram analisados através da Análise de Conteúdo^{10,11} na modalidade de análise temática; sendo esta, uma modalidade apropriada para as investigações qualitativas em saúde; e que “*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado*”.

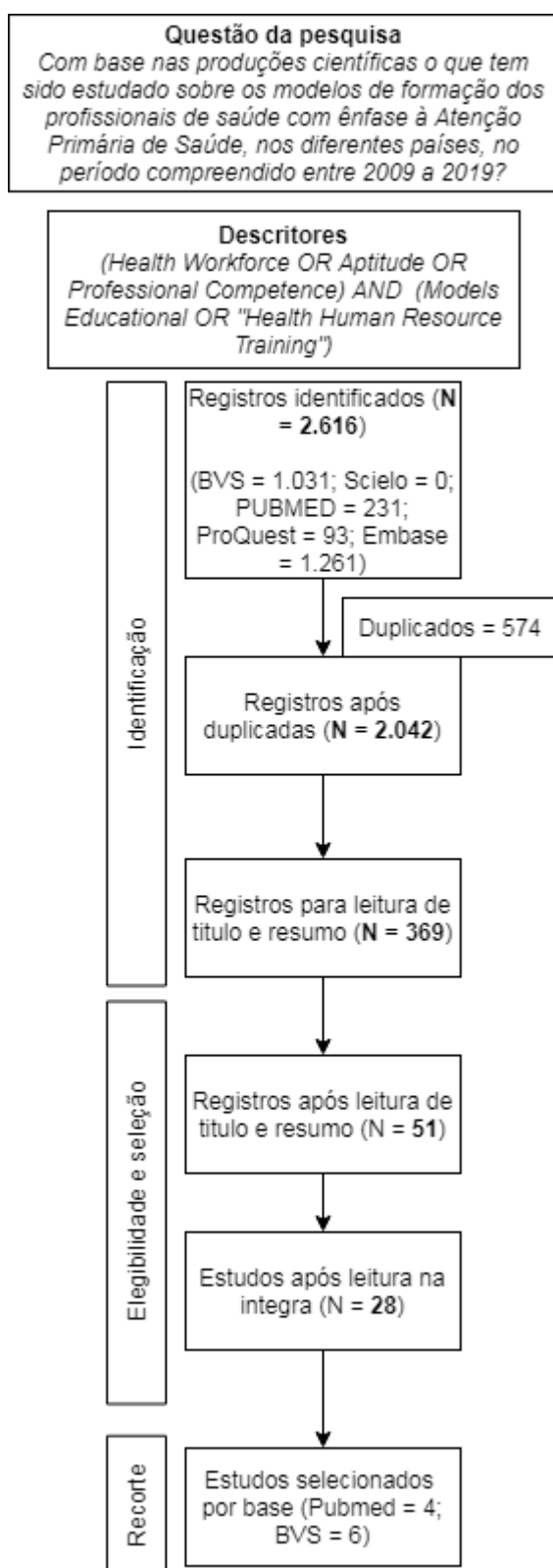
Neste sentido, foram seguidas as três etapas operacionais da análise temática: a *pré-análise* (determinação da unidade de registro, de contexto, os recortes, forma de categorização, modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais para a orientação da análise); a *exploração do material* (operação classificatória visando o alcance do núcleo de compreensão do texto); e *tratamento dos resultados e interpretação*.

Os resultados evidenciados nos diversos estudos encontrados nesta pesquisa de revisão, corroboraram para a elaboração das categorias temáticas. E observando-se as semelhanças, os elementos e ideias, foi possível a identificação do tema e dos núcleos de sentidos, considerando a nossa percepção sobre os estudos analisados, frente à questão norteadora desta pesquisa.

Ressalte-se que este estudo por não representar uma pesquisa envolvendo seres humanos, não se fez necessário, submissão do projeto e protocolo de pesquisa para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Está apresentada a seguir uma representação esquemática das diferentes etapas da busca bibliográfica para o Scoping Review.

Figura 1. Fluxograma das etapas da busca bibliográfica para o Scoping Review.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estão apresentados a seguir, os estudos relacionados à formação dos profissionais de saúde com ênfase à Atenção Primária à Saúde; os quais estão distribuídos no quadro 1, correspondendo às bases de dados (PubMed e BVS) onde os mesmos foram identificados. Pelo que se pode observar, dentre os 10 estudos selecionados 04 deles foram identificados na base de dados PubMed; enquanto os demais (06) encontram-se na BVS.

Observando as distintas características apresentadas para cada estudo, constata-se que as populações estudadas envolvem sujeitos de diferentes áreas da formação em saúde; e as abordagens metodológicas adotadas, compreendem métodos qualitativo e quantitativo; métodos mistos da pesquisa em saúde; bem como, artigos de opinião.

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos profissionais de saúde com ênfase à APS; identificados em diferentes países, por Base de Dados (*Continua*)

Base de dados	Periódicos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo . .	Considerações dos Autores (Síntese Conclusivas)
Pubmed	American Journal of Pharmaceutical Education	Kairuz T, Nobre C, Shaw J. (2010). Percepção de preceptores, estagiários e farmacêuticos recém-registrados sobre a prática de farmácia da Nova Zelândia.	Nova Zelândia	Determinar as percepções de estagiários de farmácia e farmacêuticos e preceptores recém-registrados sobre a preparação dos graduados para ingressar na prática profissional.	Preceptores, estagiários e farmacêuticos recém-registrados	Qualitativo e Quantitativo.	<ul style="list-style-type: none"> • 195 instrumentos foram avaliados; • Maioria dos entrevistados eram preceptores; • 87,6% das respostas, em geral, concordou que o diploma preparou os estudantes para a prática; • Mas os entrevistadores preceptores apontaram percepções menos favoráveis na preparação dos graduandos 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de melhorar as habilidades; • Mais atitudes profissionais; • Melhor comunicação em inglês e; • Treinamento adicional em composição extemporânea.
Pubmed	Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien	Thomas-Maclean R, Hamoline R, Quinlan E, Ramsden VR, Kuzmicz J. (2010). <i>Discutindo a orientação: um estudo em andamento para o desenvolvimento de um programa de orientação em Saskatchewan.</i>	Saskatchewan	Identificar os componentes essenciais de um programa de orientação como o primeiro passo no desenvolvimento contínuo de um programa de orientação para médicos de atenção primária.	Médicos (Médicos Junior e Médicos Senhores)	Método Misto	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos em andamento; • Descreveram aspectos positivos e negativos da orientação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Combinação de mentores com preceptores; • Integrar na orientação, aspectos formais e informais; • Processo de avaliação dos mentores e dos estudantes;

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos profissionais de saúde com ênfase à APS; identificados em diferentes países, por Base de Dados (*Continuação*)

Base de dados	Periódicos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo	Considerações dos Autores (Síntese)
Pubmed	Journal of Dental Education	Nayar P, McFarland K, Brian L, Ojha D, Chandak A. (2014) <i>Supervisionando as perspectivas dos dentistas sobre a eficácia da educação odontológica comunitária.</i>	Estados Unidos	O objetivo deste estudo foi examinar as perspectivas da supervisão de dentistas (também conhecidos como preceptores dentários) em locais rurais do CBDE em relação à eficácia do programa da Universidade de Nebraska Medical Center em melhorar as competências dos estudantes de odontologia.	Dentistas (preceptores dentários)	Qualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • 35 Participantes; • Os preceptores classificaram o programa eficaz na melhoria de competência dos alunos diferentes domínios, dentre eles: Pensamento Crítico, Profissionalismo, Comunicação e Habilidades Interpessoais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização do programa de educação dental e seus serviços comunitários e; • Aplicação de uma estrutura baseada em competências.
Pubmed	Journal of Dental Education	Blue CM. (2013) <i>Cultivando a responsabilidade em um currículo de higiene dental.</i>	Estados Unidos	O objetivo deste estudo foi determinar a eficácia das alterações curriculares destinadas a desenvolver a identidade e a responsabilidade profissional em todo o período do currículo de higiene dental.	Estudantes de Odontologia	Qualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • 24 estudantes no início da pesquisa; • Os alunos deram alta pontuação para "Atitudes" no período no sexto semestre; • Os alunos, no último semestre, apontaram que o atendimento odontológico é um direito e uma obrigação da sociedade. 	O senso de obrigação dos estudantes de cuidar dos necessitados tornou-se mais forte e também aumentaram suas percepções de sua própria capacidade de impactar a comunidade e agir como um agente de mudança.

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos profissionais de saúde com ênfase à APS; identificados em diferentes países, por Base de Dados (*Continuação*)

Base de dados	Periódicos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo .	Considerações dos Autores (Síntese)
BVS	Currents in Pharmacy Teaching and Learning (Elsevier)	Patel K, Desai U, Paladine H. (2018) <i>Desenvolvimento e implementação de uma experiência interprofissional de aprendizagem em farmacoterapia durante uma rotação avançada da prática de farmácia na atenção primária.</i>	Estados Unidos	Descrever um programa de educação interprofissional entre estudantes de farmácia, médico e enfermeiro durante uma eletiva de rotação clínica de cuidados primários.	Estudantes de farmácia, médico e enfermeiro	Qualitativo e Quantitativo	56 formulários de Escala de Percepção da Educação Interprofissional; Diferença significativa encontrada nos subgrupos: competência e autonomia profissional; e necessidade percebida de competência profissional. Tendência de comunicação respeitosa entre os alunos; ambiente colaborativo, oportunidade de aprender sobre as profissões uns dos outros.	Os autores apontam que programas que influenciam a interação dos alunos podem ser benéficos e levar a melhor colaboração; e apontaram que vão continuar o programa como base para outras atividades.
BVS	Currents in Pharmacy Teaching and Learning (Elsevier)	Teramachi H, Ino Y, Sugita I, Nishio Y, Yoshida A, Hayashi Y, Esaki H, Saito K, Noguchi Y, Iguchi K, Tachi T. (2018) <i>Avaliação das habilidades de comunicação após treinamento prático a longo prazo entre estudantes japoneses de farmácia.</i>	Japão	Avaliar a satisfação dos estudantes de farmácia com programas de treinamento prático de longo prazo em farmácias hospitalares e comunitárias e como esses programas beneficiaram as habilidades de comunicação.	Estudantes de farmácia do quinto ano	Quantitativo	83 estudantes de Farmácia do quinto ano; Mais de 90% ficaram satisfeitos com as experiências; O treinamento prático melhorou suas habilidades de comunicação;	Os estudantes ficaram satisfeitos com o treinamento prático e o treinamento ajudou a melhorar habilidades de comunicação.

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos profissionais de saúde com ênfase à APS; identificados em diferentes países, por Base de Dados (*Continuação*)

Base de dados	Periódicos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo	Considerações dos Autores (Síntese)
BVS	Journal of Interprofessional Care	Stubbs C, Schorn MN, Leavell JP, Espiritu EW, Davis G, Gentry CK, Friedman E, Patton T, Graham A, Crowder R, Wilkins CH. (2017) <i>Implementação e avaliação de um programa piloto de educação interprofissional, interinstitucional e de base comunitária.</i>	Estados Unidos	Desenvolver um programa IPE baseado na comunidade que permitia que os alunos se envolvessem em atividades interprofissionais significativas, enquanto os expunham a determinantes sociais da saúde.	Trinta estudantes de dez profissões	Quantitativo	30 estudantes participaram da pesquisa; Nas categorias sobre trabalhar com outros profissionais, no conforto, valores, e de percepção de si aumentaram (CWO: $z = -4,11$, $p < 0,0001$; VWO: $z = -3,41$, $P = 0,001$; SPA: $z = -2,79$, $p = 0,005$); assim, o programa foi avaliado, pelo alunos, como melhora no conhecimento dos determinantes sociais em saúde.	Os autores apoiam a expansão de programas de iniciação de educação interprofissional com base na comunidade.

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos profissionais de saúde com ênfase à APS; identificados em diferentes países, por Base de Dados (*Continuação*)

Base de dados	Periódicos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo	Considerações dos Autores (Síntese)
BVS	The Journal of Alternative and Complementary Medicine	Kim DY, Park WB, Kang HC, Kim MJ, Park KH, Min BI, Suh DJ, Lee HW, Jung SP, Chun M, Lee IN. (2012) <i>Medicina complementar e alternativa no currículo médico de graduação: uma pesquisa nas escolas médicas coreanas.</i>	Coreia	Avaliar a prevalência, escopo e diversidade dos cursos de Medicina Alternativa e Complementar (MAC) na educação médica coreana.	Reitores e professores acadêmicos ou curriculares em cada uma das 41 escolas médicas coreanas.	Quantitativo	91,4% das escolas adotam os cursos de medicina alternativa e complementar (MAC) como créditos; 85,4% tem a temática como obrigatório; Os valores atribuídos pelos estudantes quanto às competências essenciais, tais como a atitude, conhecimento e habilidade, foram maiores para a primeira.	Diversidade no conteúdo, formato e requisitos nos cursos oferecidos de MAC; Abordagem educacional sobre MAC para os estudantes;
BVS	Nurse Educator	Hahn J. (2010). <i>Integrando profissionalismo e consciência política ao currículo.</i>	Estados Unidos	Fornecer aos alunos de enfermagem uma visão profissional e uma consciência política sobre questões de políticas de saúde.	Alunos de enfermagem	Qualitativo	Método econômico feito com sucesso para nivelar os tópicos entre o bacharelado e o doutorado; Maior interesse dos alunos em política de assistência médica; Interesse em investir em <i>advocacy</i> .	Os autores apontam que é uma obrigação profissional integrar a pedagogia da consciência profissional e política; A mídia tem ajudado no conhecimento de políticas de assistência à saúde.

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos profissionais de saúde com ênfase à APS; identificados em diferentes países, por Base de Dados (*Conclusão*)

Base de dados	Periódicos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo	Considerações dos Autores (Síntese)
BVS	J. Nurse Educ Today	Tufts KA, Clements PT, Karlowicz KA. (2009). <i>Integração do conteúdo de violência por parceiro íntimo nos currículos: Desenvolvimento de uma nova geração de educadores de enfermagem.</i>	Estados Unidos	Integrar conteúdo de violência por parceiro íntimo nos currículos para ao desenvolvimento de educadores de enfermagem.	Enfermeiros educadores	Artigo de opinião	Educar futuros enfermeiros educadores sobre a VPI, no entanto, apresenta desafios, pois a maioria das enfermeiras não tem consciência da VPI como um problema de saúde pública, possui conhecimento limitado e crenças errôneas sobre a VPI e é inexperiente no cuidado com sobreviventes da VPI.	Fornecer educação formal e treinamento em um ambiente de suporte melhorará o conhecimento e as habilidades dos Enfermeiros Educadores sobre VPI, ajudando-os a examinar os benefícios e as limitações de várias abordagens pedagógicas para ensinar esse conteúdo crítico aos alunos.

Fonte: Bases de Dados da Literatura Científica, BVS e PubMed

Considerando os resultados e as sínteses conclusivas dos estudos relacionados no quadro exposto; e seguindo as etapas operacionais no desenvolvimento de análise de conteúdo na modalidade temática, emergiram as categorias de análises; e observando as semelhanças, os elementos, ideias e pertinências presentes nas evidências dos estudos, foram identificados o tema e os núcleos de sentidos; apresentados e discutidos a seguir.

Quadro 2 – Apresentação do tema e núcleos de sentidos elaborados a partir da análise categorial temática

TEMA	NÚCLEOS DE SENTIDOS
Formação de Profissionais para a APS e Saúde Comunitária	Competências, atitudes e habilidades na formação dos profissionais de saúde.
	Educação e aprendizagem interprofissional em saúde.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

3.1. Formação de Profissionais para a APS e Saúde Comunitária

Garantir a qualidade e resolutividade dos cuidados prestados ao indivíduo família e comunidade, na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos, na busca de cuidado integral, pressupõe mudanças nos processos de formação com inovação de abordagens pedagógicas para a construção de perfis profissionais com competências, requeridas ao processo de trabalho e do cuidado em saúde.

Conhecimentos, atitudes e habilidades, são domínios de competências que dentre outros, necessitam ser aprimorados pelos profissionais; de maneira que, a partir de uma visão crítica e problematizadora das realidades vivenciadas, sejam capazes de atender as demandas de saúde presentes nas comunidades.

Dentre os estudos observados nesta pesquisa, dentre outros aspectos, buscam conscientizar estudantes a cuidarem dos mais vulneráveis, fortalecendo nos mesmos, suas percepções quanto à capacidade de impactar a comunidade e agir como um agente de mudança.¹²

A literatura relata que instituições educacionais, sistemas de saúde e formuladores de políticas, estão experimentando modelos de abordagens de ensino; procurando evidências de eficácia na melhoria dos resultados e que produzam fatores essenciais para mudanças sustentáveis em ambiente de melhoria contínua.¹³

Os processos formativos necessitam valorizar abordagens de ensino que conduzam os futuros profissionais ao desenvolvimento de práticas colaborativas de trabalho em equipe com capacidades resolutivas, considerando as competências comuns; bem como, as competências específicas a cada profissão; visando a integralidade do cuidado.

Na Atenção Primária à Saúde a formação e a qualificação estão associadas à busca pela garantia da universalidade e integralidade do cuidado; e os profissionais além de compreenderem um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, precisam considerar a APS como um espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde.¹⁴

Considera-se a APS, como um espaço privilegiado de formação para os profissionais de saúde, uma vez que se caracteriza como porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, acolhendo os usuários e famílias, buscando estabelecer vínculos e responsabilização pela atenção individual e coletiva.¹⁵

Frente aos desafios colocados pelo mundo do trabalho, mudanças de paradigmas envolvendo as concepções de saúde e educação precisam ser vivenciadas durante a formação, ampliando as possibilidades de horizontalização e democratização do conhecimento. As competências e habilidades precisam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, para que se constituam como sujeitos comprometidos com a busca de equidade do cuidado, do acesso e da cidadania.¹⁶

3.1.1. Competências, Atitudes e Habilidades na Formação dos Profissionais de Saúde

Considerando as transcrições que fizeram emergir “Competências, atitudes e habilidades na formação dos profissionais de saúde” como núcleos de sentidos, temos:

“Necessidade de habilidades aprimoradas, atitudes mais profissionais ...,”

“A aplicação de uma estrutura baseada em competências [...] pode fornecer informações valiosas sobre a eficácia do programa para [...] educadores e preceptores de programas [...] de tratamento e atendimento ao paciente [...] e manutenção da saúde bucal.”

“...desenvolver força de trabalho odontológica competente, apreciando o valor do serviço comunitário...”

“...mudanças curriculares [...] eficazes [...] responsabilidade profissional entre [...] estudantes [...] pontuações de atitude aumentaram no currículo ...”

“...treinamento prático [...] útil para melhorar suas habilidades de comunicação...”

“...educação formal e treinamento em um ambiente de suporte melhorará o conhecimento e as habilidades dos Enfermeiros Educadores [...] ajudando-os a examinar os benefícios e as limitações de várias abordagens pedagógicas para ensinar conteúdo crítico aos alunos.”

“... a instituição de treinamento prático foi útil para melhorar suas habilidades de comunicação...”

“Os cursos mais comuns foram introdução à [...]medicina integrativa [...] homeopatia e naturopatia [...]acupuntura [...]ordem [...]das competências essenciais foi atitude [...]conhecimento [...]e habilidade...”

Competência é a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. A competência busca responder às necessidades do mundo contemporâneo; constrói-se na formação, mas também nas diferentes situações do trabalho.¹⁷

As novas demandas do mundo do trabalho, o dinamismo dos conceitos e práticas de educação e a reconfiguração do modelo assistencial de saúde, estão influenciando a abertura de espaços para a formulação e a ampliação de processos formativos destinados à qualificação e ao desenvolvimento de habilidades e competências profissionais.¹⁸

Dentre os estudos analisados (quadro 1), evidenciou-se que a formação de odontólogos, no campo da saúde da comunidade, tem sido considerada eficaz na melhoria da competência dos estudantes; seja quanto ao pensamento crítico, profissionalismo, comunicação e habilidades interpessoais, dentre outros domínios; sendo capaz de desenvolver força de trabalho valorizando o serviço comunitário.¹⁹ Nesta mesma perspectiva, dentre os estudos encontrados constatou-se que mudanças no currículo de formação desses profissionais, cultivando a responsabilidade profissional, foram eficazes aumentando o grau de atitude dos estudantes.

Na literatura nacional e internacional a competência é vista como a capacidade do profissional em empregar uma complexa interação de conhecimentos, atitudes e habilidades para realizar uma atividade. A construção de competência significa estabelecer diretrizes de responsabilidade do odontólogo que baseado em conhecimentos, habilidades e atitudes que, mobilizados de forma complementar com as de outros profissionais, contribuirão para reorientar o processo de trabalho e construir novas práticas sociais, inclusive no campo da atenção primária.²⁰

A necessidade de habilidades aprimoradas e atitudes mais profissionais também são evidências dentre os estudos desta pesquisa de revisão da literatura; conforme se pode observar nas transcrições anteriormente apresentadas.

Pesquisadores avaliaram a preparação dos graduados em farmácia para prática profissional, a partir da análise dos padrões de competência. Isto nos leva à compreensão de que a análise das competências mediante padrões e critérios bem definidos, ajudam a mensurar o desempenho, os conhecimentos, atitudes e capacidades do estudante, delineando assim, o seu perfil do profissional.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares para a formação do graduando em farmácia, preconizam uma organização pedagógica que consolide o desenvolvimento das competências, habilidades e atitudes que contribua para aprendizagens significativas dos estudantes e para aproximar a prática pedagógica da realidade profissional, buscando a integração ensino serviço-comunidade;²¹ ao mesmo tempo proporciona aos estudantes sua inserção em cenários da formação na Atenção Primária à Saúde.

A noção de competência deve orientar a mudança dos conteúdos de ensino, da organização dos modos de comunicação de saberes e das formas de avaliá-los, devendo ser explorada em seus limites ainda imprecisos, entendendo-se que a competência não é determinada isoladamente pelo profissional, paciente ou cenários de práticas, mas, sim, pela interação dinâmica entre eles.²²

Neste estudo, competências, conhecimentos, atitudes e habilidades, também estiveram presentes na formação em saúde em cursos relacionados à práticas integrativas; e embora saibamos que estas abordagens temáticas caracterizam conteúdos teóricos e práticos na educação médica coreana, local onde o estudo aqui referido (e evidenciado no quadro 1) foi realizado, reconhecemos que o desenvolvimento de competências essenciais pelos profissionais, frente a essas práticas de cuidados se configura como práticas de cuidados primários, uma vez que buscam prevenir agravos, promover, manter e recuperar a saúde.

Ressalte-se que no Brasil desde 2006, com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS,²³ tem havido incentivos e valorização à formação capacidade de saúde com competências para o desenvolvimento de práticas integrativas e complementares em saúde; e a PNPIC dentre as diretrizes, estabelece a sua inserção em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Primária à Saúde.

Dentre as competências do profissional, a PNPIC preconiza que o mesmo deve atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da Estratégia Saúde da Família; de modo a atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo.

A formação por competências implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com as situações, os problemas e os dilemas da vida real.²²

Destarte, acreditamos que processos formativos em saúde que instituem mudanças pautadas na formação por competências e que reconheçam a APS como um espaço privilegiado de formação, uma vez que se caracteriza como porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, poderão corroborar na ampliação de conhecimentos que ao serem concebidos ao longo da formação conduzirão os futuros profissionais a atitudes e compromisso ético, técnico, político e social; sendo potencialmente capazes de impactar mudanças no cotidiano do trabalho e saúde e nas comunidades.

3.1.2. Educação e Aprendizagem Interprofissional em Saúde

Transcrições extraídas de estudos apresentados nos resultados desta pesquisa, nos relevam que a educação interprofissional vem sendo um debate presente no ensino em saúde. Em pesquisas relacionadas no quadro 1, os autores evidenciam que experiências de aprendizagem são desenvolvidas na atenção aos cuidados primários de saúde, identificando que os estudantes revelam a importância de trabalhar com outras profissões, afirmando apresentarem potencial de melhores resultados em experiências colaborativas.

Neste estudo de revisão, identificamos experiências que analisa o desenvolvimento da educação interprofissional baseado em comunidade, evidenciando mudanças na percepção dos estudantes, estando estas mudanças relacionadas a diferentes competências; e em consonância com outras iniciativas que utilizam essa abordagem de ensino, revelando ainda, mudanças positivas relacionadas ao trabalho em equipe, competências e capacidade de participar da solução e decisão compartilhadas de problemas.

A partir das análises estudos supramencionados, os trechos transcritos corroboraram na identificação da “Educação e Aprendizagem Interprofissional em Saúde”, como núcleos de sentidos para discussão neste artigo.

Seguem as transcrições:

“...diferença significativa na escala EIPS encontrada nos subgrupos de competência e autonomia profissional e necessidade percebida de competência profissional...”

“...ambiente colaborativo em que os alunos tiveram a oportunidade de aprender sobre as profissões uns dos outros.”

“...descobertas [...]alinhas com [...]iniciativas de EIP baseadas na comunidade e apoiam a expansão dos esforços de EIP ...”

A Educação Interprofissional (EIP) corrobora para a valorização das competências na formação dos profissionais de saúde, uma vez que a *“Educação Interprofissional (EIP), se compromete com o desenvolvimento de três competências - competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas, ou seja, o respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas.”*²⁴

A EIP é uma influência determinante na demanda por mudanças na educação das profissões da saúde; e partindo do pressuposto de que esta abordagem de ensino facilita o cuidado colaborativo, todos os programas de educação das profissões da saúde ao adotarem a educação interprofissional, estão trabalhando para criar oportunidades para os alunos aprenderem “com, de e sobre os outros” de maneira significativa.²⁵

A necessidade de fortalecer os sistemas de saúde com base nos princípios da atenção primária à saúde se tornou um dos desafios mais urgentes para os formuladores de políticas, profissionais de saúde, gestores e comunidades em todo o mundo. Neste sentido, governantes mundiais estão buscando soluções inovadoras e transformadoras do sistema, que assegurem a disponibilidade, a variedade e a distribuição adequada da força de trabalho de saúde. E asseguram que uma das soluções mais promissoras reside na colaboração interprofissional.²⁶

A Organização Mundial de Saúde (OMS) através do Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa publicado em 2010, reconhece que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e com dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde não atendidas.²⁶

A OMS destaca que a força de trabalho de saúde atual e futura é desafiada a prestar serviços de saúde frente a problemas de saúde cada vez mais complexos; e considera que a colaboração interprofissional em educação e prática como uma estratégia inovadora

desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde. Ressalta que a prática colaborativa fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde.

O cuidado/prática interprofissional (ou colaborativa) ocorre quando vários profissionais de saúde de diferentes formações fornecem serviços de saúde abrangentes, trabalhando com pacientes, suas famílias, cuidadores e comunidades para oferecer a mais alta qualidade de atendimento em todos os ambientes.¹³

Considerando os antecedentes, perspectiva histórica, tendências e barreiras à implementação da EIP em países desenvolvidos como Estados Unidos, Reino Unido e em países em desenvolvimento da Associação para a Cooperação Regional da Ásia do Sul (SAARC), autores ressaltam que o principal objetivo do programa de EIP é desenvolver atitudes, habilidades, conhecimentos e comportamentos essenciais para a prática colaborativa; enfatizando que nos países desenvolvidos, diferentes modelos de EIP foram incorporados com sucesso nos currículos de seus programas de graduação.²⁷

No Brasil, as Práticas Colaborativas Interprofissionais (PCI) têm sido uma preocupação do processo formador, buscando o fortalecimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes curriculares de vários cursos da saúde apontam para a necessidade de aprendizagem do trabalho em equipe colaborativa. A literatura que respalda os estudos sobre a EIP traz uma quantidade razoável de evidências sobre os impactos da eficácia e eficiência desta prática à curto prazo.²⁸

Neste sentido o Ministério da Saúde em parcerias com o Ministério da Educação vem instituindo políticas indutoras de mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação na área da saúde, em Universidades Públicas Brasileiras, e mais recentemente, implementou o PET-Saúde Interprofissionalidade, que dentre outras disposições, busca fortalecer a *“qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde - SUS e as instituições de ensino, de modo a promover a Educação Interprofissional - EIP e as Práticas Colaborativas em Saúde”*.²⁹

Essas iniciativas têm fortalecido a inserção dos estudantes dos cursos de graduação da área de saúde, em experiências da formação em cenários da Atenção Primária à Saúde.

4. CONCLUSÃO

Observando as distintas características apresentadas em cada estudo, constata-se que as populações estudadas foram constituídas por sujeitos de diferentes áreas da formação em saúde; e dentre estes incluem-se estudantes, profissionais, educadores e preceptores de campos de estágio e treinamentos práticos. As abordagens metodológicas adotadas, compreendendo métodos qualitativo e quantitativo; e métodos mistos da pesquisa em saúde; bem como, artigos de opinião; evidenciam diferenças de métodos utilizados pelos pesquisadores nas suas investigações.

Constata-se que há importantes semelhanças dentre os estudos analisados, qual seja; a ênfase e a valorização na análise do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde em formação; revelando que os domínios predominantes foram dentre outros, habilidades, atitudes, conhecimentos; e em alguns achados, as habilidades de comunicação interpessoal, competência cultural e pensamento crítico foram evidências relatadas pelos autores.

Considera-se, portanto, que essas semelhanças observadas, na nossa compreensão se constituem em características fundamentais em um processo de ensino aprendizagem, e corroboram com a formação de perfis profissionais de saúde com capacidades de análises dos problemas do indivíduo e da coletividade nos serviços de saúde e nas comunidades; o que favorece à prática do cuidado em saúde.

Ressalte-se que semelhanças importantes também observadas, são que as pesquisas internacionais nos levam a concluir que a Educação Interprofissional (EIP) vem sendo cada vez mais presente no ensino em saúde; e neste caso em particular, ensinamentos voltados para a formação com atuação no campo dos cuidados primários/atenção primária à saúde; e esta é uma abordagem de ensino que reafirma, fortalece e qualifica o processo de formação, que para além do uso das competências específicas de cada área profissional, valoriza o desenvolvimento de competências comuns a todas as profissões, e competências colaborativas, mediante um verdadeiro trabalho em equipe com planejamento participativo, num movimento de redes colaborativas.

É válido destacar que neste estudo de revisão, observou-se que alguns países como os Estados Unidos, Nova Zelândia, Japão e outros, embora seus serviços de saúde não estejam organizados tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, vêm desenvolvendo pesquisas relacionadas à formação dos profissionais de saúde com ênfase aos cuidados primários e saúde comunitária; o que denota a preocupação em

formar profissionais com competências e habilidades requeridas para sua atuação na perspectiva da promoção de saúde e prevenção de agravos.

Um enfoque diferente e que se considera inovador foi a evidência de análises de estudos sobre abordagens pedagógicas com conteúdos que na visão dos autores são entendidos críticos a serem ofertados aos alunos, a exemplo do tema que versa sobre “violência por parceiros íntimos”.

Na nossa compreensão, esta é uma abordagem de fundamental importância para o ensino em saúde, notadamente para a formação no contexto da APS, e que, portanto, entendemos que temas como esses sejam cada vez mais valorizados uma vez que representam uma questão importante de saúde pública; o que, sem dúvidas, nos remete a uma problemática que confere o cuidado e atenção dos profissionais da APS; sendo ao nosso olhar, necessária sua abordagem no contexto da formação dos profissionais.

Por fim, registra-se que em nossa busca bibliográfica para o Scoping Review, não foi identificado nenhum estudo realizado no Brasil, no entanto, foram verificadas experiências científicas de outros países, publicadas em periódicos nacionais. O conhecimento e as experiências acadêmicas dos autores deste artigo reconhecem que em nosso país, já existem experiências de ensino em saúde, com ênfase na APS; inclusive com políticas indutoras de mudanças fomentando a EIP; ressaltando-se que as atuais DCNs para os cursos de graduação em saúde vêm reorientando a formação nestas perspectivas.

5. REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO; Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [on line]. Recife. 11 (3): 323-334 jul. /set.
3. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008; 24 (sup.1): S7-S27.
4. Sousa MF. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes. 2014; 40-77.

5. Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. In: Programa saúde da família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. 2007.
6. - Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007; v (21):164-76. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>. Acesso em maio de 2020.
7. - Kemper ES, Tasca R, Harzheim E, Jiménez JMS, Hadad J, Sousa MF. Cobertura Universal em Saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018; v (42): e1.
8. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. J Ambul Care Manage. 2009; 32 (2):150-71. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19305227/>. Acesso em maio de 2020.
9. Ascef BO. Rayyan Systematic Reviews. Disponível em: <https://prezi.com/fh0lwxdlxnu4/rayyan-for-systematic-reviews/> Acesso em março de - 2020.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições; 2011. 70 ed.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 2014; 14ed.
12. Blue CM. Cultivating professional responsibility in a dental hygiene curriculum. Rev. Bras. de Odontologia. 2013; 77 (8): 1042-1051.
13. Cerra FB, Brandt BF. The increasing integration of health professions Education. Chapter 9. In.: The transformation of academic health centers: Facing the challenges of the changing healthcare landscape. Elsevier BV. 2015. p. 81-90. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128007624000098>. Acesso em maio de 2020.
14. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Rev. Bras. de Educação Médica. 2016; 40 (4): 547-559. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>. Acesso em maio de 2020.
15. Peixoto MT, Jesus WLA, Carvalho RC, Assis MMA. Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. Interface, Botucatu. 2019; 23 (Supl. 1): 1-14. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/pt_1807-5762-icse-23-s1-e170794.pdf. Acesso em maio de 2020.

16. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A Formação de Profissionais da Saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 2007; Abr/Jun, 12 (2): 236-40. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9829>. Acesso em maio de 2020.
17. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
18. Costa RKS, Miranda FAN. Formação Profissional no SUS: Oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde.* nov. 2008/fev.2009; 6 (3): 503-517. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462008000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em maio de 2020.
19. Nayar P, McFarland K, Brian L, Ojha D, Chandak A. Supervise dentists' perspectives on the effectiveness of community dental education. *Rev Bras. de Odontologia.* 2014; 78 (8): 1139-1144. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25086146/>. Acesso em abril de 2020.
20. Gontijo LPT. Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde [Tese]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-10052007-135113/publico/LilianeTannusContijo.pdf>. Acesso em maio de 2020.
21. Brasil MEC. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Brasília. 2017; 202 (1): 30. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19363913/do1-2017-10-20-resolucao-n-6-de-19-de-outubro-de-2017-19363904. Acesso em maio de 2020.
22. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MECC. Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2013; 37 (4): 526-539. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n4/a08v37n4.pdf>. Acesso em maio de 2020.
23. Brasil MS. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em maio de 2020.
24. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS.* 2012; 2: 25-28.
25. Stevenson KA, Peyre SE, Noyes KI, Berk BC. The Change in Patient Care. Chapter 20. In.: Wartman SA. The transformation of academic health centers: Facing the challenges of the changing healthcare landscape. Elsevier BV; 2015. p.203-211. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128007624000207?via%3Dihub>. Acesso em maio de 2020.

26. OMS. Organização Mundial da Saúde. Rede de Profissões de Saúde. Enfermagem & Obstetrícia. Genebra, Suíça. www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf. Acesso em maio de 2020.
27. Khan TM; Bukhsh A. Pharmacy Interprofessional Education: Case Study Review. Chapter 19. In.: [Pharmacy Education in the Twenty First Century and Beyond](#): Global achievements and challenges. Elsevier BV, 2018, p. 311-323. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/interprofessional-education>. Acesso em maio de 2020.
28. Corrêa CPS, Ezequiel OS, Lucchetti G. Análise do impacto do ensino das competências interprofissionais através de diferentes estratégias educacionais em graduandos da área de saúde. JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care. 2017; 8 (3): 55-56. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/621>. Acesso em maio de 2020.
29. Brasil MS. Edital N° 10, 23 de julho 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. Diário Oficial da União. 2018; 141 (3): 78. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037. Acesso em maio de 2020.

6.2 ARTIGO 2

Modelos de formação para a atenção primária à saúde: evidências no contexto do ensino de enfermagem

Enfermagem em Foco, v. 12, n. 7, supl. 1, p. 42-48

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5205

Artigo de Revisão

Modelos de Formação para a Atenção Primária à Saúde: evidências no contexto do Ensino de Enfermagem

Training Models for Primary Health Care: evidence in the context of Nursing Education

Modelos de formación para la Atención Primaria de Salud: evidencia en el contexto de la Educación en Enfermería

RESUMO

Objetivo: Analisar modelos de formação de enfermeiros e enfermeiras, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, a partir de evidências da literatura nacional e internacional, considerando publicações do período compreendido entre 2009 a 2019. **Método:** Revisão bibliográfica do tipo *Scoping Review*. As bases de dados selecionadas foram: PubMed; BVS; ProQuest; EMBASE e Scielo; utilizou-se como estratégia de busca ("Health Workforce" OR "Aptitude" OR "Professional Competence") AND (Models, Educational OR "Health Human Resource Training"). Considerou-se como critérios de inclusão artigos publicados entre 2009-2019, idiomas português, inglês, francês e espanhol. E como critérios de exclusão: ausência de resumos, artigos duplicados e não relacionados à formação de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Resultados:** Foram identificados 369 artigos e após leitura na íntegra obteve-se 28 que discutiam a formação de saúde para a atenção primária, envolvendo as diferentes profissões. Dentre estes, 07 estavam relacionados à formação em enfermagem para a APS, sendo encontrados em duas bases de dados - BVS e ProQuest. Analisando o nível de evidências dos estudos observou-se a predominância do nível de evidências VII, classificando-os como estudos oriundos de relatório de comitês de especialistas. Mediante Análise de Conteúdo, foi classificada como categoria temática: "Ensino de Enfermagem - Formação e consciência crítico-política para atuação na APS". E como núcleos de sentidos definiu-se: "Educação Interprofissional em Saúde"; "Consciência profissional, crítica e política"; e "Competências resolutivas para problemas de saúde pública". **Conclusões:** As evidências deste estudo buscam reafirmar o fortalecimento e a implementação da Educação Interprofissional, reconhecendo-a como uma abordagem de ensino que qualifica o processo de formação em enfermagem, valorizando as competências colaborativas. Ademais, conclui-se que há uma importante preocupação dos pesquisadores, de que o ensino de Enfermagem se desenvolva na perspectiva da formação onde os estudantes sejam capazes de construir uma consciência profissional crítico-política para atuação na APS, com capacidade resolutiva para problemas de saúde pública, a partir das competências adquiridas.

DESCRITORES Atenção Primária à Saúde; Formação em Saúde; Ensino de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze models for training nurses and nurses, with an emphasis on Primary Health Care, based on evidence from national and international literature, considering publications from the period between 2009 and 2019. **Method:** Scoping Review literature review. The selected databases were: PubMed; VHL; ProQuest; EMBASE and Scielo; it was used as a search strategy ("Health Workforce" OR "Aptitude" OR "Professional Competence") AND (Models, Educational OR "Health Human Resource Training"). Articles published between 2009-2019, in Portuguese, English, French and Spanish were considered as inclusion criteria. And as exclusion criteria: absence of abstracts, duplicate articles and not related to nursing education in Primary Health Care. **Results:** 369 articles were identified and after reading in full, 28 were obtained that discussed health education for primary care, involving the different professions. Among these, 07 were related to nursing education for PHC, being found in two databases - BVS and ProQuest. Analyzing the level of evidence in the studies, the predominance of the level of evidence VII was observed, classifying them as studies originating from reports by expert committees. Through Content Analysis, it was classified as the thematic category: "Nursing Education - Training and critical-political awareness for working in PHC". And as nuclei of meanings were defined: "Interprofessional Education in Health"; "Professional, critical and political conscience"; and "Resolving competences for public health problems". **Conclusions:** The evidence in this study seeks to reaffirm the strengthening and implementation of Interprofessional Education, recognizing it as a teaching approach that qualifies the nursing education process, valuing collaborative skills. Furthermore, it is concluded that there is an important concern of researchers, that nursing education is developed from the perspective of training where students are able to build a critical-political professional awareness to work in PHC, with resolving capacity for health problems on the basis of acquired skills.

DESCRIPTORS Primary Health Care; Health Training; Nursing education.

RESUMEN

Objetivo: Analizar modelos para la formación de enfermeras y enfermeras, con énfasis en Atención Primaria de Salud, con base en la evidencia de la literatura nacional e internacional, considerando publicaciones del período comprendido entre 2009 y 2019. **Método:** Revisión de la literatura Scoping Review. Las bases de datos seleccionadas fueron: PubMed; VHL; ProQuest; EMBASE y Scielo; se utilizó como estrategia de búsqueda ("Fuerza Laboral de la Salud" O "Aptitud" O "Competencia Profesional") Y (Modelos, Educativos O "Capacitación de Recursos Humanos en Salud"). Se consideraron como criterios de inclusión los artículos publicados entre 2009-2019, en portugués, inglés, francés y español. Y como criterios de exclusión: ausencia de resúmenes, artículos duplicados y no relacionados con la formación de enfermería en Atención Primaria de Salud. **Resultados:** se identificaron 369 artículos y luego de la lectura completa se obtuvieron 28 que discutían la educación en salud para la atención primaria, involucrando a las diferentes profesiones. Entre estos, 07 estaban relacionados con la formación en enfermería para la APS, encontrándose en dos bases de datos: BVS y ProQuest. Analizando el nivel de evidencia en los estudios, se observó el predominio del nivel de evidencia VII, clasificándolos como estudios provenientes de informes de comités de expertos. A través del Análisis de Contenido, se clasificó en la categoría

temática: “Educación en Enfermería - Formación y conciencia crítico-política para el trabajo en APS”. Y como núcleos de significados se definieron: “Educación Interprofesional en Salud”; “Conciencia profesional, crítica y política”; y “Competencias resolutivas para problemas de salud pública”. **Conclusiones:** La evidencia en este estudio busca reafirmar el fortalecimiento e implementación de la Educación Interprofesional, reconociéndola como un enfoque de enseñanza que califica el proceso de formación en enfermería, valorando las habilidades colaborativas. Además, se concluye que existe una preocupación importante de los investigadores, que la educación en enfermería se desarrolle desde la perspectiva de la formación donde los estudiantes sean capaces de construir una conciencia profesional crítico-política para trabajar en la APS, con capacidad resolutiva de problemas de salud en base a de habilidades adquiridas.

DESCRIPTORES Atención Primaria de Salud; Capacitación en salud; Educación en enfermería.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação e a base de ordenamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), constituindo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para a reorganização do SUS e implementação na comunidade.¹

Nesse contexto, em 2006, registou-se a primeira publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual foi reeditada, alcançando a sua terceira edição em 2017². A PNAB destaca diretrizes que norteiam o atendimento em nível APS, como a regionalização, territorialização, resolutividade, longitudinalidade, presença de população adscrita e coordenação do cuidado.³

O seguimento destas diretrizes, associado a oferta do cuidado de saúde integral está diretamente relacionada às condições de formação profissional, circundada, muitas vezes, por um modelo de ensino hospitalocêntrico e com enfoque biomédico, direcionado somente às patologias, podendo tornar-se uma conseqüente lacuna para o desempenho de ações futuras na APS.⁴

A APS, é considerada como um espaço privilegiado de formação para os profissionais de saúde, caracterizada como o primeiro nível de atenção em saúde, acolhendo os usuários e famílias, buscando estabelecer vínculos e responsabilização por meio da atenção individual e coletiva.⁵

Dessa forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos da área de saúde, tornam-se relevantes para a ruptura de currículos rígidos e individualistas e para a implementação de novas metodologias de ensino, visando o desenvolvimento de competências que abrangem diversos cenários de atuação, irrestritos ao contexto

hospitalar, e contribuem para a formação de profissionais qualificados e autônomos.⁶ Entende-se que as DCNs, além de buscarem contribuir na perspectiva da formação de profissionais qualificados e autônomos, preconizam também, que o ensino em saúde e na enfermagem promovam a formação de sujeitos crítico-reflexivos e resolutivos diante dos problemas vivenciados na sociedade.

Vale destacar que no âmbito da APS, a Enfermagem ocupa papel central para a consolidação e reestruturação do modelo de atenção à saúde, portanto, neste sentido, mudanças nas DCNs são necessárias para proporcionar a formação de enfermeiros e enfermeiras que possam contribuir efetivamente ao sistema de saúde e à atenção primária.⁷

Nessa perspectiva, a partir da Resolução nº 574, de 31 de janeiro de 2018, tem-se a aprovação do Parecer Técnico nº 28/2018, que contém recomendações para novas DCNs para o curso de graduação em Enfermagem. Entre as recomendações, de forma a viabilizar o desenvolvimento de habilidades voltadas para a APS, inclui-se a exigência de distribuição da carga horária do Estágio Curricular Supervisionado, sendo este um componente obrigatório na formação de enfermeiros e enfermeiras, com uma carga horária mínima de 50% de vivências na APS.¹ Esta obrigatoriedade vem reafirmar a importância dos estudantes de graduação em Enfermagem vivenciarem ao longo de sua formação o cotidiano dos serviços da APS, em um contexto que permite também, a sua inserção nos territórios, buscando compreender os modos de vida do indivíduo, família e comunidades, como estratégia fundamental para o ato de cuidar.

Os cursos de Graduação de Enfermagem no Brasil, abrangem competências direcionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças, atividades de gerenciamento e técnicas de Enfermagem, contudo, ações como solicitação de exames e prescrição de medicamentos protocolados são pouco exploradas e se fazem necessárias no cotidiano da APS,⁸ considerando o perfil profissional interdisciplinar e crítico-reflexivo requisitado pela APS.⁹

Pelo exposto, o presente artigo objetiva analisar modelos de formação de enfermeiros e enfermeiras, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, a partir de evidências da literatura nacional e internacional, considerando publicações do período compreendido entre 2009 e 2019.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo *Scoping Review*. Constituiu-se em um recorte de um estudo que partiu da seguinte questão norteadora: *Com base nas produções científicas o que tem sido estudado sobre os modelos de formação dos profissionais de saúde com ênfase à Atenção Primária de Saúde, nos diferentes países, no período compreendido entre 2009 e 2019?*

As bases de dados selecionadas para a busca bibliográfica foram: *PubMed*; *BVS*; *ProQuest*; *EMBASE* e *Scielo*. Como estratégia de busca adotou-se os seguintes descritores e suas combinações: ("*Health Workforce*" OR "*Aptitude*" OR "*Professional Competence*") AND (*Models, Educational* OR "*Health Human Resource Training*").

A organização das evidências e leitura de título e resumo foram realizadas através do *Rayyan QCRI - Qatar Computing Research Institute* (Instituto de Pesquisa em Computação do Catar). Instituto de pesquisa multidisciplinar, criado em 2010 pela Fundação Catar para Educação, Ciência e Desenvolvimento Comunitário. O *Rayyan QCRI*, caracteriza-se como um aplicativo website que auxilia pesquisadores na metodologia de revisões sistemáticas e/ou meta-análises e tem como vantagens, desenvolver processos mais rápidos e acurados, rigor e transparência; dentre outros.¹⁰

Considerou-se como critérios de inclusão os artigos publicados entre 2009 e 2019, no tema da formação em saúde, idiomas português, inglês, francês e espanhol; tendo sido inicialmente identificados um total de 2.616 artigos e considerando os artigos duplicados (574) como um dos critérios de exclusão obteve-se 2.042. Mediante os demais critérios de exclusão adotados, tais como; ausência de resumos e artigos não relacionados à formação no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS); identificou-se 369 artigos; para os quais fez-se a leitura dos títulos e resumos; e após esta etapa, obteve-se 51 artigos.

A partir da leitura do artigo na íntegra, finalmente foram selecionados 28 artigos. Entretanto, para a análise e discussão no presente estudo, partiu-se da seguinte questão norteadora: "*Considerando os estudos sobre os modelos de formação de profissionais para APS, quais são as evidências científicas com ênfase à formação dos enfermeiros e enfermeiras neste campo de atuação?*". Assim sendo, foram selecionados apenas os artigos que fazem relação com a formação em enfermagem; os quais resultaram em um quantitativo de sete (07) artigos identificados em duas bases de dados (*BVS* e *ProQuest*).

Os resultados, foram explorados através da Análise de Conteúdo^{11,12} na modalidade de análise temática; uma modalidade apropriadamente utilizada nos estudos

com investigações qualitativas em saúde; e que “*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado*”.

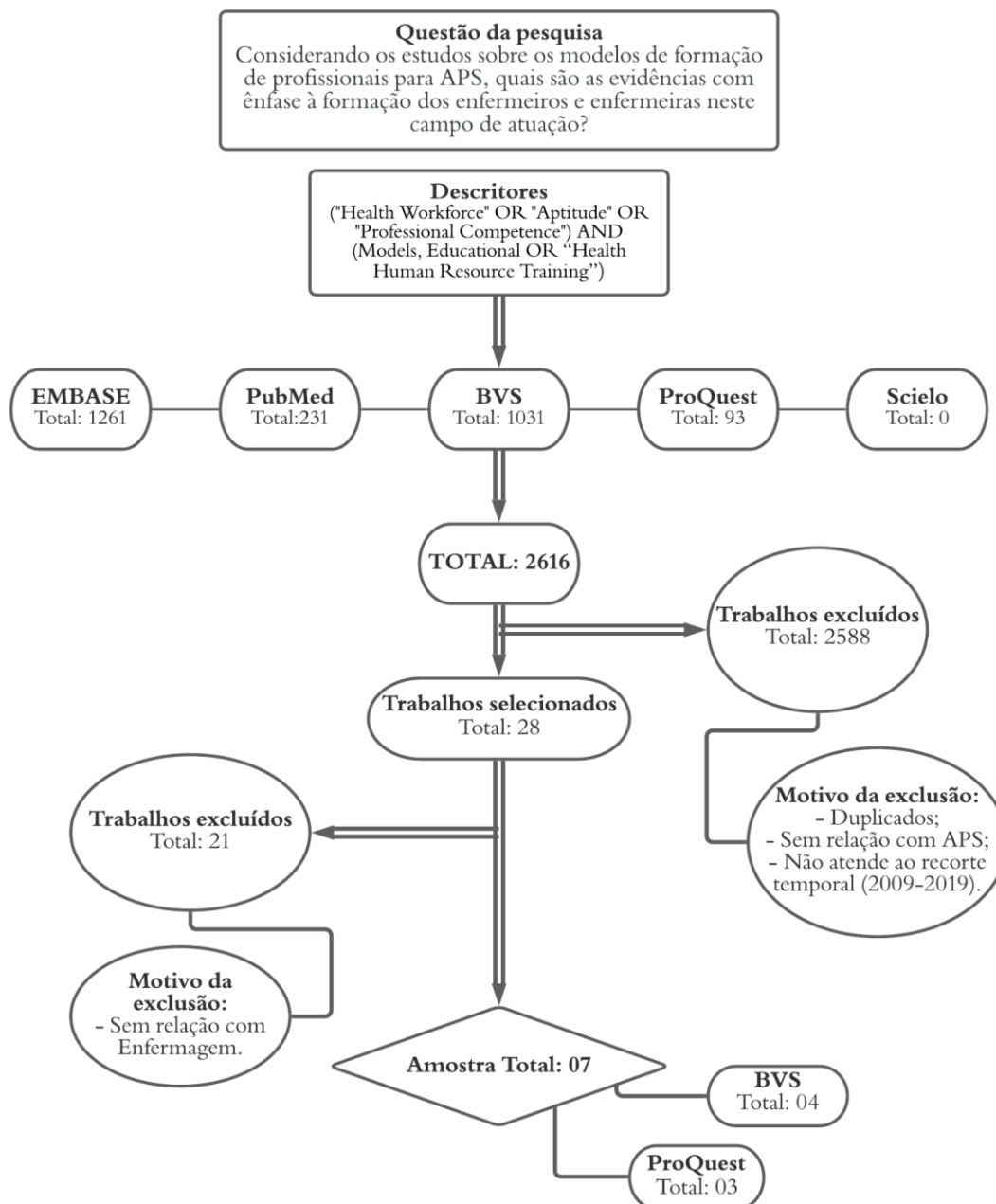
Para a operacionalização da análise temática, desenvolveram-se três etapas: *pré-análise* - determinou a unidade de registro, de contexto, os recortes, forma de categorização, modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais para a orientação da análise; *exploração do material* - que representa a operação classificatória visando o alcance do núcleo de compreensão do texto; e por fim, o *tratamento dos resultados e interpretação*.

Os resultados evidenciados a partir dos diversos estudos analisados, oriundo desta pesquisa de Scoping Review, corroboraram para a elaboração das categorias temáticas. E a partir da observação dos elementos e ideias, poderão ser identificados o tema e os núcleos de sentidos, com base nos estudos analisados, frente à questão norteadora desta pesquisa.

Ressalte-se que este estudo por não representar uma pesquisa envolvendo seres humanos, não houve a necessidade de submissão do projeto e protocolo de pesquisa para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Apresenta-se, a seguir, um fluxograma ilustrativo das diferentes etapas da busca bibliográfica para o Scoping Review.

Figura 1. Fluxograma das etapas da busca bibliográfica para o Scoping Review. Modelos de Formação de Profissionais para a APS. “Evidências no contexto do ensino em Enfermagem



Fonte: Bases de Dados selecionadas para a busca bibliográfica do Scoping Review

3. RESULTADOS

Os processos formativos dos profissionais de saúde para a APS e particularmente no que concerne à formação de enfermeiros e enfermeiras, devem apontar para instituição

de mudanças pautadas por competências que reconheçam a APS, como um campo de atuação profissional, como espaço privilegiado para o cenário da formação, por se considerar que a APS representa a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde. Deste modo, acreditamos que dentre outros aspectos, este é um cenário de práticas pedagógicas que corrobora na ampliação de conhecimentos; conhecimentos estes, que ao serem concebidos ao longo da formação conduzirão estes futuros profissionais de enfermagem - enfermeiros e enfermeiras, a atitudes e compromisso ético, técnico, político e social; tornando-os potencialmente capazes de impactar mudanças no cotidiano do trabalho em saúde e nos modos de vida das comunidades.

Os resultados deste estudo, apresentados no quadro a seguir (Quadro 1), relacionam as evidências advindas de diferentes pesquisas realizadas em distintos países e que buscam discutir a formação de enfermeiros e enfermeiras com ênfase à Atenção Primária à Saúde (APS).

Para melhor caracterizá-las, as pesquisas aqui apresentadas estão distribuídas considerando: as bases de dados de identificação da pesquisa; autor, ano e título da publicação; país de realização da pesquisa; objetivos; população; desenho do estudo; resultados; síntese conclusivas dos autores sobre as pesquisas realizadas.

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação de Enfermeiros e Enfermeiras com ênfase à APS; identificados em diferentes países - recorte temporal 2009 - 2019. (Continua)

Base de Dados	Periódicos	Autor, Ano e título	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo	Considerações dos Autores (Síntese Conclusivas)	Nível de Evidência ¹
BVS	Journal of Interprofessional Care ⁸	Stubbs C, Mavis NS, Leavell JP, Espiritu EW, Davis G, Gentry CK, Friedman E, Patton T, Graham A, Crowder R, Wilkins CH (2017) <i>Implementação e avaliação de um programa piloto de educação interprofissional, interinstitucional e de base</i>	Estados Unidos da América (EUA)	Desenvolver um programa IPE baseado na comunidade que permitia que os alunos se envolvessem em atividades interprofissionais significativas, enquanto os expunham a determinantes sociais da saúde.	Trinta estudantes de dez profissões, incluindo Enfermagem.	Quantitativo	30 estudantes participaram da pesquisa; Nas categorias sobre trabalhar com outros profissionais, no conforto, valores, e de percepção de si aumentaram (CWO: z = -4,11, p <0,0001; VWO: z = -3,41, P = 0,001; SPA: z = -2,79, p = 0,005); assim, o programa foi avaliado, pelos alunos, como melhora no conhecimento dos determinantes sociais em saúde.	Os autores apoiam a expansão de programas de iniciação de educação interprofissional com base na comunidade.	Nível II

⁸ Segundo Melnyk e Fineout-Overholt, 2005, os níveis de evidências científicas podem ser classificados em: evidências: Nível I - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II - evidências derivadas de pelo menos um ensaio randomizado controlado bem delineado; Nível III - evidências obtidas de ensaios bem delineados sem randomização; Nível IV - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V- evidências originárias de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII- evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

		<i>comunitária</i> 13							
BVS	Nurse Educator	Hahn J. <i>Integrando profissionalismo e consciência política ao currículo.</i> 14	Estados Unidos da América (EUA)	Fornecer aos alunos de Enfermagem uma visão profissional e uma consciência política sobre questões de políticas de saúde.	Alunos de enfermagem	Qualitativo	Método econômico feito com sucesso para nivelar os tópicos entre o bacharelado e o doutorado; Maior interesse dos alunos em política de assistência médica; Interesse em investir em <i>advocacy</i> .	Os autores apontam que é uma obrigação profissional a pedagogia da consciência profissional e política; A mídia tem ajudado no conhecimento de políticas de assistência à saúde.	Nível VII

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos Enfermeiros e Enfermeiras com ênfase à APS; identificados em diferentes países - recorte temporal 2009 - 2019. (*Continuação*).

Base de Dados	Periódicos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo	Considerações dos Autores (Síntese)	Nível de Evidência
BVS	J. Nurse Educ Today	Tufts KA, Clements PT, Karlowicz KA. (2009). <i>Integração do conteúdo de violência por parceiro íntimo nos currículos: Desenvolvimento de uma nova geração de</i>	Estados Unidos da América (EUA)	Integrar conteúdo de violência por parceiro íntimo (VPI) nos currículos para o desenvolvimento de educadores de enfermagem.	Enfermeiros educadores	Artigo de opinião	Educar futuros enfermeiros educadores sobre a VPI, no entanto, apresenta desafios, pois a maioria das enfermeiras não têm consciência da VPI como um problema de saúde pública, possui conhecimento limitado e crenças errôneas sobre a VPI e é inexperiente no cuidado com sobreviventes da VPI.	Fornecer educação formal e treinamento em um* ambiente de suporte para melhorar o conhecimento e as habilidades dos Enfermeiros Educadores sobre VPI, ajudando-os a examinar os benefícios e as limitações de várias abordagens pedagógicas para ensinar esse conteúdo crítico aos alunos.	Nível VII

		<i>educadores de enfermagem.</i> ¹⁵							
BVS	Currents in Pharmacy Teaching and Learning (Elsevier)	Patel K, Desai U, Paladine H. (2018) <i>Desenvolvimento e implementação de uma experiência interprofissional de aprendizagem em farmacoterapia durante uma rotação avançada da prática de farmácia na atenção primária.</i> ¹⁶	Estados Unidos da América (EUA)	Descrever um programa de educação interprofissional entre estudantes de farmácia, medicina e enfermagem durante uma eletiva de rotação clínica de cuidados primários.	Estudantes de farmácia, medicina e enfermagem	Qualitativo e Quantitativo	56 formulários de Escala de Percepção da Educação Interprofissional; Diferença significativa encontrada nos subgrupos: competência e autonomia profissional; e necessidade percebida de competência profissional. Tendência de comunicação respeitosa entre os alunos; ambiente colaborativo, oportunidade de aprender sobre as profissões uns dos outros.	Os autores apontam que programas que influenciam a interação dos alunos podem ser benéficos e levar a melhor colaboração; e apontaram que vão continuar o programa como base para outras atividades.	Nível VII

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos Enfermeiros e Enfermeiras com ênfase à APS; identificados em diferentes países - recorte temporal 2009 - 2019. (*Continuação*).

Base de Dados	Periódicos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo	Considerações dos Autores (Síntese)	Nível de Evidência
ProQuest	J. Nursing Education	Logan JE, CD de Pauling, Franzen DB (2011). <i>Desenvolvimento de políticas de saúde: um modelo de análise crítica.</i> ¹⁷	Estados Unidos da América (EUA)	Descrever uma abordagem em fases para ensinar aos alunos de bacharelado em análise crítica da política de assistência à saúde, incluindo o aprimoramento da política existente ou a base para criar uma nova política.	Estudantes de Enfermagem e Docentes de Enfermagem.	Qualitativo	O Modelo de Análise Crítica Grand View abrange cuidados de saúde que se somam a quatro fases: foco político; análise de colegas; análise de práticas baseadas em evidências e análise e desenvolvimento de políticas. Depoimentos de discentes e docentes afirmam a importância da inserção desse Modelo no contexto acadêmico.	Os autores indicam que o Modelo de Análise Crítica estudado pode ser implementado na política de ensino de saúde nos programas de graduação e pós-graduação em Enfermagem, envolvendo e orientando os alunos no contexto político. Além disso, pode ser utilizado como guia	Nível I

								para docentes novatos e como um novo método educativo para docentes experientes.	
ProQuest	J. Nursing Education	O'Brien-Larivée C. (2011). <i>Uma experiência de aprendizagem de serviços para ensinar alunos de enfermagem de bacharelado sobre política de saúde.</i> 18	Canadá	Facilitar o aprendizado dos estudantes de enfermagem sobre políticas públicas saudáveis, imergindo-os em uma experiência de aprendizado de serviço no mundo real.	Estudantes de graduação em Enfermagem	Qualitativo	Por meio da estratégia de aprendizagem utilizada, os alunos avaliaram os determinantes de saúde, planejaram uma estratégia de promoção à saúde e desenvolveram ações na defesa de políticas públicas saudáveis vinculadas à população. A estratégia recebeu nota 8 pelos alunos, sendo 10 a mais alta, identificando sua importância para a compreensão do conceito de justiça social, determinantes da saúde e do processo de política.	O aprendizado direcionado a defesa de direitos, justiça social, política e determinantes de saúde contribuem para a formação de enfermeiros questionadores e preparados para assumir os papéis de liderança que a profissão demanda.	Nível VI

Quadro 1 – Características dos estudos relacionados à formação dos Enfermeiros e Enfermeiras com ênfase à APS; identificados em diferentes países - recorte temporal 2009 - 2019. (*Continuação*).

Base de Dados	Períodos	Autor (Ano) e "título"	País	Objetivos	População	Desenho do Estudo	Resultados do Estudo	Considerações dos Autores (Síntese)	Nível de Evidência
ProQuest	J. Nursing Education	McMillan LR, Raines K. (2010). <i>Dirigido na direção da "escrita": Publicação de estudantes de Enfermagem e Promoção da Saúde na Comunidade</i> . ¹⁹	Estados Unidos da América (EUA)	Incorporar uma tarefa de redação significativa como parte de um curso de desenvolvimento profissional de nível júnior, integrando-a à promoção e educação em saúde.	Estudantes de graduação em Enfermagem	Qualitativo	Os alunos foram estimulados a escreverem e publicarem textos relacionados à promoção da saúde em um jornal local, denominado <i>The Auburn Villager</i> . Em geral, os alunos sentiram-se orgulhosos em publicarem seus textos autorais e praticarem a escrita, viabilizando o desenvolvimento e consequente melhora da comunicação.	Os autores consideram a escrita eficaz vital para a prática de Enfermagem, sendo uma forma de comunicação utilizada na documentação do cuidado, escrita acadêmica e de promoção de saúde, sendo assim, o estímulo à escrita se faz essencial na graduação de Enfermagem.	Nível VI

Fonte: Bases de Dados da Literatura Científica, BVS e ProQuest.

O quadro 1, demonstrativo dos estudos oriundos da busca bibliográfica, mostra que as pesquisas selecionadas se encontram em duas bases de dados - BVS e *ProQuest*; e totalizam sete estudos, considerando o recorte temporal adotado e a relação com a formação em enfermagem na APS. E dentre estes, quatro foram identificados na BVS e três encontram-se na *ProQuest*.

Em relação aos países onde estudos foram desenvolvidos, verifica-se que predominou os Estados Unidos da América (EUA); e apenas uma das pesquisas foi realizada no Canadá. Quanto ao método, foram utilizadas diferentes abordagens metodológicas (quantitativa; qualitativa; qualitativo e quantitativo; e artigos de opinião), entretanto, há predominância de desenhos de estudos com o método qualitativo. Quando se analisa o nível de evidências dos estudos observa-se que há predominância do nível de evidências VII, classificadas como evidências, oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. Ressalta-se que neste artigo, as evidências dos estudos advêm de relatório de comitês de especialistas.

Analisando as distintas características apresentadas em cada estudo, em alguns deles, constata-se que as populações estudadas incluem como sujeitos da pesquisa não apenas estudantes de enfermagem; consideram também estudantes de diferentes profissões da saúde, notadamente os estudos relacionados a processos formativos com abordagens que valorizam a Educação Interprofissional (EIP). Estas pesquisas foram incluídas para as nossas análises, por compreendermos a importância da valorização da EIP, como modelo de formação de profissionais de enfermagem na APS; esta abordagem de ensino concebe a formação como um processo de ensino aprendizagem pautado nas competências específicas de cada profissão, ao mesmo tempo em que procura instituir o desenvolvimento de competências comuns e competências colaborativas entre os diferentes profissionais em formação; fortalecendo assim, o trabalho em equipe interprofissional.

No que se refere a EIP, exemplifica-se aqui, um dos estudos presente no quadro 1, que analisa experiências de formação interprofissional integrando para além de estudantes de enfermagem, estudantes de outras nove profissões, reunindo portanto, 30 estudantes dentre as 10 profissões componentes do estudo.¹³ Seus autores tiveram por objetivo “desenvolver um programa Educação Interprofissional em Saúde, baseado na comunidade, permitindo aos alunos o envolvimento em atividades interprofissionais significativas, enquanto os expunham a determinantes sociais da saúde”. Os estudantes participantes avaliaram o programa como melhora no conhecimento dos determinantes sociais em saúde. E na opinião dos pesquisadores,

estes programas de iniciação de EIP com base na comunidade devem ser incentivados e expandidos.

Nesta mesma perspectiva, da utilização da EIP, como modelo de formação em saúde para a APS, a partir de uma “Escala de Percepção da Educação Interprofissional”, estudantes de enfermagem, farmácia e medicina, durante uma eletiva de rotação clínica de cuidados primários na APS vivenciaram uma experiência de ensino aprendizagem em farmacoterapia.¹⁶ Além de ter sido observado tendência de comunicação respeitosa entre os alunos; ambiente colaborativo e oportunidade de aprender sobre as profissões uns dos outros diferenças significativas foram encontradas nos subgrupos das categorias: competência e autonomia profissional; e necessidade percebida de competência profissional. Os autores concluíram, dentre outros aspectos, que programas que influenciam a interação dos alunos podem ser benéficos e levar a melhor colaboração entre os diferentes profissionais.

Como se pode observar, os demais estudos relacionados na presente pesquisa de revisão (Quadro 1), os temas abordados no processo de formação de enfermeiros e enfermeiras na APS são: visão profissional e consciência política sobre questões de políticas de saúde; integração de conteúdos relacionados à violência por parceiro íntimo; análise crítica da política de assistência à saúde; e aprendizagem sobre políticas públicas saudáveis a partir de experiência de ensino em serviço.

Ademais, é válido destacar que um dos estudos analisados a escrita é incorporada como um exercício de redação significativa, apresentando-se assim, com um componente importante, concebida como parte do desenvolvimento profissional dos estudantes; e seus autores consideram-na como sendo eficaz e vital para a prática de Enfermagem. Ressaltam que a escrita é uma forma de comunicação utilizada na documentação do cuidado, escrita acadêmica e de promoção de saúde, e afirmam, portanto, que o estímulo à escrita se faz essencial na graduação de Enfermagem.¹⁹

A leitura criteriosa dos estudos em tela, nos permitiu categorizar e identificar os conceitos teóricos mais gerais que emergiram das diferentes pesquisas; de modo a possibilitar e devida análise; permitindo assim, uma melhor compreensão das evidências apresentadas pelos seus respectivos autores.

Assim, considerando os resultados e as sínteses conclusivas dos estudos relacionados no quadro exposto (Quadro 1) e respeitando as etapas operacionais no desenvolvimento de análise de conteúdo - modalidade temática,¹¹ emergiram as categorias de análises classificadas no presente artigo de revisão. Observando as semelhanças, os elementos, ideias e pertinências

presentes nas evidências dos estudos, identificamos o “tema” e os “núcleos de sentidos” os quais são apresentados e discutidos a seguir.

Tabela 1. Apresentação do “tema” e “núcleos de sentidos” elaborados a partir da análise categorial temática.¹¹

TEMA	NÚCLEOS DE SENTIDOS
Ensino de Enfermagem - Formação e consciência crítico-política para atuação na APS.	Educação Interprofissional em Saúde.
	Consciência profissional, crítica e política.
	Competências resolutivas para problemas de saúde pública.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

4. DISCUSSÃO

4.1. Ensino de Enfermagem - Formação e consciência crítico-política para atuação na APS

Na APS, a formação está associada à busca pela garantia da universalidade e integralidade do cuidado; e os profissionais além de compreenderem um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, precisam considerar este nível de atenção à saúde, como um espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde.²⁰

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de enfermeiros e enfermeiras em seu Art. 4º, destaca que o graduando em Enfermagem terá formação pautada no processo de aprender a aprender nas dimensões: *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a conhecer*, tendo em vista articular o ensinar e o aprender a conhecer, classificar, analisar, discorrer, opinar, fazer analogias, registrar, fazer diagnósticos, fazer generalizações, dentre outros objetivos de ensino, propiciar a conquista de autonomia, discernimento e proatividade para assegurar a integralidade à atenção à saúde das pessoas, grupos sociais (famílias, outros) e coletividades.¹

Essas dimensões, portanto, alicerçam o processo ensino aprendizagem. “Ensinar e aprender sustentados base nos pilares da educação vincula o professor enfermeiro a participar de um processo contínuo de desenvolvimento de competências e habilidades para ensinar em Enfermagem, atualizando seus conhecimentos, nomeando uma prática pedagógica conexa para que os discentes adquiram autonomia e pensamento crítico reflexivo para a vida e trabalho.”²¹

Nesta perspectiva, entende-se que o ensino de Enfermagem, que se propõe a uma formação de profissionais com consciência crítico-política para atuação na APS, implica em um fazer pedagógico em que “desenvolve-se a curiosidade intelectual, estimula-se o senso crítico e permite-se compreender o real, mediante a aquisição da autonomia na capacidade de discernir, favorecendo as bases necessárias para continuar aprendendo ao longo da vida.”²¹ Deste modo, poderemos contribuir com os estudantes de enfermagem em formação, a exercerem um pensamento crítico-reflexivo e resolutivo frente aos problemas a serem vivenciados na vida profissional.

Frente aos desafios colocados pelo mundo do trabalho, mudanças de paradigmas envolvendo as concepções de saúde e educação precisam ser vivenciadas durante a formação, ampliando as possibilidades de horizontalização e democratização do conhecimento. As competências e habilidades precisam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, para que se constituam como sujeitos comprometidos com a busca de equidade, do cuidado, do acesso e da cidadania.²²

Considera-se que a formação de Enfermagem para a APS, deve valorizar um ensino onde os currículos dos cursos e as abordagens pedagógicas fortaleçam um aprendizado para que os estudantes sejam capazes de desenvolver consciência crítico-política para atuação na APS frente aos dilemas vivenciados na sociedade contemporânea, os problemas que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde, e na comunidades; bem como, as reais necessidades de implementação das políticas públicas e de assistência à saúde.

4.1.1. Educação Interprofissional em Saúde (EIP)

“A Educação Interprofissional (EIP), se compromete com o desenvolvimento de três competências - competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas, ou seja, o respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas.”²³

Estudos apresentados nos resultados desta pesquisa, nos levam a perceber que a EIP se representa não apenas como um tema em debate no contexto da formação dos profissionais de saúde e da enfermagem. Mais do que tema em discussão, a EIP tem-se constituído em uma abordagem de ensino, que reflete um modelo de formação que articula a integração entre diferentes profissionais no desenvolvimento de competências e das práticas colaborativas em um compartilhamento de conhecimentos, saberes e experiências entre os profissionais.

A partir das análises de estudos relacionados no Quadro 1, os trechos transcritos a seguir, corroboram na identificação da “Educação Interprofissional em Saúde”, como um dos núcleos de sentidos que emerge para discussão neste artigo. As transcrições apresentadas, mesmo que breves, expressam o significado e a importância da EIP, enquanto abordagem que reorientam a formação e o trabalho em equipe.

Seguem as transcrições:

“... diferença significativa na escala EIPS encontrada nos subgrupos de competência e autonomia profissional e necessidade percebida de competência profissional...”¹⁶

“...comunicação respeitosa entre os alunos, ambiente colaborativo em que os alunos tiveram a oportunidade de aprender sobre as profissões uns dos outros.”¹⁶

“..., expansão de programas de iniciação de educação interprofissional com base na comunidade.”¹³

Pelo que se pode observar as experiências de ensino em que os estudantes vivenciam a EIP, refletem em uma avaliação positiva da importância de trabalhar com outras profissões, onde, dentre outros elementos, a comunicação com respeito entre os colegas estudantes e o ambiente colaborativo propiciam a troca de aprendizagem entre os mesmos, a partir dos saberes de suas profissões; ao tempo em que são observados melhores potenciais de resultados em experiências colaborativas.

Tem-se observado pressupõem mudanças positivas relacionadas ao trabalho em equipe, desenvolvimento de ações colaborativas e capacidade de tomadas de decisão compartilhadas de problemas; a partir das experiências que analisam o desenvolvimento da EIP com ênfase nos cuidados primários de saúde e saúde comunitária, evidenciando mudanças na percepção dos estudantes, mudanças estas, que podem estar relacionadas a diferentes competências no ato de cuidar em saúde.

De acordo com a Resolução N° 574/2018, que institui as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), a formação profissional é uma construção da relação solidária entre Educação e Trabalho e está intrinsecamente relacionada à atuação profissional; e o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) deve desenvolver capacidades profissionais que mobilizem conhecimentos, saberes, habilidades e atitudes e resultem em aptidão para atuação profissional em sistema de produção de serviços de saúde; e neste contexto deve disponibilizar vivências em unidades de saúde, no trabalho interprofissional, atividades consideradas essenciais para a saúde de pessoas, grupos sociais e populações.¹

A OMS reconhece que ao entender como trabalhar de forma interprofissional, os estudantes estão prontos para entrar no local de trabalho como membro da equipe de prática colaborativa. Trata-se de um passo fundamental na transição de sistemas de saúde fragmentados para uma posição mais fortalecida. As equipes de assistência de saúde interprofissional compreendem como otimizar as habilidades de seus membros, compartilhar o gerenciamento de casos e prestar serviços de saúde de melhor qualidade a pacientes e à comunidade.²⁴

O principal objetivo do programa de EIP é desenvolver atitudes, habilidades, conhecimentos e comportamentos essenciais para a prática colaborativa; enfatizando que em diversos países, a exemplo do Reino Unido, diferentes modelos de EIP foram incorporados com sucesso nos currículos de seus programas de graduação.²⁵

Frente ao exposto, há de se concordar que “a implementação dos princípios da EIP aponta para melhoria da satisfação no trabalho, aumento da apreciação do público sobre a equipe de saúde e melhorar a resolutividade das demandas de saúde”.²⁶

No Brasil, estudo realizado na perspectiva da EIP, assegura que a reflexão sobre a formação e a prática interprofissional contribui para a avaliação do trabalho em equipe como potencializador da construção da identidade profissional, possibilitando aos estudantes repensarem a prática atual estabelecendo novas perspectivas de formação futura. Adotar a EIP como abordagem de ensino em saúde, resulta em benefícios diversos, permitindo identificar potencialidade e fragilidades na formação inicial, o que pode contribuir para a reestruturação de currículos e para o aprofundamento de questões relacionadas à formação, na perspectiva da EIP e da prática colaborativa.²⁶

As Práticas Colaborativas Interprofissionais (PCI) têm sido uma preocupação do processo formador nas instituições de ensino superior de saúde em nosso país, buscando o fortalecimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes curriculares de vários cursos da saúde apontam para a necessidade de aprendizagem do trabalho em equipe colaborativa. A literatura que respalda os estudos sobre a EIP traz uma quantidade significativa de evidências sobre os impactos da eficácia e eficiência desta prática a curto prazo.²⁷

A partir das políticas indutoras da Saúde e Educação no Brasil e do reconhecimento mundial da efetividade demonstrada nas investigações sobre EIP revela-se, cada vez mais, a necessidade da formação de profissionais da saúde preparados para o trabalho em equipe, a prática colaborativa e a integralidade no cuidado que possibilite reflexões e transformações da sua própria prática, pois a reflexão possibilita exercitar o pensamento, a ação e o desenvolvimento profissional.²⁶

No Brasil, já é possível registrar importantes iniciativas no processo de formação, a exemplo do PET-Saúde Interprofissionalidade, que busca fortalecer a formação de enfermeiros e enfermeiras, integrando estudantes de outras áreas da saúde, articulando instituições de ensino com o SUS, na perspectiva da Educação Interprofissional - EIP e das Práticas Colaborativas em Saúde.²⁸ Iniciativas que possibilitam a integração dos estudantes vivenciando essa experiência da formação em cenários da APS.

4.1.2. Consciência profissional, crítica e política

Os estudos analisados que fizeram emergir “consciência profissional, crítica e política”, como núcleos de sentidos, revelam uma preocupação com a necessidade de que os alunos de Enfermagem sejam formados a partir de uma visão profissional e consciência política sobre questões de políticas de saúde, com capacidade de análise crítica, incluindo o aprimoramento da política existente ou a base para criar uma nova política; ao mesmo tempo em que devem ser estimulados ao aprendizado sobre políticas públicas saudáveis, imergindo-os em uma experiência de ensino em serviço no mundo real.^{14,17,18}

As transcrições apresentadas a seguir, evidenciam de forma objetiva, o que concluem os autores a partir de suas análises dos estudos desenvolvidos; os quais nos fazem perceber a importância e a necessidade da implementação de processos pedagógicos e de modelos de análise crítica que orientem e promovam um aprendizado aos estudantes de enfermagem frente à defesa de direitos e da justiça social.

Os autores destacam:

“... é uma obrigação profissional integrar a pedagogia da consciência profissional e política...”¹⁴

“... maior interesse dos alunos em política de assistência médica. Interesse em investir em advocacy...”¹⁴

“... Modelo de Análise Crítica (...) pode ser implementado na política de ensino de (...) Enfermagem, envolvendo e orientando os alunos no contexto político. (...), pode ser utilizado como guia para docentes (...) método educativo”¹⁷

“O aprendizado direcionado a defesa de direitos, justiça social, política e determinantes de saúde contribuem para a formação de enfermeiros questionadores e preparados para assumir os papéis de liderança que a profissão demanda.”¹⁸

Embora a literatura identifique oportunidades de ensino-aprendizagem que levam à defesa da política de saúde, não há evidências de que estudantes de graduação em enfermagem estejam sendo preparados para analisar e desenvolver políticas de saúde.¹⁷

Fazemos destaques aos estudos sobre a integração do profissionalismo e consciência política ao currículo de enfermagem, o qual destaca que dentre outros interesses os alunos querem investir em *advocacy*.¹⁴

Advocacy em enfermagem não representa uma apropriação do exercício do direito, mas do reconhecimento que essa atuação se diferencia das demais profissões, pois emerge do trabalho do enfermeiro no dia a dia como defensor dos direitos do paciente como base ontológica, epistêmica e volitiva da enfermagem.²⁹

Há o entendimento de que a responsabilidade social da advocacia requer conhecimentos e habilidades especiais. Neste sentido, no início do currículo dos cursos, os alunos são apresentados ao papel do enfermeiro como advogado. Este alicerce estabelece a cultura e a expectativa da prática profissional de enfermagem para incluir uma visão ampla da responsabilidade do profissional para com a sociedade de salvaguardar e defender a justiça social, particularmente no que diz respeito ao cuidado em saúde.¹⁷

Nesta perspectiva, os alunos devem ser desafiados a examinar questões de cuidados de saúde como eles praticam nos papéis de enfermeiro. Os autores destacam que essencial para assumir esses papéis é um meio pelo qual os alunos podem estar preparados para influenciar a mudança baseada nas melhores práticas. E acrescenta que o estado atual dos cuidados de saúde exige que os enfermeiros com habilidades de advocacia naveguem no sistema político e informem o público e os formuladores políticos sobre o papel e o valor da enfermagem.¹⁷

A advocacia pode ser considerada um componente ético do trabalho da enfermagem, envolvendo o reconhecimento e o modo como os enfermeiros enfrentam os problemas morais em seus ambientes de trabalho. Reconhecer as ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente poderá fornecer uma orientação para a prática de enfermagem, educação e pesquisa, auxiliando esses profissionais a atuarem de forma mais eficaz na defesa dos interesses dos pacientes.³⁰

4.1.3. Competências resolutivas para problemas de saúde pública

Dentre os estudos analisados nesta pesquisa de Scoping Review, um deles, nos chamam a atenção quanto a necessidade do ensino de competências de enfermagem para o

enfrentamento a um importante problema de saúde pública; qual seja, “Violência por Parceiros Íntimos” (VPI).¹⁵

Os pesquisadores demonstram preocupação quanto à necessidade de educar futuros enfermeiros para o enfrentamento de situações sobre a VPI, por considerarem que são situações que desafiadoras, e consideram que a maioria das enfermeiras e enfermeiros não têm consciência da VPI como um problema de saúde pública, e entendem que estes profissionais possuem conhecimentos limitados e crenças errôneas sobre este problema; sendo, portanto, inexperientes frente aos cuidados com sobreviventes da VPI.¹⁵

A Violência por Parceiros Íntimos (VPI), tem sido um problema bastante recorrente nas comunidades, já sendo inclusive classificado internacionalmente como um problema de saúde pública. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)³¹, ao realizar estudos sobre Violência por Parceiros Íntimos (VPI), ou Violência Provocada por Parceiros Íntimos (VPPI), em diferentes países da América Latina e Caribe, envolvendo mais de 200.000 mulheres, mostrou que a prevalência da VPPI é alta, variando com relação às dimensões física, psicológica e sexual; e um percentual considerável (13,4 a 52,3%) de mulheres participantes da pesquisa relataram a ocorrência de violência física provocada pelo parceiro, em algum momento de suas vidas.³¹

No Brasil, estudos demonstram que a VPI está muito presente na sociedade, e com uma frequência importante entre as usuárias da APS; com a constatação de que os fatores consequentes, interferem na saúde das mulheres vítimas da violência, as quais, muitas vezes, desenvolvem sintomas físicos ou psicológicos, demandando atendimentos em unidades de saúde com muita frequência, mas sem melhoria da qualidade de vida.³²

Esta problemática nos alerta, para a gravidade deste importante problema de saúde pública; corroborando com que as proposições de Tufts, Clements, Karlowicz,¹⁵ que defendem a integração de conteúdos de VPI nos currículos para o desenvolvimento de enfermagem; tendo em vista a necessidade de melhorar o conhecimento e as habilidades dos Enfermeiros(as) Educadores(as), ajudando-os a examinar os benefícios e as limitações de várias abordagens pedagógicas para ensinar esse conteúdo crítico aos alunos.

A violência que se estabelece no âmbito doméstico é bastante velada, sendo principalmente praticada contra mulheres. Ainda há dificuldades em expor as questões mais íntimas de afeto, levando muitas vezes a um desconhecimento da gravidade da situação e, conseqüentemente, a maior dificuldade de se estabelecer políticas públicas eficazes. Daí a importância de se debater esse tema de forma ampla e buscar alternativas que possam minimizar o sofrimento de um número significativo de vítimas. Portanto, toda e qualquer busca de

consultas em unidades da APS deve ser aproveitada para a oferta de espaços de trocas e de aprendizagem, para que as pessoas possam, de fato, participar da produção de sua saúde.³²

Perrenoud,³³ esclarece que competência é a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. E afirma que a competência busca responder às necessidades do mundo contemporâneo; constrói-se na formação, mas também nas diferentes situações do trabalho.

No contexto da realidade brasileira, é preciso reconhecer a importância de se estabelecer estratégias que invistam em formação e capacitação de profissionais para atuarem diante dos princípios do SUS e a reafirmação da APS como modelo integral de saúde, uma vez que a saúde é considerada um direito fundamental de todo ser humano e a APS consiste em uma forma de alcançar a saúde universal e os objetivos de desenvolvimento sustentável.³⁴

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Destaca-se como limitações deste estudo, a sua delimitação de artigos resultantes de pesquisas realizadas somente predominantemente nos Estados Unidos da América, observando-se apenas um (01) estudos desenvolvido no Canadá; não tendo evidenciado nenhuma produção no Brasil, o que sem dúvidas nos impossibilitou fazermos comparações do tema com pesquisas realizadas em nossos países; acrescenta-se ainda como limitações, a limitação do número de artigos, quando se faz o recorte dos estudos com ênfase diretamente relacionada à formação de enfermagem; uma vez que a busca inicial tinha abrangência para as diferentes profissões de saúde.

6. CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

A presente pesquisa contribui para importantes reflexões no sentido de mudanças de reorientação dos modelos de formação de profissionais de enfermagem para APS, notadamente com valorização do incentivo à adoção da abordagens de ensino interprofissional; bem como, para a inclusão de novos temas nos currículos dos cursos de graduação, a exemplo de temas como VPI, que exige dos enfermeiros e enfermeiras competências e habilidades requeridas para o enfrentamento diante deste problema de saúde pública cada vez mais recorrente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises dos estudos selecionados a partir da busca bibliográfica para produção do presente artigo, nos possibilitaram evidenciar que há uma importante preocupação dos pesquisadores no que se refere à necessidade de reorientação do processo de formação de enfermeiros e enfermeiras a APS, buscando apoiar, fortalecer e expandir a implementação da Educação Interprofissional (EIP), por reconhecerem que esta abordagem de ensino qualifica o processo de formação, que para além do uso das competências específicas de cada área profissional, valoriza o desenvolvimento de competências comuns a todas as profissões, e competências colaborativas, mediante um verdadeiro trabalho em equipe com planejamento participativo, num movimento de redes colaborativas.

Constatou-se também, que os pesquisadores a partir de seus estudos buscam reafirmar a necessidade de que o ensino de Enfermagem se desenvolva em uma perspectiva que contribuam para uma formação onde os estudantes sejam capazes de construir uma consciência profissional crítico-política para atuação na APS, como capacidades resolutivas para problemas de saúde pública, a partir das competências adquiridas.

Considera-se que os modelos de formação de enfermagem para a APS, requer um processo de ensino aprendizagem, que esteja estar direcionado à defesa de direitos, justiça social, capacidade de análise crítica das políticas públicas e de assistência à saúde e dos determinantes de saúde; de modo a contribuir para uma formação de enfermeiros e enfermeiras questionadores e preparados para os enfrentamentos possíveis problemas que se apresentam no mundo do trabalho e na sociedade. Neste contexto, fazemos destaques aos estudos sobre a integração do profissionalismo e consciência política ao currículo de enfermagem, o qual destaca que dentre outros interesses os alunos querem investir em *advocacy*.

Os estudos nos chamam à atenção e reflexão quanto à necessidade de educar futuros enfermeiros para o enfrentamento de situações sobre a Violência por Parceiros Íntimos (VPI), por considerarem desafiadoras e por entenderem que muitos enfermeiros e enfermeiras não têm consciência da VPI como um problema de saúde pública; e ao mesmo tempo reconhecem que estes profissionais possuem conhecimentos limitados sobre este grave problema; portanto defendem a integração de conteúdos deste tema nos currículos de enfermagem; visando melhorar o conhecimento e habilidades dos Enfermeiros(as) e também de Educadores(as), com abordagens pedagógicas que favoreçam ensinar esse conteúdo crítico aos alunos.

Por fim, reconhecemos da importância da realização de novas investigações sobre o tema da formação de enfermagem para a APS, particularmente com evidências de pesquisas

desenvolvidas em nosso país, de maneira que possamos analisar e contribuir com a formação atual de enfermeiros e enfermeiras para atuação na APS brasileira.

8. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. Aprova o Parecer Técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem [internet]. 2018 [acesso em junho 2021]. Disponível em: [resolucao_573_31jan2018_CNS.pdf](https://abennacional.org.br/resolucao_573_31jan2018_CNS.pdf) (abennacional.org.br)
2. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018; 42:38–51.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. 2017 [acesso em 2021 fev]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Goering M, Chirelli MQ. A Formação dos Profissionais da Saúde para o Cuidado Coletivo na Atenção Primária: contribuição da Análise Temática. 1(2014):166–75.
5. Peixoto MT, Jesus WLA, Carvalho RC, Assis MMA. Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. *Interface, Botucatu*. 2019; 23 (Supl. 1): 1-14. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/pt_1807-5762-icse-23-s1-e170794.pdf. Acesso em junho de 2021.
6. Varela, Danielle Santiago; Carvalho, Mariza Maria Barbora; Silva, Ivna Zaira Figueredo da; Gadelha, Raimunda Rosilene Magalhães; Machado M de FAS. National Curriculum Guidelines and a Professional Training for SUS. *Rev Bras Educ e Saúde [Internet]*. 2016;39–43. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES>
7. Thumé E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018; 42:275–88.
8. Magnago C, Pierantoni CR. Nursing training and their approximation to the assumptions of the national curriculum guidelines and primary health care. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(1):15–24.
9. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):1–8.
10. Ascef BO. Rayyan Systematic Reviews [acesso em 2021 jun]. Disponível em: <https://prezi.com/fh0lwxdlxnu4/rayyan-for-systematic-reviews/>

11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 2011. 70 ed.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec. 2014; 14ed.
13. Stubbs C, Mavis NS, Leavell JP, Espiritu EW, Davis G, Gentry CK, Friedman E, Patton T, Graham A, Crowder R, Wilkins CH. Implementação e avaliação de um programa piloto de educação interprofissional, interinstitucional e de base comunitária. *J Interprof Care* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 16];31(5):652-655. DOI <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1343808>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28792263>.
14. Hahn J. Integrating Professionalism and Political Awareness to the Curriculum. *Nurse Educator*, 2010;35(3): 110-3.
15. Tufts KA, Clements PT, Karlowicz KA. Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of nurse educators. *Nurse Educ Today*, 2008;29(1):40-47.
16. Patel K, Desai U, Paladine H. Desenvolvimento e implementação de uma experiência interprofissional de aprendizagem em farmacoterapia durante uma rotação avançada da prática de farmácia na atenção primária. *Curr Pharm Teach Learn* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 15];10(7):990-995. DOI 10.1016/j.cptl.2018.04.014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30236..>
17. Logan JE, Pauling, CD, Franzen, DB. Health Care Policy Development: A Critical Analysis Model. *Journal of Nursing Education*; Thorofare. 2011; 50(1):55-58.
18. O'Brien-Larivée C. A service-learning experience to teach baccalaureate nursing students about health policy. *The Journal of nursing education*. 2011;50(6):332-6.
19. McMillan LR, Raines K. Headed in the “write” direction: Nursing student publication and health promotion in the community. *J Nurs Educ*. 2010;49(7):418–21.
20. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Rev. Brasil de Educação Médica*. 2016; 40 (4): 547–559 [acesso 2021 jun]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>.
21. Ferreira, RGS, Nascimento, JL. Sustentação pedagógica e legislação do ensino aprendizagem: a formação em enfermagem no Brasil. *Revista SUSTINERE*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 54-67, jan-jun, 2017 [acesso em 2021 jun]. Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/
22. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccially LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A Formação de Profissionais da Saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007; Abr/Jun, 12 (2): 236-40 [acesso em 2020 maio]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9829>.

23. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS. 2012; 2: 25-28. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em junho de 2021.
24. OMS. Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Rede de Profissões de Saúde. Enfermagem & Obstetrícia. Recursos Humanos para a Saúde. Genebra, Suíça, 2010. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf.
25. Khan TM, Bukhsh A. Pharmacy Interprofessional Education: Case Study Review. Chapter 19. In.: Pharmacy Education in the Twenty First Century and Beyond: Global achievements and challenges. Elsevier BV [internet]. 2018;311-323. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/interprofessional-education>.
26. Rossit RAS, Freitas MAO, Batista SSS, Batista NA. Constructing professional identity in Interprofessional Health Education as perceived by graduates. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 1):1399-410.
27. Corrêa CPS, Ezequiel OS, Lucchetti G. Análise do impacto do ensino das competências interprofissionais através de diferentes estratégias educacionais em graduandos da área de saúde. JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care. 2017; 8 (3): 55-56. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/621>.
28. Brasil MS. Edital N° 10, 23 de julho 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. Diário Oficial da União. 2018; 141 (3): 78. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-eital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037.
29. Mendes DP, Barlem ELD, Tomaschewisk-Barlem JG, Castanheira JS, Dalmolin GL, Teixeira CO. O exercício de advocacy no âmbito da enfermagem: uma análise filosófica gadameriana. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2019; 27: e43570. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43570/31838>.
30. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Ramos AM, Santos JM. Ações dos Enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: Revisão Integrativa. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(2):e0730014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/L7WZJ6pXFH9GQzZGRHmv8xp/?lang=pt&format=pdf>.
31. OPAS. Pan American Health Organization; Centers for Disease Control and Prevention. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: PAHO, 2012. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/violence1.24-web-25-febrero-2014_0.pdf.
32. Rosa DOA, Ramos RCS, Gomes TMV, Melo EM, Melo VH. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2018; 42(4):67-80. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S6ft8GscKBZmQPPx3XKVNGL/?lang=pt&format=pdf>.

33. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
34. Montenegro LC, Brito MJM. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação do enfermeiro em atendimento primário à saúde. Invest Educ Enferm [Internet]. 2011. 29(2):238-47. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400009.pdf>.

7. CONCLUSÃO

**EVIDÊNCIAS DO ESTUDO E AS
CORRELAÇÕES COM A
ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA NA APS**

7 EVIDÊNCIAS DO ESTUDO E AS CORRELAÇÕES COM A ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA NA APS

Nesta tese, o uso dos métodos mistos de pesquisa possibilitou um olhar analítico ampliado sobre o fenômeno investigado. Assim sendo, a convergência entre os resultados quantitativos e qualitativos produziram informações que se apoiaram mutuamente, contribuindo para a confirmação das evidências encontradas.

Foi possível compreender em sua essência o fenômeno pesquisado – a prática de enfermeiros(as) –, bem como sua realização no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Ressalte-se que, para todas as dimensões e suas variáveis correspondentes analisadas nesta pesquisa, as evidências que emergiram dos resultados quantitativos e qualitativos estiveram sempre em convergência. Mediante análise e discussão dos principais achados, conclui:

- **Perfil sociodemográfico**

Do total de 462 (100%) profissionais, 93,3% são do sexo feminino, correspondendo assim a 431 enfermeiras, com idade predominante que varia entre 36 e 40 anos. Sobre o aspecto da feminilidade na enfermagem, as evidências ajudam a reafirmar que a enfermagem é historicamente reconhecida como uma profissão majoritariamente feminina. Esses achados convergiram com a literatura, como, por exemplo, com os estudos da publicados da OMS (2020) e da OPAS (2021) sobre a “Situação da Enfermagem na Região das Américas” e o relatório sobre o “Estado da Enfermagem no Mundo”, que constata que, na região das Américas, 89% dos profissionais de enfermagem são mulheres.

Esses resultados também ajudam a corroborar com o que apontam outros estudos realizados em âmbito nacional que apontam a hegemonia feminina na enfermagem, tais como os estudos do COFEN sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil” (2017) e a recente pesquisa sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) (SOUSA, 2022), a qual registrou um percentual de 88,4% de mulheres nesse campo de atuação em todo o território nacional.

Sobre as variáveis idade, o caráter de juventude da profissão, observado junto aos(as) enfermeiros(as) desta pesquisa, caracteriza um perfil da força de trabalho convergente com o que já vem sendo constado em estudos como aqueles realizados pela OMS (2020), que identificou uma predominância de profissionais com idade inferior a 35 anos. Quanto às variáveis como raça/cor, religião e estado civil, analisadas nesta pesquisa, constata-se a

predominância de pardas, católicas e casadas, o que também apresenta compatibilidades com os registros encontrados em outras análises realizadas com essa categoria profissional.

Dentre os(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) na APS/ESF no estado da Paraíba, a maioria reside no município onde trabalha, e aquilo que os(as) motiva a morar no local onde trabalham é o vínculo por concurso público. A nossa análise é que residir no município onde se trabalha influencia positivamente a construção e o fortalecimento de vínculos com o território de atuação, o que contribui para o conhecimento e a compreensão das complexidades das pessoas que ali residem, além de auxiliar a percepção das singularidades dos indivíduos, favorecendo o planejamento dos cuidados em saúde no território em vista de contextos sociais, culturais, econômicos e ambientais das populações.

- **Perfil de formação profissional**

Dos(as) 462 (100%) enfermeiros(as) pesquisados(as), a maioria – 282 (61%) – é egressa de instituições privadas, e apenas 37,0% são de instituições públicas. Quase que em sua totalidade, 98,1%, os(as) profissionais são graduados(as) em instituições brasileiras. Dentre as(os) que participaram do componente qualitativo da pesquisa, predominou a conclusão do curso em instituição pública; entretanto, a diferença foi apenas de um profissional. A análise e a convergência dos resultados quantitativos e qualitativos nos leva a inferir que, predominantemente, os(as) enfermeiros(as) em atuação na APS/ESF no estado da Paraíba são egressos de instituições privadas. A conclusão do curso desses profissionais ocorreu em uma linha de crescimento de maior período entre os anos de 2001 e 2010.

A formação em instituições privadas resulta, sem dúvidas, do boom das escolas privadas de ensino superior no Brasil, que vem ocorrendo especialmente a partir da década de 1990, mas principalmente a partir dos anos 2000. A predominância de enfermeiros(as) egressos(as) de instituições privadas, em nossa concepção, tem relação direta com o aumento dessa modalidade de instituição, realidade que compreendemos ter respaldo com base na atual [Lei nº 9.394/1996](#) (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira) e, por conseguinte, no Decreto nº 2306/1997 do Ministério da Educação, que em seus dispositivos possibilitam às pessoas jurídicas de direito privado, mantenedoras de instituições de ensino superior, assumir qualquer das formas admitidas em direito, de natureza civil ou comercial. Isso por consequência tem oportunizado a ampliação da oferta de cursos e vagas por instituições de ensino superior privado no Brasil, alcançando as instituições formadoras de enfermeiros(as).

No que se refere à continuidade da formação através de cursos de pós-graduações, a maior constatação foi verificada em relação às pós-graduações *lato sensu*, em especial aos cursos de especialização, sendo do total um quantitativo de 336 (72,7%). Conforme os resultados desta pesquisa, os cursos de especialização também foram registrados como tendo sido realizados pela maioria dos(as) profissionais participantes do componente qualitativo da pesquisa.

Infere-se que a principal motivação dos(as) profissionais para realizar especializações são as oportunidades decorrentes da variedade de cursos em suas diversas áreas de especialidades. Na APS, encontram-se especialidades relacionadas a Enfermagem em Saúde Coletiva; Saúde da Família e Comunidade; Saúde Pública; Enfermagem em Vigilância; Gestão da Estratégia Saúde da Família; e Educação Permanente e Continuada em Saúde, o que tem respaldo na Resolução COFEN nº 0581/2018.

Quanto à pós-graduação *stricto sensu*, a partir da investigação qualitativa pôde-se constatar que nenhum dos participantes tem cursos nesse nível de formação. Já na análise dos dados quantitativos, do total de 462 participantes, 36 (7,8%) possuem mestrado, porém apenas 3 (0,6%) possuem doutorado e 13 (2,8%), possuem livre-docência.

A vivência acadêmica deste pesquisador confere que precisamente nas duas últimas décadas houve um aumento dos programas de pós-graduação *stricto sensu* na área de enfermagem na modalidade de mestrado e doutorado acadêmicos, e que, mais recentemente, tem ocorrido a implantação de mestrados profissionais. Embora, este último não tenha sido variável de investigação deste estudo. Constata-se, portanto, a expansão das pós-graduações *stricto sensu* no Brasil, mesmo assim, os registros de enfermeiros(as) participantes desta pesquisa que possuem esse nível de pós-graduação ainda se apresentam em quantitativos e percentuais muitos reduzidos.

Fato curioso é a presença de profissionais que possuem livre-docência, qualificação comumente realizada por docentes de ensino superior, pela qual se notam trajetórias acadêmicas no âmbito do ensino, da pesquisa e da extensão. Segundo nossa conclusão, a presença de profissionais com tal titulação se daria pelo fato de que docentes universitários(as), embora já aposentados(as) da carreira acadêmica, possam ter estabelecido um novo vínculo de trabalho em determinados municípios para atuação na APS/ESF.

O quantitativo reduzido de enfermeiros(as) com pós-graduação reflete a necessidade de se pensar cada vez mais a importância de investimentos, incentivos, estímulos e motivação aos(às) profissionais no que concerne à formação pós-graduada em enfermagem como um instrumento de qualificação profissional, ao mesmo tempo qualificando o trabalho e a

assistência direta nos cuidados aos usuários frente às demandas que se apresentam no cotidiano do trabalho na APS/ESF no estado da Paraíba.

Por outro lado, há de se questionar: como têm sido esses investimentos e incentivos por parte dos gestores em saúde quanto à formação dos profissionais? O questionamento alerta para a importância deste componente do perfil do profissional: a formação, a qual deve ser cada vez mais valorizada pelos gestores dos serviços, ocupem estes os espaços macro ou micro da gestão no SUS. Os gestores devem reconhecer que a formação/qualificação constitui um instrumento capaz de qualificar o atendimento e promover resolutividade na atenção em saúde.

Assim sendo, torna-se urgente que os gestores compreendam a devida importância da implementação de projetos de formação e educação permanentes, de modo que os municípios incorporem perfis profissionais qualificados, capazes de atender às demandas sanitárias das populações.

- **Gestão da informação e tradução do conhecimento**

A partir de diferentes variáveis de análise, o acesso às informações técnico-científicas relativas à APS/ESF pelos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) foi confirmado pela grande maioria, isto é, por 407 (88,1%) as) profissionais. O principal meio de acesso para tanto é *digital*, tal como afirmado por um quantitativo de 396 (85,7%) profissionais, os quais indicaram, além disso, que os lugares a partir dos quais acessam esse conteúdo são sobretudo a casa, com 333 (72,1%), e o trabalho, com 309 (66,9%).

Dentre os locais em que as informações obtidas estão publicadas, destacam-se as fontes governamentais, acessadas por 330 profissionais, correspondendo a um percentual de 71,4%, seguidas das mídias sociais (Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp etc.), informadas por 260 (56,3%) participantes. As revistas científicas apareceram em terceiro lugar e foram referidas por 187 (40,5%) participantes da pesquisa.

Sobre a participação em seminários e/ou encontros científicos na área de atuação nos últimos dois anos, mais da metade dos(as) pesquisados(as), 235 (50,9%), registraram não terem participado. Dentre aqueles(as) que nos últimos dois anos fizeram algum curso de atualização de suporte ao seu trabalho na APS, observa-se um percentual de 54,5%, o que representa quantitativamente 252 enfermeiros(as).

A grande maioria, ou seja, 368 (79,7%) profissionais, não está associada à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Apenas 1 (0,2%) afirmou estar associado(a) à Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), sendo que 67 (14,5%) não

estão associados(as); porém, 394 (85,3%) participantes não responderam, um quantitativo igual ao daqueles(as) que não responderam sobre estarem associados(as) à ABEn.

Um aspecto significativo a ser destacado é o fato de que mais de 90% dos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) no estado da Paraíba – ou seja, um quantitativo de 418 profissionais – sentem necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família.

A integração dos resultados qualitativos e quantitativos quanto ao acesso a informações técnico-científicas, no contexto da gestão da informação e tradução do conhecimento, nos permitiu constatar que o meio digital vem se tornando uma ferramenta indispensável, sendo parte integrante do processo de trabalho da enfermagem. Na compreensão dos profissionais, lançar mão do WhatsApp, do Facebook e do Instagram facilita uma comunicação rápida, prática e necessária com os usuários. Convém ressaltar que o uso desses recursos ajuda-os(as) a resolver muitas demandas dos usuários no cotidiano do trabalho, apresentando-se como útil e estratégico no momento em que os(as) profissionais vivenciavam a pandemia da covid-19, de modo a favorecer a continuidade do cuidado – sem que, inclusive, houvesse quebra de vínculo, apesar do isolamento e do distanciamento social.

O avanço da tecnologia na sociedade contemporânea, acompanhado de sua expansão e inserção no mundo do trabalho, tem reorientado a comunicação entre profissionais, usuários e gestores dos serviços, facilitando o acesso às informações e favorecendo a tradução do conhecimento em saúde, o que influencia as tomadas de decisões e os processos de cuidar.

Ao refletirmos sobre as evidências do acesso à informação técnico-científica observadas a partir do que registraram os(as) enfermeiros(as) no contexto da APS/ESF no estado da Paraíba, há de se reconhecer a importância das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) em saúde, com seu potencial facilitador para o fortalecimento e as transformações das relações de trabalho.

As fontes governamentais foram classificadas pela maioria dos(as) profissionais como o principal local em que as informações levantadas estão publicadas; nas narrativas dos(as) profissionais, foram referidas aquelas apresentadas nos sítios das Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde. Essas fontes foram reconhecidas por sua contribuição ao alcance da informação e pelo favorecimento da comunicação e da troca de informações necessárias entre profissionais e usuários.

É preciso reconhecer os desafios que perpassam o cotidiano do trabalho nas unidades de saúde, os quais foram relatados por alguns profissionais quando afirmavam que as UBS nas quais trabalham não disponibilizam tecnologias adequadas nem boa conexão de internet para

que possam promover um melhor atendimento aos usuários, fazer os registros necessários no prontuário eletrônico e registrar e acessar as informações na base de dados do ministério; dentre outros aspectos.

A leitura técnico-científica, em vista da gestão da informação e tradução do conhecimento e voltada à temática da APS/ESF, foi registrada em maior frequência por enfermeiros(as) pesquisados(as) como sendo realizada semanalmente. Considera-se que a leitura representa uma importante forma de apreensão de informação e de aprendizagem intelectual e contribui para que os(as) enfermeiros(as) se tornem cada vez mais atualizados(as) frente às inovações científicas e tecnológicas, bem como sobre as evidências das pesquisas em saúde.

- **Condições de trabalho, emprego e salário**

Identificou-se que a grande maioria dos(as) enfermeiros(as) da APS da Paraíba estão vinculados(as) à Equipe de Saúde da Família (eSF), totalizando 371 profissionais, o que representa 80,3% dos(as) participantes da pesquisa. Compreende-se essa concepção de equipe na APS institui uma orientação das práticas dos(as) profissionais nesse nível de atenção em saúde, em um trabalho voltado ao fortalecimento e ao avanço da APS, bem como ao aumento do acesso e da cobertura das ações e dos serviços direcionados à população dos municípios.

Quanto ao tempo de atuação na atenção primária à saúde, um maior quantitativo de enfermeiros(as), 172 (37,2%), trabalha na APS/ESF há mais de 12 anos. O principal vínculo de trabalho é servidor público estatutário, com 242 profissionais, isto é, 52,4%. A principal forma de ingresso no trabalho é o concurso público, referido por 243 enfermeiros(as), o que representa 52,6%. Quanto à carga horária de trabalho semanal na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, predomina 40 horas, carga informada por um grande número de profissionais: 363 (78,6%). Tais resultados se dão em concordância com outros estudos já realizados na Paraíba, conforme pode ser evidenciado na discussão desta pesquisa.

Os discursos dos(as) profissionais revelaram um contexto complexo vivenciado no trabalho, no qual, além das queixas sobre uma carga de trabalho extensa, há outro aspecto crítico: o fato de que, diante das condições trabalho em seus territórios de atuação, os(as) profissionais convivem com situações de riscos sociais, com violências, que os(as) deixam inseguros(as) e vulneráveis. Essa realidade influencia seriamente a produção do cuidado em saúde e o atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade no cotidiano de trabalho.

No que se refere à carga horária de trabalho extensa, com sobrecarga de atividades, os(as) enfermeiros(as) se mostram insatisfeitos, registrando grande dificuldade de estarem ao mesmo tempo assumindo a função assistencial e a gerencial, envolvendo-se também, por muitas vezes, com questões relacionadas a outras áreas profissionais, o que repercute na sobrecarga de responsabilidade e trabalho. Há, assim, um acúmulo de responsabilidades, uma sobrecarga de trabalho do(a) enfermeiro(a). A falta de gerenciamento na unidade foi registrada como aspecto que acarreta sobrecarga do trabalho com demandas gerenciais, o que, segundo os(as) profissionais pesquisados(as), os(as) distância do atendimento direto ao usuário.

Essas constatações implicam reconhecer que a redução da jornada de trabalho é uma real necessidade; portanto, faz-se cada vez urgente o compromisso e o dever da categoria profissional de reafirmar e fortalecer junto às esferas legislativas a luta por melhores condições de trabalho e vínculos trabalhistas, por valorização profissional e reconhecimento no trabalho. Há mais de duas décadas as categorias e as corporações de enfermagem vêm lutando pela redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais.

A sobrecarga de trabalho tem relações com o déficit de profissionais nas equipes, constatando-se também que ainda existe uma ausência considerável de médicos, inclusive no tocante a algumas especialidades, a exemplo do médico de saúde da família e comunidade. Esses fatores influenciam a resolutividade das complexas demandas de saúde dos usuários, o atendimento às suas necessidades e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços oferecidos nas unidades de saúde nos territórios de atuação dos(as) profissionais, fragilizando assim os processos de trabalho de enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba.

As condições de trabalho na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família foram avaliadas como boas por um quantitativo maior, de 168 (36,4%) profissionais; no entanto, na opinião de 126 (27,3%) elas são consideradas regulares. A maioria dos profissionais, 284 (61,5%), avaliou que essas condições são influenciadas pelos recursos materiais; e uma quantidade significativa de 278 (60,2%) profissionais avaliou que as condições de trabalho na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família são influenciadas pelas instalações físicas, quando se analisaram os resultados quantitativos.

Mesmo não tendo sido consenso do conjunto de profissionais que participaram da pesquisa qualitativa, alguns entrevistados avaliaram de forma satisfatória as condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família, corroborando assim os resultados da análise quantitativa. Segundo afirmaram, os gestores locais proporcionam boas condições de trabalho nas unidades de saúde, com disponibilidade de materiais e insumos e boas condições de infraestrutura, o que facilita enormemente o atendimento às demandas dos

usuários e as rotinas desenvolvidas cotidianamente na unidade básica de saúde e na comunidade. Referiu-se ainda a disponibilidade de medicamentos, por meio da Farmácia Básica, como uma condicionante de facilidade para o paciente, ao mesmo tempo que contribui para uma melhor qualidade do atendimento aos usuários por parte do(a) enfermeiro(a).

Entretanto, as avaliações revelaram precariedade e condições desfavoráveis de trabalho na APS/ESF observadas no estado da Paraíba. Emergiram afirmações que contrariam as boas avaliações conferidas pelos participantes da pesquisa quantitativa, e até mesmo diferem daquelas apresentadas por um conjunto de profissionais que também participaram da amostra qualitativa. Essas contradições nos permitiram registrar que, por parte de muitos profissionais, as condições de trabalho nas unidades de saúde são marcadas por uma estrutura inadequada de trabalho, com falta recursos materiais e outros instrumentos necessários para organizar a rotina de trabalho.

As contradições percebidas nas avaliações também foram manifestadas por parte dos(as) enfermeiros(as), ao constatarem falta de apoio da gestão, e necessidade de melhoria da infraestrutura da unidade de saúde; quanto a medicamentos e insumos, os profissionais alegam conviverem na UBS com a falta de medicamentos, o que muitas vezes ocasiona a não continuidade de tratamento de algumas doenças, como a hanseníase.

Portanto, os(as) enfermeiro(as) pesquisados(as) em sua maioria consideram vivenciar, na APS/ESF da Paraíba, situações adversas relacionadas às condições de trabalho, que demandam melhorias no contexto do ambiente e do cotidiano de trabalho para se promover a devida atenção e cuidado à saúde dos usuários. A falta de apoio por parte da gestão dos municípios, por ter sido bastante recorrente nas falas de alguns profissionais, nos faz refletir sobre a necessária responsabilização e os compromissos de gestores e tomadores de decisões de saúde nos municípios estudados.

Quanto ao salário dos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF no estado da Paraíba, dentre aqueles(as) que participaram da pesquisa quantitativa predominou uma renda que varia de R\$ 2.001 a R\$ 3.000. Os(As) que recebem o adicional de insalubridade representam menos da metade do total dos(as) profissionais, com 179 (38,7%). Quando analisamos a renda salarial junto aos(às) profissionais que constituíram a amostra qualitativa, dos(as) 45 profissionais pesquisados(as), um maior quantitativo (17) tem remuneração salarial entre R\$ 3.001 e R\$ 4.000. Entretanto, um quantitativo de 15 enfermeiros(as) tem salários que variam entre R\$ 2.001 e R\$ 3.000. Percebe-se que, no âmbito do estado, há variações de nível salarial na categoria, situação que asseguramos ser consequente da falta de definição e aprovação de um piso salarial.

Ainda sobre a questão salarial, é oportuno registrar que historicamente a categoria de enfermagem tem reivindicado um piso salarial nacional. Em 2020, a partir da elaboração do Projeto de Lei 2564/2020, o Sistema COFEN/COREN, a ABEN, sindicatos de enfermagem e diferentes categorias profissionais que compõem a enfermagem, em movimento nacional mobilizaram-se na luta pela tramitação e aprovação de tal projeto no Congresso Nacional, o qual foi aprovado no dia 4 de maio de 2022. Entretanto, esta ainda não é uma demanda superada, tendo em vista que o projeto aprovado ainda deve ser sancionado pelo presidente da república. Registra-se que a proposta aprovada define um salário inicial para enfermeiros de R\$ 4.750, a ser pago nacionalmente pelos serviços de saúde públicos e privados.

A crítica situação salarial dos(as) enfermeiros(as) é uma realidade e, pelo que podemos inferir, tem reflexos na desvalorização do(a) profissional, tornando-se inclusive um fator determinante de insatisfação no trabalho. Frente a essa situação, as reivindicações dos(as) enfermeiros(as) por melhores salários se somam à necessidade de reconhecimento e valorização profissional, uma vez que, nos discursos analisados, ficou evidente insatisfação em decorrência de baixos salários e do não reconhecimento, ao mesmo tempo que os(as) profissionais se sentem cobrados(as), com jornada extensa e sobrecarga de trabalho.

As dificuldades relacionadas às condições de trabalho, emprego e salário foram expressivas nas narrativas dos(as) profissionais, havendo convergência entre a maioria dos participantes. Manifestaram-se a carga horária excessiva de trabalho, com jornadas associadas à sobrecarga de atividades; a necessidade de melhorias na infraestrutura das UBS; a falta de materiais e equipamentos; a falta de medicamentos e insumos; o déficit de profissionais nas equipes, faltando algumas especialidades médicas; a falta de um salário justo, compatível com o trabalho desenvolvido; e a desvalorização profissional, relacionada não só ao salário, mas também ao não reconhecimento do trabalho, dentre outros aspectos.

- **Práticas coletivas**

As práticas coletivas foram analisadas considerando-se as seguintes dimensões: Atuação no Território; Gestão da UBS; Vigilância, Informação, Educação e Comunicação em Saúde; Equidade; Integralidade e Rede; e Controle Social.

Para cada dimensão analisada foram contempladas distintas variáveis; a partir da convergência dos resultados quantitativos e qualitativos, foi possível concluir que as principais evidências estão representadas predominantemente pelo desenvolvimento das seguintes práticas:

- Atuação no território, valorizando principalmente as visitas domiciliares aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade; e atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a unidade básica de saúde;

- Gestão das UBS, priorizando a participação em reuniões de equipe; planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe; atividades de acolhimento; e gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde;

- Integralidade em rede de atenção à saúde mediada por articulações desenvolvidas com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção. Quanto à realização de práticas de integralidade na rede, os discursos recorrentes caracterizam ações que priorizam o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS);

- Integralidade em rede de atenção à saúde, com práticas desenvolvidas no âmbito da atenção à saúde mental em articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fazendo ações integradas com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, sempre que necessário, com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);

- Integralidade em rede de atenção à saúde, priorizando ações no atendimento em situações de desnutrição infantil, saúde da criança de baixo peso e saúde da criança em processos de adoecimento, tendo vista situações de vulnerabilidade social e articulando nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais da rede de saúde;

- Equidade, com vistas ao cuidado integral à saúde das populações que necessitam de atenção diferenciada, a exemplo de pessoas em situação de rua, em medida socioeducativa, privadas de liberdade, ribeirinhas, fluviais. A realização dessas práticas evidenciou resultados bastantes significativos no que se refere à representatividade percentual e discursiva;

- Vigilância, informação, educação e comunicação em saúde, com priorização das notificações compulsórias de doenças e agravos e busca ativa de casos nos domicílios e no território. Essas ações se apresentaram como sendo desenvolvidas de forma associada, ressaltando-se que doenças como tuberculose, hanseníase, dengue, zika e chikungunya e doenças e condições crônicas, como diabetes, hipertensão, cânceres e doenças respiratórias foram as mais referidas pelos(as) profissionais. Porém, estes estão atentos às notificações, aos registros e ao controle de outras possíveis doenças e agravos de incidência em seus territórios de atuação.

As práticas coletivas descritas anteriormente sintetizam aquelas registradas como as mais desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) no âmbito dos serviços da APS/ESF no estado da Paraíba.

Vale chamar atenção para duas críticas evidências observadas na análise das práticas coletivas:

- No que se refere à dimensão Integralidade e Rede, a variável “Conduz clínica ampliada/matriciamento” foi a menos referida como prática desenvolvida pelos(as) pesquisados(as). Em nossa compreensão, isso contribui para a não efetividade do trabalho no alcance da integralidade do cuidado, uma vez que o apoio matricial promove a integração de trabalho em equipe multiprofissional, podendo também integrar diferentes níveis da rede de serviços de saúde no território.

- Quanto às práticas de Controle Social, na análise de suas diferentes variáveis evidenciou-se que os(as) profissionais pesquisados(as) efetivamente não têm exercido ações de controle social em saúde. Conforme os achados deste estudo, apenas para as perguntas relacionadas a já ter sido membro de conselho municipal de saúde, (109, 23,6%) e a ser membro de conselho municipal de saúde (48, 10,4%) receberam respostas positivas superiores às respostas negativas. Considera-se que esses percentuais refletem a presença de poucos enfermeiros(as) envolvidos(as) em ações de controle social em saúde. É crítico que, na análise qualitativa da pesquisa, se tenha constatado que nenhum(a) dos(as) profissionais entrevistados(as) referiu participação nas ações de controle social em seus municípios de atuação.

- **Práticas individuais**

Conforme visto nesta pesquisa, as práticas individuais foram analisadas com base nas dimensões Atuação no Território; Gestão da UBS; e Assistência.

Quanto à atuação no território, as práticas mais desenvolvidas foram as visitas domiciliares, seguidas dos planos de cuidados para pessoas com condições crônicas; em terceiro lugar está o acolhimento. Quanto a todas essas práticas, os(as) enfermeiros(as) informaram planejá-las, realizá-las e supervisioná-las.

No que concerne à gestão das UBS, práticas foram analisadas quanto à frequência de sua realização. Aos nos reportarmos ao Quadro 8 e na Figura 28, que relacionam as variáveis

de análise dessa dimensão, confirmamos que todas elas apresentam-se como realizadas frequentemente, predominando a supervisão das ações dos técnicos/auxiliares de enfermagem e dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS); e o planejamento, o gerenciamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe.

No âmbito das práticas de gestão das UBS, verificou-se que a maior prioridade cai sobre o atendimento ao usuário por demanda espontânea, seguida do atendimento ao usuário por agendamento.

No que se refere à assistência, as práticas foram analisadas quanto à periodicidade de sua realização. A consulta de enfermagem foi identificada como sendo a prática realizada com maior frequência diária; a segunda e terceira mais realizadas, respectivamente, também em frequência diária, são a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos. Os exames mais solicitados pelos(as) enfermeiros(as) na APS/ESF do estado da Paraíba são hemograma, exames de sangue, ultrassonografia e mamografia.

Para além de os solicitarem, os(as) profissionais pesquisados(as) afirmaram poder prescrever medicamentos; em maior frequência, eles(as) informaram a prescrição de sulfato ferroso e outros suplementos. A segunda e a terceira maiores frequências dizem respeito a analgésicos e antiparasitários.

Quanto à resolutividade das práticas assistenciais, a realização de consulta pré-natal foi classificada por 84% dos profissionais como a mais resolutiva, seguida do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, realizada por 74,5% dos(as) enfermeiros(as). Entretanto, em todas as práticas analisadas (ações relacionadas ao planejamento familiar, a hanseníase, tuberculose, hipertensão arterial e diabetes) os percentuais de participantes que as consideram como resolutivas registram-se em aproximadamente 70%.

Os(As) enfermeiros(as), em sua absoluta maioria, afirmaram não exercerem outras atribuições conforme legislação profissional (COFEN) e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação, e asseguram não terem dificuldades no exercício de suas práticas na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família quanto à autonomia das suas responsabilidades normativas legais.

Infere-se, portanto, que a autonomia exercida pelos(as) enfermeiros(as) participantes desta pesquisa é um dos aspectos importantes do cotidiano do trabalho na APS/ESF no estado da Paraíba, fator favorável para a melhoria das condições de saúde da população.

• **As correlações das práticas com a enfermagem de prática avançada**

Para correlacionar, na presente pesquisa, as práticas desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) da APS/ESF, com a enfermagem de prática avançada, torna-se indispensável compreender e identificar as verdadeiras práticas que caracterizam competências dos(as) enfermeiros(as) de prática avançada.

Assim, tomando-se como referência o International Council of Nurses (ICN), a Enfermagem de Prática Avançada (EPA) integra pesquisa, educação, prática assistencial e gestão. O enfermeiro de prática avançada deve exercer alto grau de autonomia e competência nas tomadas de decisões clínicas, com capacidades e habilidades para realizar avaliações, diagnóstico e prescrições, sendo responsável por gestão de casos, avaliação e implementação de programas e planos de cuidado e referência para o primeiro ponto de contato dos usuários com os serviços de saúde (ICN, 2009).

Segundo o ICN, entre as práticas avançadas de enfermagem incluem-se: autonomia para prescrever medicamentos; solicitar exames laboratoriais e imagens diagnósticas; realizar diagnóstico; tomar decisões sobre tratamentos médicos e terapias; referenciar e contrarreferenciar usuários para outros serviços ou profissionais nos diversos níveis de atenção da rede de saúde; e ser o primeiro ponto de contato para usuários com doenças indiferenciadas e/ou condições crônicas estabelecidas (INC, 2009).

No contexto da APS, Magnano (2017, p. 146), ao referenciar Delemaire e Lafortune (2010), define que o(a) enfermeiro(a) de prática avançada na atenção primária, especificamente, é aquele(a) que atua na APS com um escopo de competências o qual inclui atividades que poderiam ser desenvolvidas por médicos, mas que integram sua prática, tanto pela substituição quanto pela complementação do trabalho desses(as) profissionais, prescrevendo medicamentos e solicitando exames.

Ancorado nos autores referenciados, Magnano (2017, p. 146) relaciona as principais tarefas dos(as) enfermeiros(as) de prática avançada em atenção primária, tendo como base o Canadá, a Austrália e os Estados Unidos, países onde a EPA pioneiramente foi implantada há mais de 40 anos. Dentre as diferentes práticas identificadas pelos autores, exemplificam-se: consultas e diagnósticos de enfermagem; triagem com classificação de risco; prescrição de medicamentos sem supervisão médica; vacinação sem receita médica; gestão de casos de doenças crônicas (seguimento, monitorização, educação em saúde); educação em saúde; liderança profissional; pesquisa; prescrição de medicamentos sem supervisão dos médicos; encaminhamento para especialistas; realização de cuidados iniciais contínuos, incluindo-se

levantamento de histórico de saúde, realização de exames físicos e outras atividades de avaliação e rastreio sanitário.

Diante do exposto, pode-se inferir que na APS no estado da Paraíba, no escopo das práticas desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) existem correlações com as práticas avançadas de enfermagem, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho na APS.

Nas práticas individuais identificaram-se, por exemplo, consulta de enfermagem; solicitação de exames, a exemplo de exames laboratoriais e exames de imagem, como ultrassonografia; e prescrição de medicamentos. Nas práticas coletivas, podemos citar a classificação de riscos; a regulação (referência e contrarreferência) na perspectiva de redes de atenção integradas à saúde, prática que se inclui na dimensão Gestão da UBS; e a articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção – prática incluída na dimensão Integralidade e Rede –, tendo em vista que, na APS, o(a) enfermeiro(a) é o primeiro contato.

Outras práticas correlacionadas à EPA identificadas neste estudo são aquelas voltadas à realização do cuidado integral à saúde das populações que necessitam de atenção diferenciada, a exemplo de pessoas em situação de rua, em medida socioeducativa, privadas de liberdade, ribeirinhas, fluviais – práticas que se encontram na dimensão Equidade e que ajudam a promover a universalidade do acesso e da cobertura em saúde.

As evidências dessas práticas e suas correlações com a EPA – para que esta seja implantada no Brasil – contribuem para se pensar o urgente e necessário investimento na ampliação dos programas de formação exigidos para a qualificação de enfermeiros(as) de prática avançada, uma vez que os resultados deste estudo revelaram que os(as) profissionais pesquisados(as), em sua maioria absoluta, só possuem pós-graduação *lato sensu*, predominantemente a especialização.

Deve-se considerar que os referenciais internacionais e as orientações preconizadas pela OPAS/OMS estabelecem critérios para a formação de enfermeiros(as) de prática avançada – tendo em vista a ampliação do papel dos(as) enfermeiros(as) na APS –, propondo planos de formação que incluem cursos de mestrado profissional em APS direcionados aos(às) enfermeiros(as) recém-egressos(as) de cursos de graduação; e enfermeiros(as) que já trabalham nos serviços de APS. As atribuições do(a) enfermeiro(a) de prática avançada são determinadas pelas regulamentações e pelas legislações nacionais, ou seja, por conselhos profissionais e órgãos governamentais (OPAS, 2018).

Ressalte-se, portanto, que a OPAS e o COFEN são parceiros nas discussões que objetivam a implantação e a implementação da Enfermagem de Prática Avançada (EPA) no

Brasil, com a finalidade de aumentar a cobertura e ampliar o acesso das populações aos serviços ofertados pela APS (COFEN, 2018).

Considerando-se evidências apresentadas, conclui-se que esta tese constitui um documento técnico-científico sobre a prática de enfermeiros(as) da APS do estado da Paraíba, e reúne importantes contribuições para o ensino e a pesquisa, os gestores do SUS, os tomadores de decisões e as corporações de enfermagem.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABEN. Associação Brasileira de Enfermagem. **Histórico**. ABEn Nacional. Disponível em: <https://www.abennacional.org.br/site/historia/>. Acesso em abr. de 2022.
- ALVARENGA, J. P. *et al* Modelos de Formação para a Atenção Primária à Saúde: evidências no contexto do Ensino de Enfermagem. **Enferm Foco**, v.12, (Supl.1), p.42-8. 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem>. Acesso em abr. de 2022.
- ALVARENGA, J. P. O. *et al*. Formação de Profissionais de Saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) em diferentes países: semelhanças e diferenças. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, v. 12, n. 2, p.39-62, Epub Ago. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2896>. Acesso em abril de 2022.
- ANDERY, M. A. P. A. *et al*. **Para Compreender a Ciência: uma perspectiva histórica**. 16ed. Garamond, Rio de Janeiro, 2012. 436 p. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Germinal%3A+Marxismo+e+Educa%C3%A7%C3%A3o+em+Debate%2C+Salvador%2C+v.+9%2C+n.+2%2C+p.+241244%2C+ago.+2017.&oq=Germinal%3A+Marxismo+e+Educa%C3%A7%C3%A3o+em+Debate%2C+Salvador%2C+v.+9%2C+n.+2%2C+p.+241244%2C+ago.+2017.&aqs=chrome..69i57j69i58.421j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em outo. 2020.
- ANTUNES, R. L. C. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. Boitempo. São Paulo, 2005, 136p.
- ARAÚJO, D, V; SILVA, C. C. Historicidade institucional do ensino de enfermagem na Paraíba: Uma contribuição para o estudo. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 1, p.114-9, jan./mar. 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273026748_Historicidade_institucional_do_ensino_de_enfermagem_na_Paraiba_uma_contribuicao_para_o_estudo. Acesso em abr. de 2022.
- ARRUDA, E. N. T. Análise do hábito de leitura de graduandos do curso de Enfermagem de uma universidade privada de São Paulo. **J Health Sci Inst**. v. 30 n. 4, p.359-64. 2012. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V30_n4_2012_p359a364.pdf. Acesso em abr. de 2022.
- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)**. 2020. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking> Acesso em: 24 março 2022.
- AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: História, Processos Sociais e Práticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.905-912, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300905&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em nov. de 2020.
- BARBOSA, M. L. *et al*. Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma scoping review. **Esc Anna Nery**, v. 23, n.3, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8W3787SLwcbMmyTtYDzLNq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em abril de 2022.

BARRETO, J. O. M. et al. Pesquisa translacional em saúde coletiva: desafios de um campo em evolução. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 2, p. 4-9, nov., Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/i/2019.v43nspe2/>. Acesso em abr. de 2022.

BARROS, A. L. B. L. et al. Livre-docência: o reconhecimento de uma trajetória comprometida com o ensino, pesquisa e extensão. **Rev Bras Enferm**. v. 74, (Suppl 5), p. 1-4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rMFh5VvDmMj7wwgKWr8bY5r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em março de 2022.

BARROS, F. P. C. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? **Temas em Debate**, p. 87-90. Anais do IHMT. 2019. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/download/176/142/>. Acesso em junho de 2020.

BARROS, M. M. A. F. et al. Acolhimento em Unidade de Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios. **SANARE**, v.17, n. 02, p.114-119, jul./dez. Sobral, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1269/677>. Acesso em abril de 2022.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, supl.1, p. 157-173, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HBmSgVJj4TxWw9jhYgFTyks/?lang=pt>. Acesso em br. de 2022.

BIFF D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, Scherer MDA, Soratto J. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(1):147-158, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em mar. de 2022.

BIFF, D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(1):147-158, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em mar. de 2022.

BIFF, D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p.147-158, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n1/147-158/pt>. Acesso em abril de 2022.

BIFF, D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 147-158, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

BONATTO, S. R. et al., Protocolos de Enfermagem no Município de Jaraguá do Sul/SC: estratégia transformadora para atenção primária. **Enferm Foco**. v. 12, (Supl.1), p.147-52. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5173/1175>. Acesso em abril de 2022.

BONFIM et al. Identificação das Intervenções de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [online] v.46, n.6, p.1462-70, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000600025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em maio de 2020.

BORON *et al.* **A Teoria Marxista Hoje**. Problemas e perspectivas.2007. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/formacion-virtual/20100715073000/boron.pdf>. Acesso em out. de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. Brasília, 2015. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Gabinete da Presidência da República. **Lei do Exercício Profissional de Enfermagem**. Lei 7.498/86. DOU de 26.06.86. Seção I – fls. 9.273 a 9.275. Brasília,1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, de 23.12.1996. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em abr. de 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº 1.133/2001**. Diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial. da União. Seção 1E, p. 131. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em abr. de 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CP Nº 2, de 20 de dezembro de 2019**. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Inicial de Professores para a Educação Básica e institui a Base Nacional Comum para a Formação Inicial de Professores da Educação Básica (BNC-Formação). Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Republica no Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=77781%E2%80%9D>. Acesso em abr. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1Brasília, DF, 2013a. 56 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed.; 1. reimpr. Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. II. Brasília, DF, 2013b. 290 p. Cadernos de Atenção Básica n. 28. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. Reimp. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2010. 44 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. CNES. Base de Dados. DATASUS, 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>. Acesso em 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 94.406 de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial. República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia e-SUS Atenção Primária: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC**. Versão 4.2 [Recurso Eletrônico]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC/PEC_00_base_conceitual/ Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC. Versão 3.1 [Recurso Eletrônico]. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema de Legislação da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014**. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Sistema de Legislação da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da Atenção Primária**. Coordenação-Geral de Informação da Atenção Primária (CGIAP), Departamento de Saúde da Família (DESF), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004. 48 p. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Brasília, 2009. 64 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf . Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: o que é como implementar** (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília. DF. 2010. Disponível em:

https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf . Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1 de 2 de janeiro de 2014**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html . Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Gabinete do Ministro. Sistema de Legislação da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017**. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Legislação da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Gabinete do Ministro. Sistema de Legislação da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html Acesso em abr. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União n.183; 22 set. 2017. Disponível em:

http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017. Acesso em junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 71, de 10 de dezembro de 2020**. Divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos cubanos reincorporados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, ed. 237, seção1, p. 157. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-71-de-10-de-dezembro-de-2020-293542316>. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Gabinete do Ministro. Sistema de Legislação da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 254, de 31 de janeiro de 2002**. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Fundação Nacional de Saúde. Diário Oficial da União nº 26. Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002. 2. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf.pdf>. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/saude-brasil-2013-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-das-doencas-transmissiveis-relacionadas-a-pobreza/>. Acesso em junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2020/2021**: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis [recurso eletrônico]. Brasília, 2021. 422 p.: il. Disponível em: : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020/2021_situacao_saude.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/siab>. Brasília, DF, 2022. Acesso em abr. de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 10.836 de 09 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Revogado. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União de 12 de jan. de 2004, p. 1. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10836&ano=2004&ato=759c3Yq1UeRpWTd37>. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídico. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em abr. de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021.** Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nºs 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União, 30 de dez. de 2021, p. 1. Brasília, DF. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114284.htm. Acesso em abril e 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União, 20.9.1990. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União, 31.12.1990. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Texto Constitucional Promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Coordenação de Edições Técnicas. Brasília. 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC912016.pdf. Acesso em maio de 2020.

BRITO, A. R. R. T. *et al.* Atuação multiprofissional do enfermeiro residente em saúde mental na Atenção Básica: relato de experiência. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 4, p. 135-146. Disponível

em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2251>. Acesso em abril de 2022.

BRYANT-LUKOSIUS, D; MARTIN-MISENER, R. **ICN Policy Brief. Advanced Practice Nursing: an essential component of country level human resources for health.** ICN [Internet]. 2016. Disponível em:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN_Policy_Brief_6.pdf.

Acesso em junho de 2020.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania.** Sumário Executivo. IPEA. Brasília 2014. 87 p. Disponível em:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Livros/Bolsa10anos_Sumex_Port.pdf. Acesso em abril de 2022.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 23-33, maio-ago, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CkcCVLQYv7DJYmp3bqGdQpC/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em abril de 2022.

CAMPOS., G. W. S. Cogestão e Neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2337-2344, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a09.pdf>. Acesso em nov. de 2020.

CARREGAL, F. A. S. *et al.* Historicidade da pós-graduação em enfermagem no Brasil: uma análise da sociologia profissões. **Rev Bras Enferm.** v. 74, n. 6, e20190827, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/88PnHmqRc7jFMFPyh4cddTk/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em abr. de 2022.

CGI. Comitê Gestor da Internet no Brasil. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros.** [Livro eletrônico]. TIC Saúde 2021. Ed. COVID-19: metodologia adaptada. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação. Comitê Gestor da Internet no Brasil. São Paulo, 2021. Disponível em:

https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20211124124231/resumo_executivo_tic_saude_2021.pdf. Acesso em abr. de 2022.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 23, n. 3, p. 350-4., mai./jun. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/4289/13773>.

Acesso em abril de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de câmara técnica nº 02/2018/CTLN/COFEN.** Organização de enfermagem. Definição da supervisão de enfermagem. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-02-2018-cofen-ctl_n_61504.html. Acesso em abril de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. a **Resolução COFEN N ° 0581/2018.** Atualiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registros de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedidos a Enfermeiros e aprova a lista de especialidades. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, DF, 2018.

Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp->

[content/uploads/2018/07/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0581-2018.pdf](#). Acesso em abr. de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Cofen publica diretrizes para serviços de Enfermagem frente o COVID-19**. Objetivo é garantir a segurança da população e dos profissionais. COFEN. Brasília. DF. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-diretrizes-para-servicos-de-enfermagem-frente-o-covid-19_78031.html. Acesso em abril de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Cofen publica diretrizes para serviços de Enfermagem frente o COVID-19**. Objetivo é garantir a segurança da população e dos profissionais. COFEN. Brasília. DF. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-diretrizes-para-servicos-de-enfermagem-frente-o-covid-19_78031.html. Acesso em abril de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Decisão COFEN N° 120/2021**. Insere na Área III, Ensino e Pesquisa, do Anexo da Resolução Cofen n° 581/2018, que trata do rol das especialidades em enfermagem, o item “Bases Epistemológicas e Filosóficas da Enfermagem.” Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, DF, 2021b. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-120-2021_89975.html.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Decisão COFEN N° 65/2021**. Reconhece a Especialidade de Enfermagem Nuclear, bem como sua inserção no Anexo da Resolução Cofen n° 581/2018, que trata do rol das especialidades em enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, DF, 2021a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-65-2021_86456.html. Acesso em abr. de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **O Cofen**. Institucional. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, DF. 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/o-cofen#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Enfermagem,o%20Sistema%20COFEN%2FConselhos%20Regionais>. Acesso em abr. de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Para OMS, saúde universal exige práticas avançadas de enfermagem** [Internet]. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/para-oms-saude-universal-exige-praticas-ancadasdeenfermagem_62722.html. Acesso em outubro de 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Por unanimidade, Senado aprova piso nacional da Enfermagem**. ASCOM. Brasília, 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/por-unanimidade-senado-aprova-piso-nacional-da-enfermagem_93804.html. Acesso em abril de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Relatório da OMS destaca papel da Enfermagem no mundo** [internet]. ASCOM. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/relatorio-da-oms-destaca-papelda-enfermagem-no-mundo_78751.html. Acesso dez. de 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Relatório final da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. FIOCRUZ/COFEN, v. I. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em mar. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos**. Coord. por Maria Fátima de Sousa. Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados

Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasília, 2022, 809p.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0464/2014**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. COFEN. Brasília, DF. 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html. Acesso em abril de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em abril de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 661/2021**. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília. DF, 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em abril de 2022.

COLLET, N.; WETZEL, C. Hermenêutica Dialética: um caminho de pensamento na investigação em Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 5-11, jan. Porto Alegre, 1996. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4096>. Acesso em junho de 2020.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Vigilância em Saúde nos municípios**. [livro eletrônico]. Caderno de Textos. Org.: FERREIRA, M. C.; VON ZUBEN, A. P. B. IPADS. Campinas, SP, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Caderno-de-Textos-Vigilancia-em-Saude-nos-municipios-1-3-1.pdf>. Acesso em abril de 2022.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da atenção à saúde. Território e Vigilância em Saúde. Cooperação Técnica Interinstitucional**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Teresina, 2017. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/document/file/602/Guia_oficina_3_adaptada_PI_julho_2017_1_.pdf. Acesso em abril de 2022.

CONCEIÇÃO, A. S. *et al.* Ações da enfermeira na visita domiciliar da Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. sup. 20, e441. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/441>. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da Atenção Primária**. Coordenação-Geral de Informação da Atenção Primária (CGIAP), Departamento de Saúde da Família (DESF), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 29 março 2022.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **O papel das entidades representativas da Enfermagem**. Florianópolis. SC.2014. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/2014/02/06/o-papel-das-entidades-representativas-da-enfermagem/>. Acesso em abr. de 2022.

COREN-PB. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. **Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do estado da Paraíba**. 2. ed. - COREN-PB. João Pessoa. PB, 2015. 319 p. Disponível em: <http://www.corenpb.gov.br/wp->

[content/uploads/2015/12/Coren-Pb-Protocolo-do-Enfermeiro-pb-20102015.pdf](#). Acesso em abril de 2022.

CORRÊA, A. C. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 14, n. 1, p. 171-80, jan/mar., 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/index> . Acesso em mar. de 2022.

CORRÊA, A. K. **Licenciatura em enfermagem: percursos e propostas formativas.** IV Congresso Nacional de Formação de Professores. XIV Congresso Estadual Paulistas sobre Formação de Professores. Águas de Lindóia, SP, 2018. Disponível em: <https://sigeve.ead.unesp.br/neadEvento/event/view/id/20>. Acesso em abr. de 2022.

COSTA, S. T. *et al.* A utilização da classificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 23, n. 4, p. 941 – 948, out./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16538>. Acesso em abril de 2022.

CRESWELL, J. W. **A Concise Introduction to Mixed Methods Research.** Sage Mixed Methods Research Series. Thousand Oak. Califórnia. USA, 2015. Disponível em: https://www.worldcat.org/title/concise-introduction-to-mixed-methods-research/oclc/1050129568&referer=brief_results. Acesso em junho de 2020.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Trad. Magda Lopes. Rev. Dirceu da Silva. 3.ed. Porto Alegre, RS. Artmed, 2010. 296p.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos.** Série Métodos de Pesquisa. 2.ed. Penso. Porto Alegre, RS, 2013.

CRUZ, M. M. S. Para Compreender a Ciência: uma perspectiva histórica. Resenha. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, v. 9, n. 2, p.241-244, ago. Salvador. Bahia, 2017. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Germinal%3A+Marxismo+e+Educa%C3%A7%C3%A3o+em+Debate%2C+Salvador%2C+v.+9%2C+n.+2%2C+p.+241244%2C+ago.+2017.&oq=Germinal%3A+Marxismo+e+Educa%C3%A7%C3%A3o+em+Debate%2C+Salvador%2C+v.+9%2C+n.+2%2C+p.+241244%2C+ago.+2017.&aqs=chrome..69i57j69i58.421j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em outo. de 2020.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf> Acesso em dez. de 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Guia de enfermagem na atenção ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa.** V. I. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Primária e Secundária. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/90213/Guia+de+Enfermagem+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+ao+Adolescente+em+Cumprimento+de+Medida+Socioeducativa+Volume+I.pdf/c9d2ce12-bc27-8cf6-080d-502cdc11e49b?t=1648642335860>. Acesso em abril de 2022.

EL KADRI MR. *et al.* Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e180613. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jJWLyMsndVmG3N9BTc5M4GG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

FEHN, A. C; GUARACIABA-ALVES, T. S; DAL POZ, M. R. Higher education privatization in Nursing in Brazil: profile, challenges and trends. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 29, e3417, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hqTkyL83B3MnztggQFYwZvs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abr. de 2022.

FEREIRA, A. M. L. **Segurança do Paciente na Atenção Primária: Identificação de Incidente e Desenvolvimento de Proposta de Protocolo para Notificação**. Dissertação. (Mestrado). Pós-Graduação em Ciências para a Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, DF, 2019. 66p.

FERNANDES, B. C. G. *et al.* Utilização de tecnologias por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 42, (esp):e20200197, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rngen/article/view/110767/60365>. Acesso em abril de 2022.

FERNANDES, M. C. *et al.* Identidade do enfermeiro na Atenção Básica: percepção do “faz de tudo”. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v.71, n. 1, p.154-9. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bpgfmDW6PZrY45HLz84LYZm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

FERNANDES, M. C. *et al.* Identity of primary health care nurses: perception of doing everything. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v.71, n.1, p.142-7, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0142.pdf. Acesso em junho de 2020.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 194-202, jan., Recife, Pe, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23311>. Acesso em abril de 2022.

FERRAZ, L; PEREIRA, R. P. G, PEREIRA, A. M. R. C. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 2, p. 200-216, nov. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/i/2019.v43nspe2/>. Acesso em abr. de 2022.

FERREIRA, P. L. **Estatística Descritiva e Inferencial: breves notas**. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal, 2005. 118p. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>. Acesso em agosto de 2020.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* **O Processo de Trabalho da Enfermeira na Atenção Primária, frente à pandemia da Covid-19**. In.: TEODÓSIO, S. S. C. S.; LEANDRO, S. S. Enfermagem na Atenção Básica no contexto da COVID-19. ABEEN. DEAB, 86p. Série Enfermagem e Pandemias, v. 3. Brasília, DF, 2020.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* **Reflexões sobre o escopo do trabalho da enfermeira na atenção primária à saúde: contribuições do grupo de estudo do DAPS-ABEn-RS**. Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre, 2020. 84p.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm.** [Internet], v. 71, (Supl 1), p.704-9. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em abril. de 2022.

FIGUEIRA M. C. S. *et al.* Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. *Saúde Debate*, v. 44, n. 125, p. 491-503, abr. – jun., 2020. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/sdeb/v44n125/0103-1104-sdeb-44-125-0491.pdf>. Acesso em abril de 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz; CNS. Conselho Nacional de Saúde. Atenção Primária e Sistemas Universais de Saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Posicionamento brasileiro (Fiocruz e Conselho Nacional de Saúde) para a Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro de 2018. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 1, p. 434-451, set., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0434.pdf>. Acesso em maio de 2020.

FORTE, E. C. N. et al. Processo de Trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, p.1-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v53/1980-220X-reusp-53-e03489.pdf>. Acesso em nov. de 2020.

FRANÇA, E. P. F. B.; BEZERRA, H. J. M. D.; CURADO, J. C. L. G. Identificação e classificação de risco familiar em uma comunidade assistida por uma unidade de saúde da família em Recife-Pe. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 7, n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/11348>. Acesso em abril de 2022.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. **Em Busca da Clínica dos Afetos**. In: Franco, T. B.; RAMOS, V, *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. Hucitec, São Paulo, 2010. Disponível em; <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/6em-busca-da-clinica-dos-afetos.pdf>. Acesso em nov. de 2020.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde, v. 6, n. 2. p.151-163, 2012. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>. Acesso em out. 2020.

FREIRE, N. P; FAGUNDES, M. C. M. Acesso à informação na enfermagem e aprimoramento profissional: contribuições da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 56, p. 90-97, dez. Rido de Janeiro, 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf. Acesso em abr. de 2022.

FRIGOTTO, G. **Trabalho**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Verbetes. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>. Acesso em dez. de 2021.

GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eann/v20n1/1414-8145-eann-20-01-0090.pdf>. Acesso em abril de 2022.

GIOVANELLA L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, n.24, sup.1: S7-S27. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>. Acesso em maio de 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, (Supl. 1), p. 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Tsz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p.783-794, 2009.

GOMES, R. M. L. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Ed. Universitária da UFPE. Recife, 2015. 50p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3334/1/4proc_trabalho_2016.pdf. Acesso em abril de 2022.

GOMES, R. M. *et al.* A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e40010212616, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12616>. Acesso em abril de 2022.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 9, n.4, p.470-475. São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf. Acesso em abril de 2022.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011. 256 f. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17935/1/ve_Gracia_Gondim_ENSP_2011.pdf. Acesso em abril de 2022.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em abril de 2022.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Território e territorialização**. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. EPSJV. Rio de Janeiro. 2017. p. 21-44. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39894>. Acesso em abril de 2022.

GRANDO, M. K. DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 14, n. 3, p. 504-510, jul. set., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VrSdJVcbbDhVbpxXhQfYmmr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

GUIRARADELLO, E. B. *et al.* **Ambiente da prática de enfermagem e resultados para profissionais e pacientes**. In.: Associação Brasileira de Enfermagem. FELLI, V. E. A.; PERUZZO, S. A.; ALVARENGA, J. P. O. Organizadores. PROENF. Programa de

Atualização de Enfermagem: Gestão. Ciclo 11. Artmed Panamericana, p. 59-83 (Sistema de Educação Continuada e Distância, v. 1). Porto Alegre, RS, 2021.

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L. C. O Software QRS NVivo 2.0 na Análise Qualitativa de Dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 24, n. 1, abril, p. 53-60, Porto Alegre, RS, 2003. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4437>. Acesso em agosto de 2020.

HARVEY, G. *et al.* Exploring the hidden barriers in knowledge translation: a case study within an academic community. **Qualitative Health Research**, v. 25, n.11, p.1506-1517. 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Área territorial - Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios**. 2021a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto> Acesso em: 24 março 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios – Resultados do Universo**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf Acesso em: 24 março 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia**. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017a. 84p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf> Acesso em: 24 março 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias**. Rio de Janeiro, 2017b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100600.pdf> Acesso em: 24 março 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados> Acesso em: 24 março 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE/Cidades – **Panorama e Pesquisas do estado da Paraíba**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama> Acesso em: 25 março 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017-2018): perfil das despesas no Brasil; indicadores de qualidade de vida**. Rio de Janeiro, 2021d. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101886.pdf> Acesso em: 25 março 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2021e. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf> Acesso em: 25 março 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tabelas de divisão territorial brasileira**. 2021c. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/23701-divisao-territorial-brasileira.html?edicao=33002&t=acesso-ao-produto> Acesso em: 24 março 2022.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010:** Características da população e dos domicílios, resultados do universo. Rio de Janeiro. IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=793>. Acesso em nov. de 2020.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.** [Internet]. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df/brasil.html>. Acesso em nov. de 2020.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil:** uma primeira aproximação. Série. Estudos e Pesquisas. Informação Geográfica, n. 11. Diretoria de Geociências. Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro, RJ, 2017. 84p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em agosto de 2020.
- ICN. International Council of Nurses. **ICN, CIE, Nurse Practitioner - Advanced Practice Nursing Network:** Country Profiles. ICN [Internet]. 2014. Disponível em: <http://international.aanp.org/content/docs/countryprofiles2014.pdf>. Acesso em junho de 2020.
- JESUS, M. A.; SOUZA, M. K. B. Concepções, estratégias e usos do planejamento na gerência em Unidades de Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 24, n. 3, p. 493-504, jul.-set. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15815/24105>. Acesso abril de 2022.
- JESUS, E. A. et al. Comunicação na prevenção e controle de dengue, chikungunya e Zika: um panorama analisado junto à população brasileira. **Enferm Foco**. v. 12, (Supl.1), p. 22-9, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5182>. Acesso em abril de 2022.
- KEMPER, E. S. et al. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v.42, n.e1, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e1/pt>. Acesso em maio de 2020.
- KEMPER, E. S. *et al.* Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v.42, n.e1, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e1/pt>. Acesso em abril de 2022.
- KOSTER, I. **O exercício profissional da enfermagem no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil.** Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019. 288 f. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48874/2/isabella_koster_ensp_dout_2019.pdf. Acesso em abr. de 2022.
- KOSTER, I. **O exercício profissional da enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil.** Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2019. 288 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48874?mode=full>. Acesso em abril de 2022.
- LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J. B.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na atenção básica** [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. 62p. Disponível em: https://unarus.ufsc.br/atencao_basica/files/2017/10/Planejamento-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf. Acesso em abril de 2022.

- LEAL, A. S. L. G. **Formação especializada em Saúde da Família:** aprendizagem e mudança de práticas. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. 275 f. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36078/2/ve_Ana_Suerda_ENSP_2014.pdf. Acesso em outubro de 2020.
- LEITE, R. A. F. *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 18, n. 51, p. 661-672. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>. Acesso em abr. de 2022.
- LIMA, E. F. A. *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(1): e9405. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405> Acesso em março de 2022.
- LIMA, L. D. **Condicionantes da Regionalização da Saúde no Brasil:** Desafios e Recomendações para o Planejamento e a Gestão Territorial do SUS no Horizonte dos Próximos 20 Anos. Seminário Brasil Saúde Amanhã: Horizontes para os próximos 20 anos. FIOCRUZ. 2015. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/textos-paradiscussao/#.Wsp65i7waUm>. Acesso em junho de 2020.
- LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 50:36, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZVNSNvmVknYpnDYnNYZHwxk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em abril de 2022.
- LOCH, S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. **Saúde Debate**, v. 43, n. Especial 6, p. 48-58, dez. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fp89vLBPYg6MWtyB8XNWKJb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.
- LOGAN, J. E; PAULING, C. D; FRANZEN, D. B. Health Care Policy Development: A Critical Analysis Model. **J. Nurs Educ.** 2011;50(1):55-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21117536/>. Acesso em abr. de 2022.
- MACHADO, M. H *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p.11-17, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>. Acesso em mar. 2022.
- MACHADO, M. H. *et al.* Condições de trabalho da enfermagem no Brasil: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 56, p. 70-78, dez. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/884487/condicoes-de-trabalho-da-enfermagem-no-brasil-uma-abordagem-a-p_t2k05fV.pdf. Acesso em abr. de 2022.
- MACHADO, M. H. *et al.* **Perfil da Enfermagem no Brasil:** Relatório Final. NERHUS. DAPS. ENSP/FIOCRUZ/COFEN, v. 1. Rio de Janeiro, RJ, 2017. 748p. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em julho de 2020.
- MAGALHÃES, A. M. M. *et al.* **Tendências em Enfermagem.** In: Associação Brasileira de Enfermagem. FELLI, V. E. A.; PERUZZO, S. A; ALVARENGA, J. P. O. Organizadores. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 11. Artmed

Panamericana, p. 11-57. Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1. Porto Alegre, 2021.

MARINHO, G. L. *et al.* Enfermeiros no Brasil: transformações socioeconômicas no início do século XXI. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HqQzCskrFmpr66W4hjkyBDt/abstract/?lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. Trad. Florestan Fernandes. 2.ed. Expressão Popular, São Paulo, 2008. 288p. Disponível em: https://gpect.files.wordpress.com/2013/11/contribuicao_a_critica_da_economia_politica.pdf. Acesso em outubro de 2020.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política - o processo de produção do capital**. Livro 1. Trad. Rubens Enderle, 2. ed., Boitempo, São Paulo, 2017.

MARX, K. **Teorias da Mais Valia**. Livro 4, v. 1. Bertrand Brasil, São Paulo, 1987. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1863/mes/prodcapital.htm#t121>. Acesso em nov. de 2020.

MATOS, E. **Novas Formas de Organização do Trabalho e Aplicação na Enfermagem: possibilidades e limites**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002. 140p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83504/184717.pdf?sequence=1>. Acesso em out. de set. de 2020.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. EPSJV/FIOCRUZ, Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3, p. 61-80. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em abril de 2022.

MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JmKzRwJ4gpgxPP9YnMTQtS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

MELLO, L. M. B. D. **Análise da profissionalização dos/as agentes comunitários/as de saúde: qual o futuro desse/a trabalhador/a no sistema de saúde brasileiro?** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, Pe. 2021.

MENDES M. *et al.* Práticas da enfermagem na estratégia saúde da família no Brasil: interfaces no adoecimento **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 42, (esp), e20200117, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/R6DZRzqccGNJHJhYFVq544D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

MENDES, A. G. Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Resenha. Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília. Brasília, 2007a, 250p. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl. 1,

p.1625-1628, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a37v14s1.pdf>. Acesso em de junho 2020.

MENDES, D. P. *et al.* O exercício de advocacy no âmbito da enfermagem: uma análise filosófica gadameriana. **Rev Enferm. UERJ.**, v. 27, e43570. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.uerj.br/revista-cientifica/revista-enfermagem-uerj/>. Acesso em abr. de 2022.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. Brasília, 2015. 193 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em set. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em abril de 2022.

MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. 2. ed. Brasília, 2019. 192 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em set. 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, DF, 2012. 512 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em abril de 2022.

MENDES, M *et al.* Workloads in the Family Health Strategy: interfaces with the exhaustion of nursing professionals. **Rev Esc Enferm USP.** v. 54, e03622. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/p697jxtjFgBR4SnfNDCP7hf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

MENDONÇA, A. V. M. **Os processos de Comunicação e o Modelo Todos-Todos: uma relação possível com o Programa Saúde da Família**. Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2007. 60p.

MENDONÇA, A. M. **O processo de comunicação Todos-Todos e a produção de conteúdos: desafios à Gestão do Conhecimento**. In.: OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas*. Orgs. MOYA, J.; SANTOS, E. P. MENDONÇA, A.V. M. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2009. 140 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34953/9788579670039_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em abr. de 2022.

MENDONÇA, A. V. M. **O papel da Comunicação em Saúde no enfrentamento da pandemia: erros e acertos**. In: SANTOS, A.O.; LOPES, L.T. *Competências e Regras - Coleção COVID-19*. Vol. 3. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF, 2021. p. 164-178. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/40912> .Acesso em abril de 2022.

MENDONÇA, A.V. M. **Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma Política Necessária**. In: SOUSA, F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.

(Org.). Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Brasília: Saberes; 2014. p. 701-719.

MENESES, M. O. *et al.* Processo de territorialização realizado em unidades básicas de saúde sob o olhar da enfermagem. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 26, n.2, p.33-37, mar – mai., 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140942.pdf. Acesso em abril de 2022.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. In.: PEREIRA, I. B. et al. Dicionário da Educação, Profissional em Saúde. ã 2.ed. rev. ampl. EPSJV, Rio de Janeiro, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em nov. de 2020.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315756131_amostragem_e_saturacao_em_pesquisa_qualitativa_consenso_e_controversias_sampling_and_saturation_in_qualitative_research_consensuses_and_controversies/link/58e25be74585153bfe9f5134/download. Acesso em agosto de 2020.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Hucitec, São Paulo, 2014.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, v. 9, n.3, p. 239-262, jul/set. 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em junho de 2020.

MIRANDA NETO, M. V et al. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, Supl 1, p.716-21, 2018. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0716.pdf. Acesso em setembro de 2020.

MORAES, B. et al. A Categoria Trabalho em Marx e Engels: uma análise introdutória de sua legalidade onto-histórica. **Rev. Eletrônica Arma da Crítica**, ano 2, n. 2, março, p. 36-47, 2010. Disponível em: <http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/3%20a%20categoria%20trabalho%20em%20marx%20e%20engels%20betania%20natalia%20emanoela%20e%20susana.pdf>. Acesso em outubro de 2020.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D.; TEIXEIRA; A. N. Análises Qualitativas nos Estudos Organizacionais: as vantagens no uso do software Nvivo®. **Revista Alcance**. [Eletrônica], v. 23, n. 4, out./dez. 2016. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br//seer/>. Acesso em agosto de 2020.

NAUDERER, T. M; LIMA, M. A. D. S. Práticas de Enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde em Município do Sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [online] v. 16, n. 5, set-out, p. 889-894, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em maio de 2020.

NESP. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos**. (Pesquisa Multicêntrica em Desenvolvimento). Parceria com o Conselho Federal de Enfermagem -

Sistema COFEN/CORENs. Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2019.

NETO, F. R. G. X. *et al.* Características de enfermeiros da estratégia saúde da família de uma microrregião da saúde do Ceará. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 5, p.130-136. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2908>. Acesso em abril de 2022.

NETTO, J. P. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. 1.ed. Expressão Popular, São Paulo, 2011. 64 p. Disponível em: <http://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/livros-diversos/introducao-aos-estudos-do-metodo-de-marx-j-p-netto.pdf>. Acesso em out. de 2020.

NEVES, C. A. B. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. Resenha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, n. 8, p. 1953-1957, ago, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>. Acesso em nov. de 2020.

NONATO, L. O. F. *et al.* Primary Healthcare management strategies in socially vulnerable territories exposed to violence. **Rev Esc Enferm USP**, v.54, e03608. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/8zVhrhSTNrBJfJfHmXPQTGK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

NUNCIARONI, A. T. *et al.* Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. **APS em Revista**, v. 4, n. 1, p. 61-80, janeiro/abril, 2022. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/234/119>. Acesso em abril de 2022.

NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 2, p. 127-144, out. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HL6TRrF7NyypWjXdVyfhzsH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

OLIVEIRA JÚNIOR, S. A. **Planificação da rede temática de atenção na 6ª região de saúde do Rio Grande do Norte: análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília. Brasília, 2014. 124 p.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1165-1180, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1165.pdf>. Acesso em junho de 2020.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* The State of Nursing in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**., v. 28, e3404, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvkYp6GNLsZhFK7mGwd/?lang=pt> Acesso em abr. de 2022.

OLIVEIRA, E. A. *et al.* Atenção primária em saúde coletiva e enfermagem no contexto das ações e práticas de saúde: uma revisão integrativa. **Electronic Journal Collection Health**, v.12, n. 10, e4784, p. 2 – 9, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4784>. Acesso em abril de 2022.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** v. 66, n. (esp), p.158-64, 2013. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em dez. de 2021.

OLIVEIRA, M. C. C. Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. **Braz. J. Hea. Rev., Curitiba**, v. 3, n. 5, p. 13578-13588 set./out. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/17511>. Acesso em abril de 2022.

OLIVEIRA, M. G. A. **Clinica ampliada e cogestão**: desafios da política de humanização no Sistema Único de Saúde. In.: Associação Brasileira de Enfermagem. FELLI, V. E. A.; PERUZZO, S. A.; ALVARENGA, J. P. O. Organizadores. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão. Ciclo 11. Artmed Panamericana, p. 95 – 112. Sistema de Educação Continuada a Distância. Porto Alegre, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <http://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude/153-declaracao-de-alma-ata>. Acesso em maio de 2020.

OPAS. Organização Pana-Americana de Saúde. **Lançamento da Campanha “Nursing Now” (Enfermagem Agora)**. Observatório de Recursos Humanos de Saúde do Mercosul. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://mercosur.observatoriorh.org/pt-br/lancamento-da-campanha-nursing-now-enfermagem-#:~:text=O%20d%C3%ADa%20de%20Abril,integrantes%20da%20ONU%2C%20para%20que>. Acesso em abril de 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Ampliação do papel dos Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Washington, D. C. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34960>; e em <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/pdf>. Acesso em junho de 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil**: avanços e perspectivas. Orgs. MOYA, J.; SANTOS, E. P. MENDONÇA, A.V. M. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2009. 140 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34953/9788579670039_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em abr. de 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Atenção Primária à Saúde. **Folha Informativa**. Sistemas e Serviços de Saúde. Organização Mundial de Saúde. OPAS. Brasil. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843. Acesso em maio de 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Fotografia da enfermagem no Brasil**. [Internet]. Brasília, DF. 2020. Disponível em <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/>. Acesso em mar. de 2022.

OPAS. Organização Pna-Americana de Saúde. **Infográfico - Situação da enfermagem na Região das Américas**. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para as Américas. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54504>. Acesso em mar. de 2022.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008, p. 547-573.

PARAÍBA, Governo do Estado da Paraíba. **Boletim de indicadores socioeconômicos do estado da Paraíba**. 2020b. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-de-planejamento-orcamento-e-gestao/arquivos/notas-tecnicas/boletim-indicadores-sociais.pdf> Acesso em: 25 março 2022.

PARAÍBA, Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: Paraíba 2020/2023**. 2020a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf> Acesso em: 27 março 2022.

PARAÍBA, Secretaria do Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: atualização dos dados epidemiológicos de Influenza A H3N2. 2022a. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-epidemiologico-influenza-n-05_2022_.pdf Acesso em: 29 março 2022.

PARAÍBA, Secretaria do Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: situação epidemiológica de arboviroses. 2022b. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/be-n-03-mar_2022.pdf Acesso em: 29 março 2022.

PARAÍBA, Secretaria do Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: situação epidemiológica de hanseníase. 2022c. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-epidemiologico-n-01-em-11-de-janeiro-de-2022.pdf> Acesso em: 29 março 2022.

PARAÍBA, Secretaria do Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 03 – 03 de dezembro de 2021**. 2021. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/nota-tecnica-ndeg-03-21_leishmaniose.pdf Acesso em: 29 março 2022.

PARAÍBA, Secretaria do Estado da Saúde. **Painel de Monitoramento Covid-19**. 2022d. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOGQ3ZTIzOWYtYTUwMC00NGQ0LWIwMzEtZWQ5N2JIMzU3MWFjIiwidCI6IjEzYTNIbDZmLTM3YzktNDgwZi04MjliLWQzMtIkkMmRkMWFjYiJ9> Acesso em: 29 março 2022.

PASSOS, C. M. **O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte**: avaliação das ações programáticas. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011, 117p. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/676M.PDF>. Acesso em out. de 2020.

PAULA, M. et al. Características do Processo de Trabalho do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 2, p.454-462, abr/jun., 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n2a15.pdf>. Acesso em out. de 2020.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em Equipe na Perspectiva da Gerência de Serviços de Saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n.2, p.629-646. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>. Acesso em nov. de 2020.

PEDUZZI, M. Mudanças Tecnológicas e seu impacto no Processo de Trabalho em Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n.1, p.75-91, 2002. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007. Acesso em nov. de 2020.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B.. **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em nov. de 2020.

PENN, D. et al. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920.

Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em set. de 2021.

PEREIRA, J. A. C. O Método Investigativo de Marx: uma contribuição à construção do conhecimento. **Serv. Soc. & Saúde**, v.18, p.1-20, Campinas, SP.

PEREIRA, M. P. B. BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 2, n. 2, p.47-55, jun. 2006. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2647785/mod_resource/content/2/PEREIRA%20e%20BARCELLOS%20A%20territorializa%C3%A7%C3%A3o%20no%20PSF-2.pdf. Acesso em abril de 2022.

PESSOA JÚNIOR, J. M. *et al.* Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a interface na vigilância sanitária. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v. 8, n. 1, p. 172-6, jan., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9621/9606>. Acesso em abril de 2022.

PINOCHET, L. H. C. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 5, n. 4, p.382-394. São Paulo =, 2011. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/tendencias_tecnologia_informacao_gestao_saude.pdf. Acesso em abr. de 2011.

PIRES, D. E. P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Rev Bras Enferm.**, v.66, (esp), p. 39-44, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/q7pBQH4CBJRWDCxgGZGXtzS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abr. de 2022.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F.L. **Enfermagem**: condições de trabalho para um fazer responsável. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem. CBEEn, 2010; Florianópolis, SC, 2010.

PIRES, D. *et al.* Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p.114-118. 2010.

Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Jornada-de-30-horas-semanais-condicao-necessaria-para-assistencia-de-enfermagem-segura-e-de-qualidade.pdf>. Acesso em abril de 2022.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, Rio de Janeiro, 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDBYnh/abstract/?lang=pt>. Acesso em set. 2021.

PRATES, J. C. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 1, p.116-128, jan./jul. 2012.

Disponível em;

https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf. Acesso em outubro de 2020.

QSR INTERNACIONAL. **NVivo**: NVivo 11 Por for Windows. Disponível em:

<https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>. Acesso em agosto de 2020.

RIBERIO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p.438-446, mar- abr. Rio de Janeiro, 2004.

ROCHA, J. S. Y. Acerca do Saber e da Prática de Enfermagem. **Cad. de Saúde Pública**, v. 2, n. 3, p. 297-303, jul./set. 1986. Rio de Janeiro. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v2n3/v2n3a03.pdf>. Acesso em nov. 2020.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf>. Acesso em out. de 2020.

ROLLEMBERG, M. H. G. **Marcos Institucionais de Gestão da Informação e**

Conhecimento no Ministério da Saúde. In.: OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas. Orgs. MOYA, J.; SANTOS, E. P. MENDONÇA, A.V. M. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2009. 140 p. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34953/9788579670039_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em abr. de 2022.

SAMPAIO, H, M, S. O setor privado de ensino superior no Brasil: continuidades e transformações. Revista **Ensino Superior Unicamp**, v. 4, p.28-43, 2011. Disponível em:

https://www.revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/edicoes/ed04_outubro2011/05_ARTIGO_P_RINCIPAL.pdf. Acesso em abr. de 2022.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 60, n.2, p.221-4, marc-abril, Brasília, 2007.

SANTANA, L. K. A.; GONÇALVES, G. A. C.; SANTOS, J. V. M. **Avaliação do Programa Bolsa Família no Município de Campina Grande/PB**: a efetividade da ação estatal no atendimento às demandas sociais. A Construção da Administração Pública no século XXI. IV Encontro Brasileiro de Administração Pública. João Pessoa, PB, 2017. Disponível em:

<http://plone.ufpb.br/ebap/contents/documentos/0491-513-avaliacao-do-programa-bolsa-familia-no-municipio-de-campina-grande.pdf>. Acesso em abril de 2022.

SANTOS *et al.* Integração entre Dados Quantitativos e Qualitativos em uma Pesquisa de Métodos Mistos. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.3, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>. Acesso em julho de 2020.

- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXvNrTKphp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em mar. de 2022.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXvNrTKphp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.
- SANTOS, C. T. B. *et al.* A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p.1233-1240, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SHVj6WKPDHKZxVzhCrQjjmt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em dez. de 2021.
- SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p.861-870, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>. Acesso em out. 2020.
- SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 10, n.1, p.220-227. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>. Acesso em abril de 2022.
- SANTOS, J. L. G. **Prazer e sofrimento na gestão em enfermagem**. In: Associação Brasileira de Enfermagem. FELLI, V. E. A.; PERUZZO, S. A.; ALVARENGA, J. P. O. Organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 11. p. 85–118. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1). Artmed Panamericana, Porto Alegre, 2021.
- SANTOS, T. S. *et al.* Qualificação profissional de enfermeiros da atenção primária à saúde e hospitalar: um estudo comparativo. **Revista Cuidarte**, v.11, n. 2, e786. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v11n2/2346-3414-cuid-11-2-e786.pdf>. Acesso em abr. de 2022.
- SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p.149-56, jan-mar. Florianópolis, 2013. <https://www.scielo.br/j/tce/a/3wyjtDpJqzN5Dmt667XjycR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.
- SCOCHI, M. J.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. Maria Cecília Puntel de Almeida: construtora de pontes entre Enfermagem e a Saúde Coletiva brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p.3891-3896, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3891.pdf>. Acesso em nov. de 2020.
- SCOCHII, C. G. S. *et al.* Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, (esp), p. 80-9, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tZgBghmWwXKsFx3ZFYbgFwn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abr. de 2022.

- SILVA, A. I. *et al.* Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 01-08, jul./set., 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/>. Acesso em abril de 2022.
- SILVA, D. P. A.; FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA, A. H. O Poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje**, v. 24, n. 2., p. 119-134, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3723>. Acesso em agosto de 2020.
- SILVA, N. N. da. **Amostragem Probabilística**: um curso introdutório. 2. ed. Universidade de São Paulo, 2004.
- SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **REME. Rev. Min. Enferm**, v. 16, n 2, p. 225-231, abr./jun., 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a11.pdf>. Acesso em abril de 2022.
- SILVA, R. N. A, *et al.*; Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 1, p.21-29, jan.-abr. 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/about/>. Acesso em abril de 2022.
- SILVA, S. E. D. *et al.* Associação Brasileira de Enfermagem: as representações sociais dentro das pesquisas em enfermagem no contexto atual. **J. Health Biol Sci.** v. 6, n. 3, p. 342-346. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964787/15-1754.pdf>. Acesso em abr. de 2022.
- SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, e2500016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.
- SOUSA, H. S.; MENDES, A. N.; CHAVES, A. R. Trabalhadores da enfermagem: conquista da formalização, “dureza” do trabalho e dilemas da ação coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p.113-122, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S8VGKWYWd5mjP6hPwFHm5BQ/?lang=pt>. Acesso em abril de 2022.
- SOUSA, M. F.de. *et al.* Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Enferm Foco**. v. 12, (Supl.1), p.55-60, 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/complexidade-praticas-enfermagem-atencao-primaria-saude.pdf>. Acesso em mar. de 2022.
- SOUSA, M. F. de. A Enfermagem Reconstruindo sua Prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm**, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez, Brasília, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700004. Acesso em maio de 2020.
- SOUSA, M. F. de. **A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil**: Diversidade e Incompletude. In: SOUSA, Maria Fatima de; FRANCO, Marcos Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes, p.40-77, 2014.

SOUSA, M. F. de. **Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica.** Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; Brasília, 2007a, 250p.

SOUSA, M. F. de. **Programa de Saúde da Família no Brasil: Estratégias de Superação das Desigualdades na Saúde? Análises do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde.** Tese. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, 2007b. 268f. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3014/1/2007_MariaFatimadeSousa.PDF. Acesso em junho de 2020.

SOUSA, M. F. de. et al. Por que mais médicos no Brasil? Da política à formação. **Tempus, Actas de Saúde Colet**, v. 9, n. 4, p. 159-174, dez, Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1808/1504>. Acesso em abril de 2022.

SOUSA, M. F. de. et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde Debate**, v.43, n. Especial 5, p.82-93, dez. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe5/0103-1104-sdeb-43-spe05-0082.pdf>. Acesso em maio de 2020.

SOUSA, M. F. de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. Enferm**, mar-abr; v. 61, n. 2, p.153-8. Brasília 2008.

SOUSA, M. F. de. **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final).** Maria Fátima de Sousa (coord.). Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Editora ECoS, Brasília, 2022. 536 p.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, (Supl. 1) p.1325-1335, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Y4XDXBGwrMfLDHhrwPhhQ4w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

SPAGNOL, C. A. *et al.* **Elementos teóricos e conceituais para a prática do enfermeiro gestor.** In.: Associação Brasileira de Enfermagem. FELLI, V. E. A.; PERUZZO, S. A.; ALVARENGA, J. P. O. Organizadores. PROENF. Programa de Atualização de Enfermagem: Gestão. Ciclo 11. Artmed Panamericana, p. 11-40. (Sistema de Educação Continuada e Distância, v. 2). Porto Alegre, RS, 2021.

SPESSOTO, M. M. R. L. **Licenciatura em Enfermagem: uma análise do processo de implementação nas universidades públicas estaduais.** Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados: UFGD, 2018. 229f. Disponível em: <https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/bitstream/prefix/383/1/MarciaMariaRiberaLopesSpessoto.pdf>. Acesso em abr. de 2022.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STURMER, G. *et al.* Perfil dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, vinculados ao curso de especialização em Saúde da Família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. **Revista Conhecimento Online**, v. 1, P. 1 – 26, jan./abr. Novo Hamburgo. 2020. Disponível em:

<https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639>. Acesso em abril de 2022.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 23, n.1, junho, p.11-30, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a02> . Acesso em dez. de 2021.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. Pioneira, São Paulo, 1975.

TASCA R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 44, e4. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51793/v43e1842019.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em abril de 2022.

TEIXEIRA, A. N.; BECKER, F. Novas possibilidades da pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS. **Sociologias**, ano 3, n. 5, jan./junho, p. 94-113. Porto Alegre, RS. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222001000100006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em agosto de 2020.

TEIXEIRA, E. A. W. **A categoria trabalho na obra de Marilda Iamamoto**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2014. 139 f. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1530/1/A%20categoria%20trabalho%20na%20obra%20de%20Marilda%20Iamamoto.pdf>. Acesso em outubro de 2020.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1811-1818. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FxcSJBQq8G7CNSxhTyT7Qbn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril de 2022.

TOSO, B. R. G. O. Práticas Avançadas de Enfermagem em Atenção Primária: estratégias para implantação no Brasil. **Enferm. Foco**, v. 7, n. ¾, p.36-40, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913>. Acesso em junho de 2020.

TOSO, B. R. G. O; FILIPPON, J; GIOVANELLA, L. Nurses' Performance on Primary Care in the National Health Service in England. **Rev. Bras. Enferm** [Internet], v. 69, n.1, p.169-77, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0182.pdf>. Acesso em outubro de 2020.

VENÂNCIO, S. I. *et al.* **Contribuições da avaliação de tecnologias de saúde para a atenção primária no contexto das redes de atenção à saúde**. In.: Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão. TOMA, T. S. *et al.* Instituto de Saúde. Temas em Saúde Coletiva, 20. São Paulo, 2015. 344 p.

VENDRUSCOLO *et al.* Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos núcleos ampliados de saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, p. 1-20. Santa Maria, RS, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39634/pdf>. Acesso em abr. de 2022.

VOLTOLINI, B. C. *et al.* Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enferm.** [Internet], v. 28, e20170477. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>. Acesso em abril de 2022.

VON ZUBEN, A. P. B. **Sistemas de informação em vigilância epidemiológica**. In.: CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Vigilância em Saúde nos municípios. [livro eletrônico]. Caderno de Textos. Org.: FERREIRA, M. C.; VON ZUBEN, A. P. B. IPADS. Campinas, SP, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Caderno-de-Textos-Vigilancia-em-Saude-nos-municipios-1-3-1.pdf>. Acesso em abril de 2022.

WHO. World Health Organization. **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020. 144 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em mar. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Protocolo de pesquisa *scoping review*: Tema – Modelos de formação em saúde

Modelos de formação em saúde / modelos de formação de capacidades em saúde

Modelos de formação de capacidades em saúde em diferentes países

- Pergunta de pesquisa:

✓ Com base nas produções científicas dos diferentes países, o que tem sido estudado sobre os modelos de formação de capacidades dos profissionais em saúde, nos últimos 10 anos – período 2009-2019?

- P I C O (P – População; I – Interesse; C - Comparador; O - Resultado

P: Profissionais da saúde e estudantes;

I: Modelo de formação em saúde / modelo de formação de capacidades em saúde;

C: Países;

O: Competências, habilidades e atitudes; perfil dos profissionais como operadores do sistema universal de saúde.

- Objetivo Geral:

✓ Analisar os modelos de formação e capacidades dos profissionais em saúde dos diferentes países, com base nas produções científicas dos últimos 10 anos.

- Objetivos Específicos:

✓ Identificar os modelos de formação e capacidades dos profissionais em saúde, segundo as evidências científicas dos últimos 10 anos, nos diferentes países;

✓ Comparar os modelos de formação e capacidades dos profissionais em saúde nos diversos países, observando as possíveis semelhanças e diferenças;

✓ Evidenciar se os modelos de formação e capacidades dos profissionais em saúde, dos diferentes países, dão ênfase à atenção primária.

- Estratégia de busca: Como estratégia de busca adotou-se os seguintes descritores e suas combinações: ("*Health Workforce*" OR "*Aptitude*" OR "*Professional Competence*") AND (*Models, Educational* OR "*Health Human Resource Training*").

- Bases de Dados: PubMed; BVS; ProQuest; EMBASE e Scielo.

- **Critério de seleção:** Estudos que abordem formação dos profissionais de saúde, com publicações dos últimos 10 anos (2009-2019); e nos idiomas inglês, espanhol, francês e português.
- **Critério de exclusão:** Estudos clínicos que abordam na doença.

APÊNDICE 2 – Protocolo de pesquisa *scoping review*: Tema – Prática avançada de enfermagem

Prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e em diferentes países e suas correlações com a Prática Avançada de Enfermagem: Evidencias da Literatura

- PERGUNTA DE PESQUISA:

- Com base nas evidencias científicas como se desenvolvem as Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil e em diferentes países, nos últimos 10 anos, e como estão correlacionadas às *Advanced Nurse Practice – ANP (Práticas Avançadas de Enfermagem – EPA)*?

- **P I C O T** (P – População; I – Interesse; C - Comparador; O – Desfecho, T – Todos os estudos.

P: Profissionais de Enfermagem;

I: Práticas de Enfermagem na APS, seja elas Práticas Avançadas ou não;

C: Países;

O: Desenvolvimento das práticas

T – Todos os estudos.

- OBJETIVOS

- Geral:

- Mapear as produções científicas sobre a Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil e em diferentes países, nos últimos 10 anos, correlacionando-as com a *Advanced Nurse Practice – ANP (Prática Avançada de Enfermagem – EPA)*.

-Específicos:

- Identificar segundo as evidências científicas dos últimos 10 anos, no Brasil e em diferentes países, as práticas desenvolvidas pelos Enfermeiros(as) em atuação na Atenção Primária à Saúde.

- Comparar as práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde desenvolvidas no Brasil e em diferentes países nos últimos 10 anos, observando suas possíveis semelhanças e diferenças;

- Evidenciar dentre as Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, desenvolvidas no Brasil nos últimos 10 anos, àquelas que correspondem às Práticas Avançadas de Enfermagem de diferentes países.

- ESTRATÉGIA DE BUSCA:

(Nursing Care OR “Nursing Practices”) AND (“Primary Health Care”) AND (“Advanced Practice Nursing”) AND (“Nursing Procedures”)

- CRITÉRIO DE SELEÇÃO:

Estudos desenvolvidos nos últimos 10 anos (2010 -2021), que abordem a Prática de Enfermagem na APS no Brasil e em diferentes países, observando as correlações com as Práticas Avançadas de Enfermagem. Nos idiomas: inglês, português e espanhol.

- BASES DE DADOS:

- BVS:

- *Scielo*

- PUBMED

- **ProQuest:** (Filtros: Periódicos acadêmicos, texto completo, revisado por especialista, últimos 10 anos.

- Embase

APÊNDICE 3 – Protocolo de pesquisa *scoping review*: Tema – Práticas de enfermagem na atenção primária em países com sistemas universais de saúde

Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) em países com Sistemas Universais de Saúde

- PERGUNTA DE PESQUISA:

- Com base nas evidências científicas publicadas no período compreendido entre 2010 a 2021, como se desenvolvem as Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) nos países com Sistemas Universais de Saúde?

- P I C O (P – População; I – Interesse; C - Comparador; O - Desfecho)

P: Profissionais de Enfermagem;

I: Práticas de Enfermagem na APS.

C: Países;

O: Desenvolvimento das práticas

T – Todos os estudos.

- OBJETIVOS

- Geral:

- Mapear as produções científicas sobre a Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), em países com Sistemas Universais de Saúde; a partir das evidências publicadas no período compreendido entre 2010 a 2021.

-Específicos:

- Identificar as práticas desenvolvidas pelos Enfermeiros(as) na Atenção Primária à Saúde, a partir das evidências científicas publicadas no período compreendido entre 2010 a 2021 no Brasil e nos demais países com Sistemas Universais de Saúde;

- Descrever as práticas de enfermagem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde nos países com Sistemas Universais de Saúde, no período compreendido entre 2010 a 2021;

- Discutir as possíveis semelhanças e diferenças entre as práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvidas no Brasil e nos demais países com Sistemas Universais de Saúde; observadas a partir das evidências científicas publicadas entre 2010 a 2021.

- ESTRATÉGIA DE BUSCA:

(Nursing Care OR “Nursing Practices”) AND (“Primary Health Care”) AND (“Universal Systems”)

- CRITÉRIO DE SELEÇÃO:

Estudos desenvolvidos no período compreendido entre 2010 a 2021, que abordem a Prática de Enfermagem na APS nos países com Sistemas Universais de Saúde observando suas possíveis semelhanças e diferenças. Nos idiomas: inglês, português e espanhol e francês.

- BASES DE DADOS:

- BVS

- LILACS

- Scielo saúde pública

- *Scielo*

- PUBMED

- **ProQuest:** (Filtros: Periódicos acadêmicos, texto completo, revisado por especialista, últimos 10 anos.

- Embase

APÊNDICE 4 – Instrumento de coleta de dados: pesquisa quantitativa (questionário eletrônico)

**Núcleo de Estudos em Saúde Pública-NESP
Conselho Federal de Enfermagem-COFEN
Conselhos Regionais de Enfermagem-COREN
Instituições de Ensino Superior- IES
(Estações de Pesquisa)**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

ESTE QUESTIONÁRIO DESTINA-SE AO CONHECIMENTO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS E ENFERMEIROS DO BRASIL.

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

UF __ __	DATA DO PREENCHIMENTO __ __ __ __
MUNICÍPIO __ __ __ __ __ __	NÚMERO: __ __ __ __ __ __

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

1. Informe sua data de nascimento:DD/MM/AAAA
2. Sexo: |__| Masculino |__| Feminino
3. Qual sua raça/cor?
|__| Branca|__| Preta|__| Amarela|__| Parda|__| Indígena |__| Não desejo declarar
4. Qual sua religião? _____

LOCAL DE RESIDÊNCIA E TRABALHO:

5.1 Local da sua residência: Município|_____|Estado: |__|__| (**sigla**)

5.2 Você nasceu neste município? |__| Sim |__| Não

5.2.1. Se não, onde você nasceu? Município|_____|UF |__|__| (**sigla**)

5.2.2. Há quanto tempo você mora neste município? |__|__| anos |__|__| meses

5.3. Você trabalha no mesmo município que reside? |__| Sim |__| Não

5.3.1. Se não, em qual município você trabalha? Município|_____|UF |__|__|

5.3.2. Quanto tempo você trabalha neste município? |__|__| anos |__|__| meses

BLOCO 2: FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1. A seguir, assinale as suas titulações, indicando o ano de conclusão. (**Apenas para cursos concluídos**).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> graduação _____ | <input type="checkbox"/> doutorado _____ |
| <input type="checkbox"/> residência _____ | <input type="checkbox"/> pós-doutorado _____ |
| <input type="checkbox"/> especialização _____ | <input type="checkbox"/> livre docência _____ |
| <input type="checkbox"/> mestrado _____ | |

2. GRADUAÇÃO:

2.1.NOME DA INSTITUIÇÃO: |_____|

2.2.NATUREZA DA INSTITUIÇÃO: |__| Pública |__| Privada

2.3.LOCALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

2.3.1. PAÍS: 1. |__| Brasil 2. |__| Exterior

2.3.2. ESTADO: |__|__| (**sigla do estado**)

2.4.Você possui outra graduação, além de Enfermagem?

Sim Não

2.4.1.2.Se sim, informar a área de formação:_____

2.4.1.3 NOME DA INSTITUIÇÃO: |__|__|

2.4.1.4 NATUREZA DA INSTITUIÇÃO: |__| Pública |__| Privada

2.4.1.5 LOCALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

2.4.1.6 PAÍS: |__| Brasil |__| Exterior

2.4.1.7 ESTADO: |__|__| (**sigla do estado**)

3. Informe a seguir sobre o(s) Programa(s) de Residência que você concluiu (aparecer apenas para quem assinalou que concluiu de algum programa de residência).

	1. Programa/Especialidade (verificar tabela de códigos em anexo - em aberto a pessoa responde)	2. Natureza da Instituição	3. País	4. Local (estado - sigla)	5. Tempo de duração (em meses)
1.	__ __	1. __ Pública 2. __ Privada	1. __ Brasil 2. __ Exterior	__ __	__ __
2.	__ __	1. __ Pública 2. __ Privada	1. __ Brasil 2. __ Exterior	__ __	__ __
3.	__ __	1. __ Pública 2. __ Privada	1. __ Brasil 2. __ Exterior	__ __	__ __

4. Informe a seguir sobre o(s) curso(s) de Especialização que você concluiu (apenas para quem assinalou que cursou alguma especialização).

	1. Especialidade (verificar tabela de códigos em anexo - em aberto a pessoa responde)	2. Instituição	3. País	4. Local (estado - sigla)	5. Tempo de duração (em meses)
1.	____ ____	1. ____ Pública 2. ____ Privada	1. ____ Brasil 2. ____ Exterior	____ ____	____ ____
2.	____ ____	1. ____ Pública 2. ____ Privada	1. ____ Brasil 2. ____ Exterior	____ ____	____ ____
3.	____ ____	1. ____ Pública 2. ____ Privada	1. ____ Brasil 2. ____ Exterior	____ ____	____ ____

5. 9. Informe a seguir sobre o(s) curso(s) de Mestrado/Doutorado/ Pós-doutorado que você concluiu (Aparecer apenas para quem assinalou as opções mestrado, doutorado e/ou pós-doutorado).

	1. Especialidade (verificar tabela de códigos em anexo)	2. Instituição	3. País	4. Local (estado - sigla)	5. Tempo de duração (em meses)
1. Mestrado	____ ____	1. ____ Pública 2. ____ Privada	1. ____ Brasil 2. ____ Exterior	____ ____	____ ____
2. Doutorado	____ ____	1. ____ Pública 2. ____ Privada	1. ____ Brasil 2. ____ Exterior	____ ____	____ ____
3. Pós- Doutorado	____ ____	1. ____ Pública 2. ____ Privada	1. ____ Brasil 2. ____ Exterior	____ ____	____ ____

BLOCO 3: GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TRADUÇÃO DE CONHECIMENTO

1. TEM ACESSO A INFORMAÇÕES RELATIVAS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

1. Sim

2. Não

(vá para o item 6)

2. COMO VOCÊ ACESSA ESSAS INFORMAÇÕES?

Meio Impresso

Meio Digital

Outro _____

3. EM QUE LOCAL VOCÊ ACESSA ESSAS INFORMAÇÕES?

Em casa

No trabalho

Durante o seu trajeto para o trabalho

Outro local? _____

4. EM QUE LOCAL ESTAS INFORMAÇÕES ESTÃO PUBLICADAS?

1. Revistas científicas

2. Mídias sociais (especificar, Facebook...)

3. Livros especializados

4. Fontes Governamentais

5. Outros (especificar) _____

5. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ LÊ ESTE TIPO DE PUBLICAÇÃO?

1. Raramente

2. De 15 em 15 dias

3. Semanalmente

4. Mensalmente

6. QUAL O SEU PRINCIPAL OBJETIVO OU MOTIVAÇÃO NA LEITURA DESTAS PUBLICAÇÕES?

7. ALÉM DE PUBLICAÇÕES DA APS E ESF, QUAL OUTRA ÁREA VOCÊ ACESSA?

8. VOCÊ PARTICIPOU DE SEMINÁRIOS E/OU ENCONTROS CIENTÍFICOS NA ÁREA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS ÚLTIMOS 2 ANOS?

1. Sim

2. Não

(vá para o item 6.1)

8.1.Em caso afirmativo responda:

na área de Enfermagem

outra área: _____

9. VOCÊ É ASSOCIADO A ALGUMA ENTIDADE REPRESENTATIVA DA ENFERMAGEM?

Sim	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> Não (vá para o item 10)
-----	-----------------------------	---

9.1. Em caso afirmativo, qual entidade?

Associação Brasileira de Enfermagem

Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade

Outra _____

10. VOCÊ SENTE NECESSIDADE DE APRIMORAR SEUS CONHECIMENTOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

Sim	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> Não (vá para o bloco 4)
-----	-----------------------------	---

Em caso afirmativo, qual?

11. QUE MODALIDADE DE APRIMORAMENTO VOCÊ GOSTARIA DE ESCOLHER: (Marque com um X a opção (APENAS UMA) correspondente àquela modalidade que é mais importante para sua atividade profissional).

1. Mestrado/Doutorado/Pós-Doutorado

2. Curso de aperfeiçoamento

3. Cursos de capacitação de curta duração

4. Estágio em outra instituição
5. Outra especialização (Programa de Residência e/ou cursos)
6. Cursos à distância
7. Cursos no exterior
8. Outros (especificar).....

12. Dentre as opções abaixo, qual a que melhor representa a modalidade de aprimoramento indicada na questão 9 (Marcar somente o principal motivo)

1. Ascensão Profissional
2. Maior qualificação técnica para o trabalho
3. Melhoria da remuneração
4. Segurança e autonomia na Prática Profissional
5. Outros
(especificar).....

BLOCO 4: CONDIÇÕES DE EMPREGO, TRABALHO E SALÁRIOS

Quanto a sua atuação na Atenção Primária, responda:

1. Você integra uma equipe de:

Equipe de Saúde da Família (eSF)

Equipe da Atenção Básica (eAB):

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

Equipe de Consultório na Rua (eCR)

Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)

Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI)

Polo Base Tipo II Saúde Indígena

Casa de Saúde do Índio (CASAI)

2. Há quanto tempo você trabalha na atenção primária á saúde?

Sugestão: Pergunta aberta: anos e meses

3. QUAL SEU TIPO DE VÍNCULO DE TRABALHO?

1. Servidor público estatutário

2. Contrato temporário

3. Celetista

4. Cargo comissionado

5. Bolsista

6. Autônomo Pessoa Física.

7. Autônomo Pessoa Jurídica.....

8. ____|Outros

4. Qual o seu agente contratante?

1. Administração direta
2. Consórcio intermunicipal de direito público
3. Consórcio intermunicipal de direito privado
4. Fundação pública de direito público
5. Fundação pública de direito privado
6. Organização social (OS)
7. Organização da sociedade civil de interesse público
(OSCIP)
8. Entidade filantrópica
9. Organização não governamental (ONG)
10. Empresa
11. Cooperativa
12. Outro(s)

5. Qual foi o mecanismo de ingresso?

1. Concurso público
2. Seleção pública
3. Outro(s)

5. QUANTAS HORAS SEMANAIS VOCÊ TRABALHA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE -ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

Sugestão: Pergunta aberta: ____|_____| horas/semana

6. SUA EQUIPE CONTA ATUALMENTE COM A PRESENÇA DO
PROFISSIONAL MÉDICO?

1. Sim 2. Não

QUAL A ESPECIALIDADE DO MÉDICO?

6. COMO VOCÊ AVALIA AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

1. Péssimas
2. Ruins
3. Regulares
4. Boas
5. Muito boas
6. Excelentes

7. SUA RESPOSTA na pergunta 6 É CONDICIONADA/INFLUENCIADA A
QUE?

- RH
 Recursos materiais
 Instalações físicas
 Pessoal
 etc - discriminar PMAQ

8. A unidade básica de saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?

1. Sim

2. Não

11.1. O seu gerente possui nível superior?

1. Sim

2. Não

9. QUAL SUA RENDA MENSAL APROXIMADA PARA TRABALHAR NA UBS –
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA- REGIME 20 ou 40 HORAS

20H

4. De 5.001 a 6.000 REAIS

1. Menos de 2.000 REAIS

5. De 6.001 a 7.000 REAIS

2. De 2.001 a 3.000 REAIS

6. De 7.001 a 8.000 REAIS

3. De 3.001 a 4.000 REAIS

7. De 8.001 a 9.000 REAIS

4. De 4.001 a 5.000 REAIS

8. Mais de 9.000 REAIS

5. De 5.001 a 6.000 REAIS

6. De 6.001 a 7.000 REAIS

7. De 7.001 a 8.000 REAIS

8. Mais de 8.000 REAIS

40H

1. Menos de 3.000 REAIS

2. De 3.001 a 4.000 REAIS

3. De 4.001 a 5.000 REAIS

BLOCO 5: PRÁTICAS COLETIVAS NAS UBS -ESF

ORDEM	MACROCATEGORIAS	# PERGUNTAS	%
1	ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO	3	15,8
2	GESTÃO DA USB	3	15,8
3	INTEGRALIDADE - REDE	4	21,1
4	EQUIDADE	2	10,5
5	VIGILÂNCIA E IEC EM SAÚDE	5	26,3
6	CONTROLE SOCIAL	2	10,5
TOTAL		19	100

1. No cotidiano de suas práticas, que atividades DE CUNHO COLETIVO você realiza?

ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO:

Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde -vinculatória das Equipes da ESF para identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

Realiza atenção-visita domiciliar - nas áreas de adscrita dos indivíduos e famílias cadastradas nas UBS e em outros espaços comunitários.

Realiza atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde.

(não realizo - incluir esta opção)

GESTÃO DA USB:

- Participa das atividades de acolhimento, classificação de riscos, gestão das filas de espera, e regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de Redes de Atenção Integradas à Saúde.

Participa de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho.

Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

INTEGRALIDADE - REDE

Responsabiliza-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema local de saúde.

Realiza trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população).

Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

Realiza outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.
Cite-as

EQUIDADE

Realiza cuidado integral à saúde das populações que necessitam de atenção diferenciada, a exemplo de pessoas em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial.

Realiza visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

VIGILÂNCIA E IEC EM SAÚDE:

Realiza busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada.

Realiza ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público.

Acompanha e registra no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, às condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.

Realiza busca ativa e notificação das doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território.

CONTROLE SOCIAL:

Promove a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde.

Apoiar na organização dos movimentos sociais, em especial o funcionamento dos Conselhos locais e municipais de saúde ou colegiados de gestão das UBS ou do município -cidade

É MEMBRO DE CONSELHO DE SAÚDE? MUNICIPAL OU ESTADUAL?

1. Sim

2. Não

JÁ FOI MEMBRO DE CONSELHOS DE SAÚDE? MUNICIPAL OU ESTADUAL?

1. Sim

2. Não

É MEMBRO DE ALGUMA ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES DO TERRITÓRIO DA SUA UBS?

1. Sim

2. Não

BLOCO 6: PRÁTICAS INDIVIDUAIS

ORDEM	MACROCATEGORIAS	# PERGUNTAS	%
1	ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO	3	15,8
2	GESTÃO DA UBS	3	15,8
3	INTEGRALIDADE - REDE	4	21,1
4	EQUIDADE	2	10,5
5	VIGILÂNCIA E IEC EM SAÚDE	5	26,3
6	CONTROLE SOCIAL	2	10,5
TOTAL		19	100

ORDEM	SUAS PRÁTICAS COTIDIANAS, EM ÂMBITO INDIVIDUAL	MACROCATEGORIA
1	<input type="checkbox"/> Realiza atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida.	ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO
2	<input type="checkbox"/> Realiza e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos.	GESTÃO DA UBS
2	<input type="checkbox"/> Supervisiona as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.	GESTÃO DA UBS
2	<input type="checkbox"/> Implementa e mantém atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS.	GESTÃO DA UBS
5	<input type="checkbox"/> Realiza e estratifica risco e elabora plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território.	VIGILÂNCIA E IEC EM SAÚDE
7	<input type="checkbox"/> Realiza consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.	ATUAÇÃO NA UBS

1. QUANTO ÀS SUAS PRÁTICAS COTIDIANAS, EM ÂMBITO INDIVIDUAL, ASSINALE O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA AÇÃO, SE:

1. No cotidiano de suas práticas você realiza esta atividade.
2. No cotidiano de suas práticas você planeja esta atividade.

3. No cotidiano de suas práticas você supervisiona a realização desta atividade.
4. Não se aplica

ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO

Realiza atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida.

GESTÃO DA UBS

Realiza e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos.

Supervisiona as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.

Implementa e mantém atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS.

Planejar gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe.

Estratificar risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.

VIGILÂNCIA E IEC EM SAÚDE

Realiza e estratifica risco e elabora plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território.

ASSISTÊNCIA

Realiza consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.

1. VOCÊ EXERCE OUTRAS ATRIBUIÇÕES CONFORME LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL (COFEN), E QUE SEJAM DE RESPONSABILIDADE NA SUA ÁREA DE ATUAÇÃO.

1. sim |___| 2. |___| não

2. VOCÊ TEM DIFICULDADE NO EXERCÍCIO DE SUAS PRÁTICAS NA UBS-ESF, QUANTO À AUTONOMIA DAS SUAS RESPONSABILIDADES NORMATIVAS-LEGAIS

1. sim |___| 2. |___| não

3. VOCÊ COLOCA AS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS, GERENCIAIS COMO PRIORIDADE em seu trabalho?

1. sim |___| 2. |___| não

4. VOCÊ CONSIDERA QUE ESTÁ CONTRIBUINDO PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO?

1. |___| Sim 2. |___| Não

POR QUE? (**responda em caso afirmativo ou negativo**)

APÊNDICE 5 – Roteiro de entrevista semiestruturada

PESQUISA:
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
(APS): ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS

Objetivo: Conhecer as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros atuantes em seu cotidiano.

Nº Entrevista:

Data:

Início:

Término:

Bloco I: Dados sociais

Nome (iniciais)

Qual sua data de nascimento:

O seu gênero é: _____

A sua raça é: _____

Qual a sua naturalidade? _____

Você trabalha no município de reside?

Por que você escolheu este lugar para trabalhar?

Qual seu estado civil?

Com quantas pessoas moram em sua residência?

Qual a renda familiar em sua casa?

Qual a sua renda mensal?

Bloco II- Formação Profissional

1. Em que ano você concluiu sua graduação?
2. Estudou em instituição pública ou privada?
3. Em que estado/país você se graduou?
4. Você fez cursos de pós-graduação (*Stricto Sensu/Lato Sensu*)? Em caso afirmativo qual(is)? Qual ano completou?

Bloco III- Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o trabalho que você desenvolve nesta unidade.

1. Há quanto tempo trabalha nesta unidade?

2. Descreva como é o seu dia a dia de trabalho e suas principais atividades.

Obs: Não se esquecer de perguntar sobre consulta para hipertensos, diabéticos, crianças, pré-natal, caso o profissional não lembre ou não fale.

3. O que você encontra como facilidades no seu trabalho como enfermeira (o)?

4. O que você encontra como dificuldades no seu trabalho como enfermeira (o)?

5. Em suas atividades diga-me em qual área você identifica ter autonomia como profissional?

6. Você precisa de avaliação/prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja no acolhimento ou em consultas?

7. Em relação a saúde da mulher, você realiza a coleta de exame Papanicolaou e exame das mamas?

8. Em caso de verificação de um processo inflamatório e/ou infeccioso em uma doença sexualmente transmissível você prescreve o tratamento medicamentoso? Por quê?

9. Em caso de tratamento de lesões de pele dos usuários em sua unidade, você está habilitada/autorizada a prescrever pomadas e coberturas sem recorrer a prescrição médica?

10. Aqui nesta unidade faz parte de suas atividades a solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, Rx, exames bioquímicos?

11. Você faz atendimento coletivo a grupos da população na unidade de saúde? Com qual periodicidade? Que tipo de ação/ações você desenvolve?

12. Se tomarmos a experiência que você me descreveu anteriormente, que necessidades de saúde mais tomam a sua atenção?

13. Durante o período da Pandemia que atividades você desenvolvia?

14. Quais os desafios ou limitações enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeiro (a) no contexto da pandemia?

15. Com a pós pandemia, o que mudará em suas práticas? [Fale das potencialidades de atuação que você observa para o seu trabalho pós Pandemia].

APÊNDICE 6 – Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa

PESQUISA

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS

Eu, _____
_____, CPF _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Análise das Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)” - Estudo Nacional de Métodos Mistos; CAEE nº 20814619.2.0000.0030, aprovado em 03 de outubro de 2019, sob responsabilidade da pesquisadora Maria Fátima de Sousa, CPF: 238.187.354-68, vinculada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante.

Prof.^a Dr.^a Maria Fátima de Sousa

Brasília, _____ de _____ de _____

Em caso de dúvida procurar: Profa. Maria Fátima de Sousa (Coordenadora da Pesquisa)
Endereço Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (FSD), Departamento de
Saúde Coletiva (DSC), Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) Campus
Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Telefone: (61)
31071951(DSC) /31077950(NESP) /8147-5050.

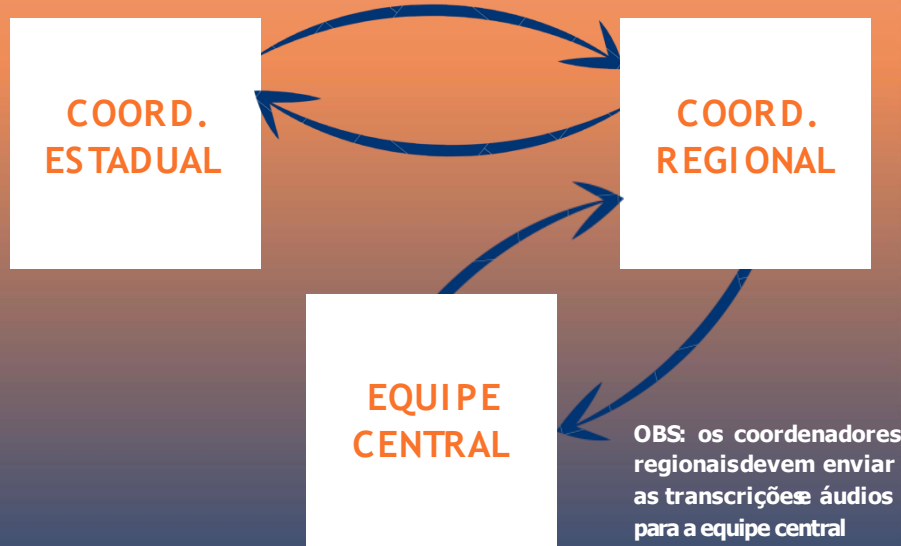
E-mail: mariafatimasousa09@gmail.com /nespadm@gmail.com

Ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde:
CEP/FS – End.: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro,
Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: (61) 31071947 E-mail: cepfs@unb.br ou
cepfsunb@gmail.com.

APÊNDICE 7 – Plano de análise qualitativa

Transcrições

- ✓ Trêsetapas para a validação das transcrições



Transcrições

- ✓ Salve documento como o mesmo nome do áudio Em nossas pesquisas, escolhemos o padrão "Município, Profissional+ Número, Data", como em: "Macapá, ACS 10, 25_10_2018".
Manual de transcrição

- ✓ Banco de dados



Uma por Região

- por município
 - Áudio e transcrição

Etapas da análise

Objetivo geral

- ✓ Pactuar o itinerário analítico dos dados gerados pelas entrevistas

Específicos

- ✓ Apresentar e discutir planilha marcadora de análise;
- ✓ Definir estratégias analíticas à segurança da qualidade dos dados qualitativos.

Etapas da análise

- ✓ 1ª Etapa - Oficina coordenadores regionais + Equipe central + Grupo Nvivo

Classificação de casos e macrocategorias

- ✓ 2ª Etapa - Oficina coordenadores regionais + Coordenadores estaduais + Grupo Nvivo

Classificação de casos e macrocategorias + convergências e singularidades

- ✓ 3ª Etapa - Oficina coordenadores regionais + Equipe central + Grupo Nvivo

Versão final da classificação de casos e macrocategorias

Etapas da análise

✓ Classificação de casos

Estado

Município

Data de nascimento

Gênero

Raça / Cor

Tempo de atuação na AP

- Planilha no Excel

Coluna: Atributos

Linha: Caso

Célula: Valor

Etapas da análise

✓ Categorias

- Macrocategorias

- Microcategorias

P: O que você **encontra como facilidade** no seu **trabalho como enfermeira**?

E3: O que eu percebo aqui em relação ao **Mato Grosso** é que aqui no sistema **é muito informatizado**, **então isso facilita bastante**. Porque se a gente precisa de **um histórico**, **uma coisa do paciente** o paciente está no sistema **então isso é um ponto positivo**, mas acho que é a única coisa.

P: E como dificuldade?

Etapas da análise



Cronograma

- /Oficina 1 - 09/04
- Oficina 2 - 16/04
- Oficina 3 - 23/04
- Classificação de caso
- Leitura e categorização

APÊNDICE 8 – Protocolo de análise qualitativa e de codificação das entrevistas

CATEGORIAS E MICRO-CATEGORIAS DE ANÁLISES

Macro e micro categorias da pesquisa - Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional e Métodos Mistos

1. Processo de trabalho realizado pelo enfermeiro na APS

- a. **Coordenação do cuidado** - (Gerência; Gestão; Atribuições, Atuação do enfermeiro nas visitas e no atendimento domiciliar; Assistência de enfermagem nas ações de alimentação e nutrição; Assistência de enfermagem a pacientes com hanseníase e tuberculose; Assistência de enfermagem à saúde de homem; Assistência de enfermagem à saúde da criança; Assistência de enfermagem ao pré-natal; Assistência de enfermagem ao adolescente; Assistência de enfermagem a saúde mental).

Código da cor: #ff9900

2. Valorização profissional

- a. **Reconhecimento social** - (relação com trabalhadores, gestores, usuários).
Código da cor: #ff0000
- b. **Condições de trabalho** - (vínculo, carga horária, infraestrutura, insumos estratégicos).

Código da cor: #660000

3. Autonomia profissional

- a. **Resolutividade** (prescrição, solicitar exames)
Código da cor: #9900ff
- b. **Regulamentação** (protocolos, legislação)

Código da cor: #ff00ff

4. Tecnologias de cuidado

- a. **Tecnologias de educação, informação e comunicação**

Código da cor: #0000ff

- b. **Vínculo**

Código da cor: #00ffff

- c. **Acolhimento**

Código da cor: #351c75

5. Pandemia da Covid-19

- a. **Reorganização da dinâmica do trabalho** - (processo de trabalho alterado, sobrecarga, assistência direta covid, trabalho em equipe, teleatendimento, uso de tics)

Código da cor: #cc4125

- b. **Cuidado de si e do outro** - (medo/incertezas / resiliência / reflexões sobre a vida profissional).

Código da cor: #38761d

- c. **Incerteza política**

Código da cor: #666666

Codificação das entrevistas

Norte

ENF_N_000

Nordeste

ENF_NE_000

Sudeste

ENF_SE_000

Centro-oeste

ENF_CO_000

Sul

ENF_S_000

APÊNDICE 9 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PESQUISA **PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** **(APS):** **ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS**

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

O objetivo desta pesquisa é compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

A sua participação será por meio da participação em grupos de diálogo e entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, haverá ainda o registro fotográfico e em vídeo o tempo estimado para a realização é entre 20 minutos e 1 hora.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, que, por se tratar de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado.

Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que o participante está resguardado e que suas informações pessoais/ identidade não serão reveladas. No que diz respeito aos possíveis riscos, os principais riscos que poderão ocorrer durante a pesquisa são:

- Incompreensão sobre alguns dos termos utilizados pela equipe de pesquisa. Caso isso ocorra, o pesquisador buscará minimizar este risco explicando com clareza e exatidão científica o verdadeiro significado do termo utilizado que por ventura não seja compreendido pelo(a) participante.

- Fortes emoções que possam ser manifestadas pelos(as) participantes diante de problemas correlacionados a problemas pessoais e exposição diante do grupo. Diante das possíveis emoções que possam ser manifestadas pelos(as) participantes, para minimizá-las, o pesquisador dará uma pausa na realização da entrevista, possibilitando que o(a) participante se recomponha emocionalmente e poderá lhe oferecer tomar uma água, tentará lhe promover segurança, proporcionando-lhe uma melhor tranquilidade. E quanto à possibilidade de exposição diante do grupo e de exposição de informações pessoais do(a) participante, este risco será minimizado por meio da garantia de sigilo de informações obtidas na pesquisa e anonimato

dos(as) participantes, além do fato de que o seu nome não irá constar dos instrumentos de avaliação, ao mesmo tempo em que não irá constar do banco de dados com as respostas a esses instrumentos.

- Risco do(a) participante se cansar de responder as perguntas. Caso isso ocorra, e como forma de minimizar este risco, o pesquisador estará interrompendo a entrevista e retornará ao preenchimento do roteiro de perguntas no momento mais oportuno para o sujeito entrevistado.

- Possibilidade de se considerar alguma pergunta muito pessoal ou constrangedora. Se em qualquer fase da pesquisa, o(a) participante se sentir invadido(a) ou constrangido(a), em decorrência da entrevista, lhe será garantido a interrupção da entrevista sem nenhum comprometimento, prejuízo ou ônus.

- Interferência na rotina do(a) participante. Para minimizar e até mesmo evitar esta interferência, o(a) participante poderá agendar a realização de sua entrevista somente quando dispor de tempo para tal fim, de acordo com a sua disponibilidade e o seu interesse, respeitando-se sempre a sua rotina de vida e de trabalho, evitando-se deste modo que se possa interferir seu cotidiano de vida e trabalho.

Ressalte-se que será garantida a manutenção do mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo profissional sobre a identidade do(a) participante durante e após o término da pesquisa. Desse modo, a sua identidade pessoal não será incluída em nenhum dos produtos da pesquisa para fins de publicação científica. Assim sendo, o pesquisador estará eliminando quaisquer riscos que possam estar relacionados à identidade do(a) participante.

Quanto aos benefícios há contribuição para o fortalecimento das redes sociais para prevenção e controle das doenças, conhecimento acerca do tema, desenvolvimento do senso crítico, contribuição com a pesquisa científica no âmbito da informação, educação e comunicação em saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente em meio científico. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ciências da Saúde – FS, Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato

através do contato telefônico do CEP/FEPECS 2017-1145, ramal 6878 e e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com; podendo também, dirimir suas dúvidas em contato através do NESP/UnB em horário comercial, ou ainda diretamente com a pesquisadora responsável, a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3107-7940, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail mariafatimasousa09@gmail.com.

Quanto à possibilidade de indenização e ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com gestão de recursos pela Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, no horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 15h30min, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Local:

Data: / /

Nome Entrevistado: _____

Assinatura Entrevistado: _____

Nome Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Assinatura Pesquisador: _____

Contato: (61) 3107-7940 - Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, (horário comercial) ou com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa. E-mail mariafatimasousa09@gmail.com.

Rubrica

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE(APS) **Pesquisador:** Maria Fátima de Sousa **Área**

Temática:

Versão: 1

CAAE: 20814619.2.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília **Patrocinador Principal:** CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM COFEN

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.619.308

Apresentação do Projeto:

Resumo: “No Brasil diversos estudos evidenciam a falta de acesso aos serviços de saúde (LIMA, 2015; STOPA et al, 2017; KOGA, 2015). Para vencer os desafios locais e regionais característicos de um país com grandes dimensões continentais como o Brasil, o sistema de saúde aposta em serviços de saúde primários, que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, bem como outros arranjos de profissionais na Atenção Primária em Saúde – APS. Tais serviços devem prover acesso ampliado para população e apresentar capacidade resolutiva de oitenta e cinco por cento dos problemas mais prevalentes da população, conforme as evidências científicas (MS, 2017; OLIVEIRA et al, 2017). No Brasil ainda temos na Atenção Básica equipes sem médicos, o que traz visíveis desequilíbrios no trabalho dos demais profissionais, destacando-se o trabalho dos enfermeiros que assumem na maioria das vezes, a assistência dos usuários dando resolutividade às questões trazidas para as equipes, garantindo a cobertura e o acesso aos serviços de saúde sendo em muitos locais o único profissional que atende diretamente à população (OLIVEIRA et al, 2017; CRAVEIRO et al, 2015). De modo geral os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família são responsáveis pelo cuidado individual, familiar ou comunitário, colaborando para os bons resultados para o sistema de saúde, principalmente quando relacionados à longitudinalidade da atenção que envolve a continuidade dos cuidados e contribui para adesão terapêutica. Nessa conjuntura, a apropriação das práticas clínicas especializadas e

fundadas em evidências científicas pelos enfermeiros da APS é uma estratégia para mudança no quadro de dificuldades de execução das ações que estes enfermeiros enfrentam, e que leva em a desmotivação, evasão da profissão, busca por carreiras mais atraentes social e economicamente e muitas vezes a realização de ações de outras categorias profissionais. Entretanto questiona-se: qual o modelo de atenção de enfermagem que o país precisa para atender ao desafio de ampliação de acesso e cobertura no SUS, fortalecendo as bases do sistema e sua sustentabilidade, principalmente nas regiões onde as condições de trabalho são muito adversas? Qual o perfil de enfermeiro para atuação na APS que o país necessita para aumentar a efetividade do sistema de saúde? Qual a capacidade do sistema formador em assumir a formação e a educação permanente em Práticas Avançadas de Enfermagem na APS dos profissionais que hoje atuam na APS? Este estudo propõe, portanto, um estudo de métodos mistos a ser realizado em todo o território nacional, com a finalidade de compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.”

Na Introdução: “[...] A desigualdade brasileira em regiões, estados, municípios e cidades têm obstruído muitas vezes de forma recorrente o acesso da população as ações e serviços de saúde de forma abrangente e se coloca como um dos desafios para o gestor municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere ao atendimento as demandas legitimamente colocadas pelos usuários no que diz respeito a saúde e as ofertas assistenciais, pois ainda se apresentam após trinta anos de implantação de um sistema de saúde unificado, problemas relativos ao acesso e à iniquidade na oferta de serviços, a fragmentação e desorganização de serviços de saúde em relação as necessidades de atenção ambulatorial especializada e de alta complexidade (LIMA, 2015).” E ainda “[...] No caso brasileiro, a tripla carga de doenças, a agudização de casos de doenças crônicas mal assistidas, o recrudescimento de doenças transmissíveis e infecciosas principalmente localizadas em regiões socialmente desfavorecidas, as demandas por atendimentos de alto custo e complexidade, o aumento do envelhecimento populacional aliado ao baixo poder econômico dos idosos, o aumento do desemprego nas capitais e no interior, a baixa resolutividade da atenção primária em regiões com pouca qualificação de profissionais, o crônico e insuficiente financiamento dos sistemas de saúde só reforçam as dificuldades de acesso oportuno e respostas dos serviços locais de saúde o que compromete o desempenho do próprio SUS, longe, portanto, de assegurar aos usuários um modelo universal de atenção à saúde que priorize a pessoa no seu contexto social e de vida (PIOLA et al, 2013).[...]”

Com destaque “[...]. Nesse contexto, um processo de trabalho na APS bem estruturado é fundamental para que o enfermeiro possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção, da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho, pois nem sempre nos serviços primários os enfermeiros conseguem garantir a execução de procedimentos sanitários consagradamente legitimados pelas resoluções profissionais e por sua formação específica. [...]”

Como “[...] O Conselho Federal de Enfermagem brasileiro acompanha a tendência mundial de valorização da enfermagem com vistas ao aumento do quantitativo de enfermagem no continente, posto que a redução que hoje se apresenta, ameaça a sustentabilidade do SUS como sistema de saúde universal. Desde 2016, o Conselho Federal de Enfermagem vem participando de reuniões com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) para formulação de uma proposta de que no Brasil se amplie a cobertura e o acesso aos serviços primários de saúde, com expressiva presença dos enfermeiros na oferta de cuidados de saúde, a exemplo de outros países que instituíram a Enfermagem de Prática Avançada (Advanced Nurse Practice). [...]”

Observa-se “[...]. Outro aspecto que preocupa quando se pensa em uma unidade profissional para o trabalho na APS no país, é como são realizadas as práticas de cuidado/saúde pelos enfermeiros ou técnicos de enfermagem no cotidiano das unidades básicas de saúde. Tais práticas são efetivadas predominantemente com ou sem planejamento? Como se acompanha o trabalho realizado? Que indicadores o enfermeiro utiliza para avaliar o trabalho realizado junto à população? As relações com outros profissionais da equipe de saúde favorecem o trabalho independente e autônomo? O que resulta em melhor qualidade de gestão da prática clínica e cuidados resolutivos na visão do profissional da forma como seu trabalho está organizado atualmente? O trabalho na APS é motivador, traz satisfação e reconhecimento social para o enfermeiro? Para responder estas e outras questões sobre o trabalho do enfermeiro na APS este estudo pretende desenvolver uma investigação de abrangência nacional que tem como fenômeno a prática da enfermagem realizada na Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde, considerando a contribuição do enfermeiro na atenção à saúde, em sua capacidade de organização e acompanhamento dos cuidados prestados, na adesão terapêutica que obtém quando assumem os cuidados relacionados a estilos de vida de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

[...]”

Assim, “Considerando a complexidade do fenômeno a ser investigado, optou-se pelo estudo de métodos mistos com as seguintes questões norteadoras da pesquisa: como o enfermeiro

vem desenvolvendo sua prática profissional na Atenção Primária à Saúde? Quais os aspectos formativos, contextuais e características organizacionais estão relacionadas à limitação ou ampliação das práticas de enfermagem na APS? Como os enfermeiros experienciam sua autonomia nas relações de trabalho e cuidado e que significados atribuem às suas práticas na APS?”

Metodologia Proposta: “Os cenários do estudo serão os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), selecionados de forma aleatória, considerando a inclusão de serviços desenvolvidos no modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS) e no Modelo de Equipes de Saúde da Família (ESF). Os participantes serão os enfermeiros que atuam na APS. Os critérios de inclusão são todos os enfermeiros que desenvolvem práticas de assistência ou gestão na atenção básica à saúde, na atenção primária à saúde e nas equipes de saúde da família. Os critérios de exclusão são: enfermeiros preceptores, consultores, entre outros que não tenham um vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiros ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.”

Critério de Inclusão: “Os participantes serão os enfermeiros que atuam na APS. Os critérios de inclusão são todos os enfermeiros que desenvolvem práticas de assistência ou gestão na atenção básica à saúde, na atenção primária à saúde e nas equipes de saúde da família”

Critério de Exclusão: “Os critérios de exclusão são: enfermeiros preceptores, consultores, entre outros que não tenham um vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiros ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: “Compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.”

Objetivo Secundário: “Caracterizar o perfil profissional e demográfico dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil; Contextualizar os cenários de atuação dos enfermeiros de acordo com o porte do município; Descrever as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na

Atenção Primária em Saúde; Correlacionar as práticas do enfermeiro com o perfil e o cenário de atuação em diferentes regiões brasileiras; Analisar a convergência entre as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros e as práticas avançadas e ampliadas de enfermagem.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "O presente projeto de pesquisa não apresenta riscos de vida aos sujeitos pesquisados, uma vez que não serão realizadas pesquisas clínicas. Todavia, uma das

metodologias propostas consiste em entrevistas, que, por se tratarem de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado. Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que participante está resguardado que suas informações pessoais/ identidade não será revelada."

Benefícios: "No que diz respeito aos benefícios da presente proposta de pesquisa, destacam-se a contribuição acadêmica para a melhoria das condições de saúde da população bem como reconhecimento do papel dos enfermeiros na promoção da melhoria da assistência e dos serviços de saúde prestados à população. Além disso, destaca-se a integração entre teoria e prática, possibilitando aos docentes, pesquisadores e discentes, envolvidos na pesquisa, maior conhecimento na área investigada, dentre outros."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de Pesquisa e Extensão do Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília (DSC/FS/UNB). Pesquisa de método misto, de delineamento transversal e de natureza analítica e compreensiva (MINAYO e GUERRIERO, 2014) sustentada pelo referencial teórico metodológico da dialética marxista, considerando os princípios da historicidade e da totalidade (SOARES et al, 2013; MINAYO, 2014). A pesquisa de métodos mistos é conceituada como uma abordagem aplicada às ciências sociais, comportamentais e da saúde, na qual o pesquisador coleta dados quantitativos e qualitativos, integra e desenvolve interpretações fundamentadas nas forças combinadas de ambos os conjuntos de dados para compreender problemas de pesquisa (CRESWELL, 2015). "Os objetivos da pesquisa serão desenvolvidos de forma simultânea nas 27 unidades operacionais, por meio das comissões intergestoras regionais (nesse estudo, "estações") nos 26 estados e Distrito Federal e nos 108 municípios que integrarão o cenário de investigação, com a finalidade de obter uma compreensão das práticas dos enfermeiros que atuam na APS à luz dos referenciais de processo de trabalho em saúde e de práticas avançadas de enfermagem com representatividade

nacional."

Desfecho Primário: "Contribuir para a compreensão das práticas profissionais exercidas pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil e para a ampliação das práticas de enfermagem no Brasil, subsidiando assim, as instituições competentes na tomada de decisão acerca da adoção das Práticas

Avançadas de Enfermagem - Advanced Nurse Practice."

Desfecho Secundário: "Caracterizar o perfil profissional e demográfico dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil, contextualizando os cenários de atuação dos enfermeiros de acordo com município e os diversos contextos brasileiros. Descrever as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na Atenção Primária em Saúde e correlacioná-las

com o perfil e o cenário de atuação em diferentes regiões brasileiras. E ainda, analisar e descrever a convergência entre as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros e as práticas avançadas e ampliadas de enfermagem."

"O estudo é multicêntrico de abrangência nacional. Para tanto serão contempladas todas as regiões geográficas brasileiras, representadas pelos 26 estados e o Distrito Federal. A pesquisa possui dois cenários macro de pesquisa, sendo um quantitativo, representado por um levantamento nacional que busca traçar o perfil dos enfermeiros atuantes da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio de um questionário eletrônico e, outro voltado à investigação das práticas desempenhadas pelos enfermeiros na APS, com abordagem qualitativa, por meio de uma entrevista em profundidade."

"Os cenários do estudo serão os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), selecionados de forma aleatória, considerando a inclusão de serviços desenvolvidos no modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS) e no Modelo de Equipes de Saúde da Família (ESF)."

"Para a coleta dos dados quantitativos será utilizado um instrumento do tipo questionário eletrônico com perguntas fechadas, com a finalidade de: a) obter a caracterização do perfil profissional e demográfico do enfermeiro; b) segundo com o objetivo de obter a caracterização dos cenários de atuação dos enfermeiros de acordo com a tipologia do município."

"Os dados qualitativos serão coletados por meio de entrevistas intensivas em profundidade para fins de obtenção das narrativas dos enfermeiros."

Cronograma em "Desenvolvimento da Pesquisa de Campo - Pactuação da rede nacional de Instituições Apoiadoras nos Municípios selecionados em Set/2019 a Nov/2020.

Orçamento: R\$ 1.997.615,47 várias rubricas mas de interesse do CEP destaca-se "Outros Serviços de

Terceiros - Pessoa Jurídica Obrigações tributárias e contributivas - 20% de OST - Pessoa Física e Consultoria realizada por Pessoa Física, com valores destinados a assistência do participante em "Despesas Administrativas e Financeiras Incorridas da Implementação do Projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

1. Informações Básicas do Projeto:

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1402138.pdf" postado em 05/09/2019.

2. Equipe envolvida no projeto em: "5_RelacaoEquipe.docx" postado em 05/09/2019".

Apresenta a relação de pesquisadores envolvidos - com presença de 8 professores doutores

e quatro mestres e estudantes. Os currículos Lattes foram consultados todos com atualização realizada e em aderência a linha de trabalho proposta.

3. Projeto Detalhado: "ProjetoEnfermagem_020819.pdf" postado em 02/08/2019.
4. Folha de Rosto assinada e carimbada pela pelo diretor da FS Prof Laudimar Oliveira e pela pesquisador responsável: "Folha_Rosto_assinada_Cofen.pdf" postado em 09/08/2019.
5. TCLE em "TCLE.pdf" postado em 02/08/2019
6. Orcamento em "Orcamento_Cofen.docx" postado em 09/08/2019 no valor R\$ 1.997.615,47 variasrubricas mas de interesse do CEP destaca-se "Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica Obrigações tributárias e contributivas - 20% de OST - Pessoa Física e Consultoria realizada por Pessoa Física, com valores destinados a assistência do participante em "Despesas Administrativas e Financeiras Incorridas da Implementação do Projeto.
7. Carta de encaminhamento ao CEP/FS informando tratar-se de projeto de Pesquisa e Extensão do Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília (DSC/FS/UNB) em: "Cartaencaminhamento_Cofen.pdf" postado em 09/08/2019.
8. Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável informando ciência e c o m p r i m e n t o d a R e s . C N S 4 6 6 / 2 0 1 2 :
 "1_Termoderesponsabilidade_Cofen.docxTermoderesponsabilidade_Cofen.pdf" em
 "_1Termoderesponsabilidade_Cofen.pdf" postado em 04/09/2019 (documento duplicado).
9. Termo de Concordância assinado pelo o coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública -

Ceam/ UnB, Pedro Calil Jabur, está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa em "3_Inst_Prop_Nesp.pdf" postado em 04/09/2019".

10. Termo de concordância institucional em que o "diretor da Faculdade de Ciências da Saúde – FS/UnB,

Laudimar Alves de Oliveira, está de acordo com a realização, nesta Faculdade, da pesquisa Análise das Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), de responsabilidade da pesquisadora Maria Fátima de Sousa, que irá compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS": em

"UnB.1_Termoderesponsabilidade_Cofen.docx" postado em 04/09/2019.

11. Cronograma em "Cronograma_execucao_Cofen.docx" postado em 04/09/2019, em "Desenvolvimento da Pesquisa de Campo - Pactuação da rede nacional de Instituições Apoiadoras nos Municípios selecionados em Set/2019 a Nov/2020.

12. Termo de Concordância coparticipante do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen, assinado por sua vice-presidente Nádia Mattos Ramalho, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e que "estudo envolve realização de entrevistas com profissionais de saúde. Tem duração de 18 meses, com previsão de início para setembro de 2019."

Recomendações:

Recomenda-se numerar páginas do TCLE (ex: Página 1 de 2,...), para manter integridade do documento e incluir telefone celular da pesquisadora Maria Fátima de Sousa.

Recomenda-se atentar para o uso do termo "participante de pesquisa" (Res. CNS 466/2012, item II.10) e não, "sujeito de pesquisa" ou "sujeito participante".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1402138.pdf	05/09/2019 14:51:34		Aceito
Outros	5_RelacaoEquipe.docx	05/09/2019 12:06:37	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Outros	5_12WigordaSilvaAlves.pdf	05/09/2019 11:58:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_11RobertoCarlos.pdf	05/09/2019 11:58:00	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_11RobertoCarlosdeOliveira.pdf	05/09/2019 11:57:16	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_10RitadeCassiaPassos.pdf	05/09/2019 11:57:05	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_9NataliaFernandesdeAndrade.pdf	05/09/2019 11:56:49	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_8GilmaraLuciadosSantos.pdf	05/09/2019 11:56:36	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_8ElisabetePimentaPaz.pdf	05/09/2019 11:56:26	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_7EdsonAlvesdeMenezes.pdf	05/09/2019 11:56:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_6CarlosLeonardoFigueiredoCunha.pdf	05/09/2019 11:55:58	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_5_ElizabethAlves.pdf	05/09/2019 11:55:41	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_5ElizabethAlvesdeJesus.pdf	05/09/2019 11:53:58	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_4AgathaMariaTelesSoares.pdf	05/09/2019 11:53:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_3CarlaTarginoBrunodosSantos.pdf	05/09/2019 11:53:25	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_2AnaValeriaMachadoMendonca.pdf	05/09/2019 11:53:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_1RackynellyAlvesSarmientoSoares.pdf	05/09/2019 11:52:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5MariaFatimadeSousa.pdf	05/09/2019 11:50:59	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	7_Termo_Inst_Coparticipante.pdf	05/09/2019 11:50:18	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	7_Termo_Inst_Coparticipante.docx	05/09/2019 11:50:00	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Cronograma	6_TCLE_COFEN_comrubrica.docx	04/09/2019 17:46:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Cronograma	Cronograma_execucao_Cofen.docx	04/09/2019 17:37:45	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Outros	3_1_TERMO_DE_CONCORDANCIA_D A_INSTITUICAO_FS.pdf	04/09/2019 17:37:23	Maria Fátima de Sousa	Aceito
--------	---	------------------------	--------------------------	--------

Página
a 09
de

Outros	3_1_TERMO_DE_CONCORDANCIA_D A_INSTITUICAO_FS.docx	04/09/2019 17:37:06	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_Inst_Prop_Nesp.pdf	04/09/2019 17:35:21	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_Inst_Prop_Nesp.docx	04/09/2019 17:28:49	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	2_Cartaencaminhamento_Cofen.docx	04/09/2019 17:09:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_Termoderesponsabilidade_Cofen.doc x	04/09/2019 17:06:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_1Termoderesponsabilidade_Cofen.pdf	04/09/2019 17:05:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Termoderesponsabilidade_Cofen.pdf	09/08/2019 17:56:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Cartaencaminhamento_Cofen.pdf	09/08/2019 17:55:39	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Orçamento	Orcamento_Cofen.docx	09/08/2019 17:54:30	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada_Cofen.pdf	09/08/2019 17:54:03	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEnfermagem_020819.pdf	02/08/2019 18:23:02	Maria Fátima de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/08/2019 18:21:06	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de outubro de 2019

**Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))**

**ANEXO 2 – Comprovante de submissão do artigo, requerida para a defesa da tese
(submetido à revista *Saúde em Debate*)**

10/05/2022 21:08

(46.906 não lidos) - alvarengajose@yahoo.com.br - Yahoo Mail

[SD] ORCID da submissão

Yahoo/Entrada



Mariana Chastinet via Saúde em Debate <saudeemc
Para: José da Paz Oliveira Alvarenga

qua., 6 de abr. às 16:30

Prezada(o) José da Paz Oliveira Alvarenga, Você foi listada(o) como um coautor(a) em uma submissão de manuscrito "Trabalho e práticas de cuidado e assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil" para "{\$journalName}". Para confirmar sua autoria, por favor adicione sua id ORCID a esta submissão, visitando o link fornecido abaixo. https://orcid.org/oauth/authorize?client_id=APP-7DD0MP2SFEGAKPJY&response_type=code&scope=%2Fauthenticate&redirect_uri=https%3A%2F%2Fsaudeemdebate.org.br%2Fsed%2Foidapi%2Foidverify%3Ftoken%3D3d3c9ef505a1ff774df64787641975a3%26publicationId%3D5651 Se você tiver quaisquer dúvidas, por favor entre em contato comigo.

{\$editorialContactSignature}